

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
імені О.О. БОГОМОЛЬЦЯ**

факультет медичний № 1

кафедра акушерства і гінекології № 1

**МЕТОДИЧНІ ВКАЗІВКИ З ДИСЦИПЛІНИ
«АКУШЕРСТВО ТА ГІНЕКОЛОГІЯ»**

**«ЗАХВОРЮВАННЯ ОРГАНІВ ЖІНОЧОЇ РЕПРОДУКТИВНОЇ
СИСТЕМИ. ПЛАНУВАННЯ СІМ*Ї. Виробнича лікарська практика в
акушерсько-гінекологічному відділенні»**

**за спеціальністю 222 «МЕДИЦИНА»
за навчальним планом підготовки фахівців другого (МАГІСТЕРСЬКОГО)
рівня галузі знань 22 «Охорона здоров'я» у вищих навчальних закладах
IV рівня акредитації**

**ДЛЯ СТУДЕНТІВ IV, VI КУРСУ
МЕДИЧНОГО ФАКУЛЬТЕТУ №1, ФПЛЗСУ
ТА ФАКУЛЬТЕТУ ПІДГОТОВКИ ІНОЗЕМНИХ ГРОМАДЯН**

«Затверджено»

**На методичній нараді кафедри
акушерства і гінекології №1
протокол № 1 від 31.08.2023 р.
Завідувач кафедри
акушерства і гінекології №1,
д.мед.н., професор**

Говсєєв Д.О.



КИЇВ 2024

УДК 618 (072)

Методична вказівка «ЗАХВОРЮВАННЯ ОРГАНІВ ЖІНОЧОЇ РЕПРОДУКТИВНОЇ СИСТЕМИ. ПЛАНУВАННЯ СІМ*Ї. Виробнича лікарська практика в акушерсько-гінекологічному відділенні» для студентів 4,6 курсів медичного факультету №1, ФПЛЗСУ та факультету підготовки іноземних громадян з дисципліни «Акушерство та гінекологія». Київ, 2024 р., 390 стор.

Авторський колектив:

Професор, д.мед.н., завідувач кафедри акушерства і гінекології № 1 Говсєєв Д.О.
Член_кор. НАМН України, професор, д.мед.н. Венцківський Б.М.
Професор, д.мед.н. Лакатош В. П.
Професор, д.мед.н. Загородня О. С.
Доцент, к.мед.н. Авраменко С. О.
Доцент, к.мед.н. Бурка О. А.
Доцент, к.мед.н. Бондаренко Н. П.
Доцент, к.мед.н. Вітовський Я. М.
Доцент, к.мед.н. Жегулович В. Г.
Доцент, к.мед.н. Казак А. В.
Доцент, к.мед.н. Костенко О. Ю.
Доцент, к.мед.н. Куш В. М.
Доцент, к.мед.н. Леуш С. С.
Доцент, к.мед.н. Наритник Т. Т.
Доцент, к.мед.н. Поладич І. В.
Доцент, к.мед.н. Прилуцька А. Б.
Доцент, к.мед.н. Прощенко О. М.
Доцент, к.мед.н. Слободяник О. Я.
Доцент, к.мед.н. Ткаліч В. О.
Доцент, к.мед.н. Цапенко Т.В.
Асистент, к.мед.н. Антонюк М І.
Асистент, к.мед.н. Дубчак В. Є.
Асистент, к.мед.н. Жабіцька Л. А.
Асистент, к.мед.н. Купчік В.І.
Асистент, к.мед.н. Осадчук С. В.

Обговорено і затверджено на методичній нараді кафедри акушерства і гінекології №1

Протокол № 1 від 31.08.2023 року

Обговорено і затверджено на методичній нараді кафедри акушерства і гінекології №1

Протокол № __ від __.__.20__ року

Обговорено і затверджено на методичній нараді кафедри акушерства і гінекології №1

Протокол № __ від __.__.20__ року

Обговорено і затверджено на методичній нараді кафедри акушерства і гінекології №1

Протокол № __ від __.__.20__ року

Обговорено і затверджено на методичній нараді кафедри акушерства і гінекології №1

Протокол № __ від __.__.20__ року

**Методичні рекомендації
«ЗАХВОРЮВАННЯ ОРГАНІВ ЖІНОЧОЇ РЕПРОДУКТИВНОЇ
СИСТЕМИ. ПЛАНУВАННЯ СІМ*І. Виробнича лікарська практика в
акушерсько-гінекологічному відділенні»**

ЗМІСТ

№ п/п	Тема	
1.	Клінічна анатомія і фізіологія жіночих статевих органів. Сучасні методи обстеження гінекологічних хворих.	5
2.	Нейроендокринна регуляція менструального циклу. Порушення функцій репродуктивної системи (аменорея, аномальні маткові кровотечі).	39
3.	Нейроендокринні синдроми в гінекології.	82
4.	Ендометриоз.	105
5.	Запальні захворювання жіночих статевих органів, що передаються статевим шляхом.	126
6.	Гнійно-септичні захворювання жіночих статевих органів.	168
7.	Невідкладні стани в гінекологічній практиці.	196
8.	Передопераційна підготовка і післяопераційне ведення гінекологічних хворих. Реабілітація після гінекологічних оперативних втручань.	219
9.	Доброякісні пухлини жіночих статевих органів: матки, яєчників	251
10.	Фактори ризику, рання діагностика та профілактика злоякісних новоутворень матки, яєчників, грудних залоз.	273
11.	Фонові та передракові захворювання зовнішніх статевих органів, шийки матки, ендометрію	310
12.	Неплідний шлюб. Аборт та його ускладнення.	342
13.	Планування сім'ї.	369

Тема: «Клінічна анатомія і фізіологія жіночих статевих органів. Сучасні методи обстеження гінекологічних хворих».

I. Актуальність теми:

Без знання клінічної анатомії, фізіології жіночих статевих органів, сучасних методів дослідження, без вмінь застосовувати ці методи на практиці неможливо поставити діагноз, провести диференціальну діагностику і відповідне лікування гінекологічної хворої.

II. Навчальні цілі :

Ознайомитись ($\alpha=1$):

із клінічною анатомією, фізіологією жіночих статевих органів, актуальністю обстеження гінекологічних хворих, для діагностики гінекологічних захворювань.

Засвоїти ($\alpha=2$):

- Визначення особливостей збору загального та спеціального гінекологічного анамнезу.
 - Визначення загальної симптоматики гінекологічних захворювань.
- Визначити особливості обов'язкового та додаткового обстеження гінекологічних хворих.
 - Методи лабораторної діагностики.
 - Методи гормональної діагностики.
 - Методи функціональної діагностики.
 - Методи ендоскопічної діагностики.
 - Метод ультразвукової діагностики.
 - Методи інструментального дослідження.
 - Методи рентгенологічного дослідження.
 - Методи генетичного обстеження гінекологічних хворих.
 - Методи імунологічного обстеження пацієнток.

Оволодіти та удосконалити навички ($\alpha=3$):

- Збирати гінекологічний анамнез
- Виконати огляд за допомогою дзеркал.
- Виконати бімануальне (вагінально – абдомінальне) дослідження.
- Взяти мазок на ступінь чистоти піхви.
- Взяти мазок на онкоцитологічне дослідження.

Вміти ($\alpha=4$):

- Зібрати загальний анамнез у гінекологічної хворої.
- Зібрати гінекологічний анамнез у гінекологічної хворої.
- Застосувати на практиці деонтологічні навички спілкування з гінекологічною хворою.
 - Оцінити результати вимірювання базальної температури.
 - Оцінити результати метросальпінгографії.

- Оцінити результати кольпоцитологічного дослідження.
- Оцінити результати бактеріоскопічного дослідження.
- Оцінити результати бактеріологічного дослідження.
- Оцінити результати ультразвукового дослідження.
- Оцінити результати кольпоскопічного дослідження.
- Оцінити результати онкоцитологічного дослідження.

III. Виховні цілі :

- Виховна (навчити студентів відповідальності і послідовності в роботі, чуйності та толерантного відношення до пацієнтки);
- Наукова (навчити студентів логічного клінічного мислення на підставі нових для нього методів діагностики і лікування);
- Творча (надати можливість студенту самостійно вирішити нетипову задачу з самостійним вибором шляху вирішення);
- Відповідальна (розвинути у студентів почуття відповідальності за правильність професійних дій).

IV. Міждисциплінарна інтеграція:

Таблиця №

№ з/п	Дисципліни	Знати	Вміти
Забезпечуючі дисципліни			
1.	Анатомія людини	Анатомію зовнішніх та внутрішніх статевих органів	Дати характеристику будови жіночих статевих органів
2.	Гістологія	Гістологічну будову піхви, шийки матки, матки, яєчників	Оцінити результати цитологічного та гістологічного досліджень
3.	Патологічна анатомія	Патологічну будову зовнішніх та внутрішніх статевих органів	Диференціювати патологічну будову статевих органів від норми
4.	Топографічна анатомія	Взаєморозташування жіночих статевих органів з органами сечовидільної та травної систем	Диференціювати утворення органів малого тазу
5.	Хірургія	Клініку та діагностику «гострого живота»	Надати невідкладну допомогу при "гострому" животі

1.	Сімейна медицина	Методи обстеження гінекологічних хворих. Симптоматика гінекологічних захворювань.	Діагностувати і скласти план обстеження при гінекологічній патології.
Внутрішньопредметна інтеграція			
1.	Методи дослідження в гінекології	Основні та додаткові методи обстеження в гінекології	Провести гінекологічне обстеження. Оцінити результати основних та додаткових методів обстеження.
6	Онкологія	Поняття про онкомаркери	Призначити аналіз на онкомаркери за показаннями
Забезпечувані дисципліни			

V. Зміст навчального матеріалу:

1. Клінічна анатомія і фізіологія жіночих статевих органів.

Докладний опис анатомії та фізіології жіночих статевих органів виходить далеко за межі обсягу цього учбового матеріалу. Тут варто розпочати зі стислого опису будови органів жіночої репродуктивної системи.

Зовнішні статеві органи жінки представлені великими й малими соромітними губами, клітором, залозами присінка піхви (лат. *vestibulum vaginae*) і власне присінком з отвором піхви і зовнішнім вічком сечівника.

Великі й малі соромітні губи є шкірними складками, внутрішні поверхні яких утворюють присінок, обмежений спереду клітором, а ззаду - задньою спайкою соромітних губ. Печеристі тіла клітора відповідають таким чоловічого пеніса, проте не здатні до повноцінної ерекції через брак непоперечном'язових волокон. Шкірний покрив клітора надзвичайно багатий на нервові закінчення. Великі соромітні губи мають добре розвинену підшкірну жирову клітковину, в задній третині якої локалізовані залози присінка піхви. Поряд з місцями злиття великих і малих соромітних губ до присінка відкриваються протоки великих присінкових (бартолінових) залоз, слизовий секрет яких зволожує його слизову оболонку і сприяє тісному змиканню соромітних губ, створюючи перший бар'єр для можливого висхідного інфікування статевих шляхів.

Кровообіг зовнішніх статевих органів здійснюють головним чином зовнішні та внутрішні соромітні артерії з басейну стегнової артерії. Венозний витік забезпечують зовнішня та внутрішня соромітні вени, прямокишкове венозне сплетіння і частково венозне сплетення сечового міхура. Відтік лімфи спрямований до глибоких і поверхневих клубових та стегнових вузлів.

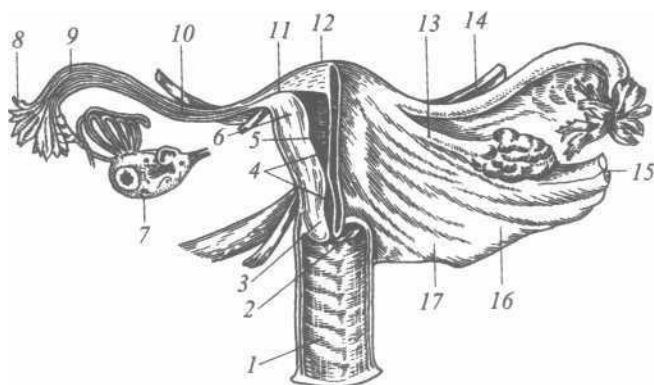
Великі соромітні губи іннервують відгалуження стегнових та пахвинних нервів разом із внутрішніми соромітними нервами (*n. pudendus*), малі соромітні губи і клітор – нерви промежини.

Зовнішні статеві органи остаточно формуються після досягнення жінкою статевої зрілості, що виражається збільшенням розмірів соромітних губ, появою волосіння, утворенням жирового прошарку лобкового підвищення, розвитком

сальних та слизових залоз. Всі ці ознаки спричинені гормональними

впливами, зокрема гормонів яєчників. Розвиток малих соромітних губ залежить від дії естрогенів, тому спостерігають їх недорозвинення у разі первинної аменореї або атрофію у період менопаузи. Розвиток великих соромітних губ залежить як від естрогенів, так і від андрогенів. Але якщо чутливість до естрогенів виявляється з перших днів життя (естрогенний криз), то андрогенна рецептивність триває у зрілому віці й під час менопаузи.

Внутрішні статеві органи (мал. 1). Одразу від присінка, нижче зовнішнього вічка сечівника, розпочинається піхва - внутрішній непарний жіночий статевий орган, утворений м'язовими і сполучнотканинними волокнами. Загальна довжина піхви близько 8 см, однак вона має значну здатність до розтягнення, що зумовлена її участю у процесі пологів. В стані функціонального спокою піхва сплюснена в передньозадньому напрямі, передня задня стінки прилягають одна до одної, передня стінка коротша за задню.



Мал. 1. Внутрішні жіночі статеві органи (фронтальний розріз):

1 - піхва; 2 - піхвова частина шийки матки; 3 - канал шийки матки; 4 - перешийок;

5 - порожнина матки; 6 - м'язова стінка матки; 7 - яєчник у розрізі; 8 - фімбрії маткової труби;

9 - ампула маткової труби; 10 - перешийок маткової труби;

11 - інтерстиційна частина маткової труби; 12 - дно матки; 13 - власна зв'язка яєчника;

14 - кругла маткова зв'язка; 15 - підвішувальна зв'язка яєчника;

16- широка зв'язка матки; 17 - крижово-маткова зв'язка

Піхва сполучає матку із зовнішніми статевими органами, бо призначена для відтоку циклічних виділень, копуляції та зганяння плода і плаценти.

Розміщенням міщення між сечовим міхуром та прямою кишкою надає піхві певного значення у підтриманні нормального розташування органів малого таза. Нижня частина піхви фіксована до діафрагми таза. Верхня частина прилягає до шийки матки і прикріплена до задньої стінки таза крижово-шийковими зв'язками. У середній частині м'язові волокна піхви переплетені з волокнами м'яза - підіймача відхідника (*m. sphincter ani externus*). Розтягнення зв'язок таза та зменшення рухової активності можуть стати причиною опущення та випадіння стінок піхви.

Стінки піхви складаються з трьох шарів:

- зовнішньої оболонки (*fascia vaginalis*), що походить із тазової фасції, щільної, утвореної еластичними сполучнотканинними волокнами;

- середньої, м'язової оболонки, утвореної двома шарами непоперечних м'язів - поверхневим поздовжнім та внутрішнім коловим; - внутрішньої, слизової оболонки, утвореної багатошаровим плоским незроговілим епітелієм, у якому виділяють три не дуже виражено розмежовані шари клітин. Базальний шар містить у внутрішній частині численні клітини в стадії мітозу, є зоною росту. Зовнішня частина цього шару, або парабазальний шар, складається з кількох рядів округлих клітин з базофільною цитоплазмою, синцитійними містками. Середній шар утворюють сплюснені базофільні клітини. Поверхневий шар сформований великими зрілими клітинами зі слабко-ацидофільною цитоплазмою, що злущуються (зона Папаніколау).

Середній та глибокі шари піхвових клітин багаті на глікоген, відтак легко фарбуються люголем (цю властивість використовують для кольпоскопії). Нормальна вагінальна мікрофлора розкладає глікоген до молочної кислоти, внаслідок чого піхвові виділення мають виражену кислу реакцію, що перешкоджає розвитку патологічної мікрофлори.

У склепіння піхви, у її просвіт видається частина матки циліндричної або конічної форми з отвором каналу в центрі, так звана *шийка матки*. Зв'язок між піхвою та шийкою матки по всьому її обводі суцільний. Шийка матки підвішена посеред тазової порожнини крижово-шийковими зв'язками позаду, параметральною клітковиною з боків, лобково-шийковими зв'язками попереду. У підтриманні нормального розташування шийки матки також беруть участь внутрішні м'язи - підіймачі відхідника (*m. sphincter ani externus*).

Кровообіг шийки матки відбувається з відгалужень маткових і піхвових артерій, артерій зв'язок, а також з кінцевих гілок середньої крижової артерії.

Шийка матки в її піхвовій частині покрита багатошаровим плоским епітелієм, подібним до піхвового, але з вираженим поділом на чотири шари:

- найглибший, внутрішній базальний шар, розміщений упритул до базальної мембрани;

- зовнішній базальний, або парабазальний, шар складається з 2-3 рядів клітин;

- проміжний шар з клітин, що містять глікоген, сполучені між собою синцитійними містками;

- поверхневий, або функціональний, шар, утворений з клітин, багатих на глікоген, в якому зникають міжклітинні містки. Клітинам властивий каріопікноз.

Канал шийки матки обмежений з боку піхви зовнішнім вічком, з боку маткової порожнини - внутрішнім вічком, становить собою тонкий хід, що сполучає піхву з порожниною матки. Він вистелений циліндричним епітелієм, що містить:

- в'їчасті клітини, які за рахунок рухів своїх війок полегшують відтік слизудою піхви;

- слизоутворювальні клітини з бідними на глікоген ядрами біля базальних полюсів та грудками виробленого слизу в апікальних частинах.

Виділення слизу клітинами каналу шийки матки має дві фази - утворення

(секреція) слизу з накопиченням його в апікальній зоні і власне виділення (екскреція). Кількість та консистенція слизу залежать від фази менструального циклу, зокрема слизу більше у фолікулярну фазу, але він накопичується у клітинах, під час овуляції слиз плинний, еластичний, з лужним рН. Найбільша кількість слизу спостерігається між 13-м та 22-м днями менструального циклу

У лютеїнову фазу його кількість зменшена, густина збільшується, рН стає кислим. Через поступове загусання й ацидоз слизу стає непроникним для сперматозоїдів. Напередодні менструації поновлюється виділення плинного слизу. Розрідження шийкового слизу під час овуляції сприяє проникненню сперматозоїдів і полегшує їх міграцію.

Межу різних типів епітелію називають стиком, а лінію – лінією стику. У внутрішньоутробному періоді лінія стику між багатошаровим плоским (БПЕ) та циліндричним епітелієм (ЦЕ) знаходиться на екзоцервіксі. У дівчат в пубертаті стик також знаходиться нижче зовнішнього вічка – фізіологічна ектопія ЦЕ, яка поступово зсувається із розвитком дівчини і зазвичай досягає рівня зовнішнього вічка до статевого дозрівання. У деяких випадках цей процес затягується і ектопія циліндричного епітелію спостерігається у жінок, що не народжували до 25 років та старше. У період менопаузи лінія стику переходить до каналу шийки матки, вище зовнішнього вічка. В напрямку слизової оболонки матки чіткого розмежування немає, перехід ендocerвіксу в ендометрій поступовий.

Зона трансформації (ЗТ) – ділянка між БПЕ та ЦЕ, яка складається з двох меж – первинна лінія стику між БПЕ та ЦЕ та новий внутрішній стик між метаплазованим епітелієм та ЦЕ.

Шийка матки є невід’ємною складовою *матки*, органа, призначеного для розвитку плідного яйця. Цей непарний внутрішній жіночий статевий орган розміщений у порожнині малого таза між сечовим міхуром і прямою кишкою. В своєму тілі матка містить трикутну порожнину, горішніми кутами якої є вічка маткових труб. Донизу порожнина матки звужується, переходячи в канал шийки матки.

Тіло матки з шийкою утворюють відкритий допереду кут (*anteversio*), завдяки чому дно матки також нахилене допереду (*anteflexio*). З різних причин величина кута та нахил тіла матки можуть змінюватися.

Матковий м’яз утворений трьома шарами непоперечних м’язових волокон, розміщених поздовжньо, циркулярно та спірально. З боку черевної порожнини матку покриває серозна оболонка - очеревина. Стінки маткової порожнини вкриті слизовою оболонкою - ендометрієм, глибокий базальний шар якого не підлягає циклічним змінам, а поверхневий функціональний злущується під час циклічної кровотечі. Протягом менструального циклу в ендометрії змінюються такі фази:

- фаза проліферації, що розпочинається з відновлення функціонального шару клітин залоз ендометрія, зазвичай триває з 5-го по 15-й день циклу, в часі відповідає фолікулярній фазі;
- фаза секреції (з 16-го по 27-й день) відображає спільну дію естрогенів та прогестерону. Залози ендометрію містять багато слизового секрету, цитопlasма клітин заповнена глікогеном, через що ядра зрушені до апікальної частини клітин. Отвори залоз стають звивистими, а нижчерозташовані тканини - повнокровними;

- фаза менструальної кровотечі проявляється венозним повнокрів'ям, злущенням і лізисом функціонального шару ендометрію;
- фаза відновлення розпочинається ще під час кровотечі ростом ендометрія

від базального шару.

Щомісячне відновлення функціонального шару ендометрія створює максимально сприятливі умови для процесу нідації, тобто прийняття маткою ембріона, у чому полягає біологічна сутність жіночого організму.

Кровопостачання матки здійснюють переважно маткові артерії (*a. uterina*) з басейну внутрішніх клубових, частково - з басейну стегнових артерій через круглі маткові зв'язки, частково - яєчникові артерії, що утворюють анастомози з трубними гілками маткових артерій, а також численні безіменні артерії відповідних зв'язок у складі фіксувального апарату матки і шийки матки. Кожна маткова артерія прямує від перешийкової частини в напрямку дна матки по ребру, розгалужуючись на 12-17 пар гілок першого порядку (на передню і задню поверхні матки). Кожна з цих гілок у свою чергу дихотомічно розгалужується ще 3 рази, і на кожному рівні артерії анастомозують з відповідними артеріями протилежного боку, утворюючи квадратні чарунки по всій товщі міометрія. Внаслідок цього створюється рівномірна артеріальна сітка практично у всіх частинах матки, що надзвичайно важливо для кровопостачання ембріона, враховуючи випадковість місця його приживлення.

Відтік лімфи від матки здійснюється до крижових, затульних, зовнішніх і внутрішніх клубових, приматкових і припрямокишкових, поперекових лімфатичних вузлів.

Іннервацію тіла матки забезпечують переважно симпатичні волокна підкрижового нерва, що є гілкою черевного аортального сплетення, а шийки матки - парасимпатичні гілки матково-піхвового сплетення.

Завдяки фіксувальному апаратові піхви та шийки матки, а також круглим і кардинальним зв'язкам матка утримується у своєму фізіологічному положенні, але зберігає рухливість, потрібну в разі розвитку вагітності. Положення матки залежить від стану черевного пресу, діафрагми, а також зв'язкового апарату. Фіксацію та рухливість матки забезпечує підвішувальний, фіксувальний та опорний апарат.

Підвішувальний апарат представлений парними зв'язками: широкою (поперечно розташована дупліката черевини, що з поверхні матки переходить на бічні стінки таза) та круглою (канатик із непоперечних м'язових та сполучнотканинних волокон, що від кута матки прямує до пахвинного каналу та, проходячи через поверхнєве пахвинне кільце, фіксується у клітковині лобкового підвищення).

Фіксувальний апарат матки складається з прямокишково-маткового м'яза (прямує від задньої поверхні матки до бічної поверхні прямої кишки), кардинальної зв'язки (сполучнотканинні тяжі біля основи широкої зв'язки матки на рівні перешийка, що переходять у сполучнотканинну оболонку піхви) та лобково-міхурового м'яза.

Опорний апарат представлений м'язово-фасціальною системою тазового дна, що складається із трьох шарів. Зовнішній шар: сіднично-печеристий м'яз (*m. ischiocavernosus*) починається від сідничного підвищення та влітається в

тканини клітора, цибулинно-губчастий м'яз (*m. bulbospongiosus*) починається від сухожильного центру промежини, зовнішній м'яз - замикач відхідника (*m. sphincter ani externus*) - в ділянці верхівки куприка, охоплює волокнами відхідник (anus) і вплітається в сухожильний центр промежини; поперечний м'яз промежини (*m. transversus perinei superficialis*) починається від сідничного підвищення і закінчується біля сухожильного центру промежини.

Середній шар становить сечово-статева діафрагма, яка у вигляді трикутника розташована між лобковим симфізом, лобковими та сідничними кістками, утворена внутрішнім м'язом - замикачем сечівника (*m. sphincter uretrae internus*) та глибоким поперечним м'язом промежини (*m. transversus perinei profundus*).

Внутрішній шар - діафрагма таза, представлена парним м'язом - підіймачем відхідника (*m. levator ani*), та утворений трьома пучками м'язових волокон - лобково-куприковим (*m. pubococcygeus*), клубово-куприковим (*m. iliococcygeus*) та рудиментарним сіднично-куприковим (*m. ischiococcygeus*).

В разі запліднення приблизно через чотири дні після овуляції ембріон у стадії бластоцисти потрапляє до порожнини матки. Від яєчника до матки він прямує *матковою трубою*.

Маткові, або фаллопієві, труби розташовані у горішній частині широких зв'язок матки. Завдовжки 10-12 см, вони починаються від маткових кутів і прямують до яєчників відповідного боку. Маткові труби складаються з чотирьох окремих анатомічних і функціональних частин:

- інтрамуральної частини, або ділянки яйцеводу, розташованої в товщій стінки матки;
- істмічної (перешийкової) частини, тонкого відрізка труби завдовжки 3-4см;
- ампулярної частини труби - широкої, гнучкої, до 7 см завдовжки;
- лійки маткової труби - кінцевої частини, відкритої у черевну порожнину в напрямку яєчника, який труба охоплює своїми торочками (фімбріями).

Стінка маткової труби має складну структуру в різних відділах. Важливу роль відіграють клітини, що виділяють слиз, і війчасті клітини, розташовані одним шаром на базальній мембрані. Секреція й екскреція слизу, а також активність війчастих клітин повністю відповідають фазам менструального циклу, що сприяє просуванню сперматозоїдів у напрямку до яєчника в фолікулярну фазу, а зиготи – в напрямку матки в фазу секреції.

Ампула маткової труби в нормі розташована просто над *яєчником*, парним органом, позбавленим серозної оболонки, з'єднаним з маткою власною зв'язкою яєчника з медіального полюса, а з тазовою стінкою за допомогою лійково-тазової зв'язки - з латерального. Кровообіг відбувається з яєчникових артерій, ліва з яких відходить безпосередньо від аорти, права - від правої ниркової артерії. Анастомозуючи з трубними артеріями відповідного боку, яєчникові артерії беруть участь у кровообігу матки. Відтік лімфи спрямований до парааортальних вузлів.

На час народження плода жіночої статі кожен яєчник містить близько 1,5 млн овоцитів, з яких до пори статевого дозрівання лишається 3 тис. Більшість цих клітин перебуває у профазі першого мейотичного поділу. Фолікули в антральній стадії складають половину об'єму яєчників на час народження і від статевого

дозрівання до менопаузи циклічно визрівають до повного вичерпання їх запасу.

В процесі фолікулогенезу виділяють такі етапи:

- стадія первинного фолікула, у якій яйцеклітина оточена одним шаром

зернистих клітин і базальною мембраною. Клітини зернистого шару містять рецептори до фолікулостимулюючого й естрадіолу, проте первинний фолікул нечутливий до дії гонадотропнів, що відрізняє його від наступної стадії;

- фолікула вторинного, або зростаючого, зернисті клітини якого мають також рецептори до лютеїнізуючого гормону. Фолікул заповнює фолікулярна рідина, яку виробляють зернисті клітини; вона містить андростендіон та естрогени - фолікулярна стадія яєчника циклу;

- зрілий фолікул (граафів пухирець) має об'єм до 7 см³ і діаметр до 25 мм. Загальна кількість клітин зрілого фолікула сягає 50 млн. Він складається з 7-10 шарів зернистих клітин по внутрішній поверхні і так званої променистої корони із цих клітин, що оточує зрілий овоцит. Ця сукупність зернистих клітин утворює яйценосний горбик, обернений своєю опуклістю до порожнини фолікула. Клітини внутрішньої оболонки фолікула містять рецептори до лютеїнізуючого гормону. Під час максимуму секреції лютеїнізуючого гормону істотно зростає об'єм фолікула і тиск у ньому, в стінці фолікула вивільняються протеолітичні ензими і простагландини, під дією всіх цих чинників фолікул невдовзі розривається. При овуляції, яка найчастіше відбувається на 14-й день циклу, яйцеклітина остаточно дозріває, завершивши другий мейоз, її хромосомний набір стає гаплоїдним. З фолікулярною рідиною яйцеклітина виноситься до черевної порожнини і дуже швидко підхоплюється матковою трубою. Лютеїнізуючий гормон спонукає зернисті клітини фолікула до лютеїнізації, тобто швидкого перетворення фолікула в жовте тіло - тимчасову ендокринну залозу, що виробляє прогестерон - лютеїнова фаза яєчника циклу. За відсутності запліднення жовте тіло редукується, у разі його настання - перетворюється на жовте тіло вагітності, що забезпечує гормональну підтримку ранніх термінів гестації.

Центральною ланкою регулювання репродуктивної функції є гіпоталамо-гіпофізарна система. Нейросекреторні клітини гіпоталамуса в імпульсному режимі секретують рилізінг-гормони, що регулюють утворення тропних гормонів у гіпофізі, надходячи туди анатомічною ніжкою. Результат дії рилізінг-гормону на гіпофіз визначається частотою імпульсної секреції.

Синтезовані у гіпофізі гонадотропні гормони - фолікулостимулюючий (ФСГ) та лютеїнізуючий (ЛГ) - забезпечують реалізацію яєчника циклу. ФСГ стимулює дозрівання вторинного фолікула, синтез ним естрогенів. Наростання рівня естрогенів за принципом зворотного зв'язку пригнічує утворення ФСГ, результатом чого стає підвищення концентрації ЛГ. Максимальний рівень останнього визначає овуляцію та тривалий і прогресивний синтез прогестерону жовтим тілом яєчника.

2. Сучасні методи обстеження гінекологічних хворих.

2.1. Опитування.

2.1.1. Збирання анамнезу повинно бути систематизованим і проводитись за такою загальною схемою:

- паспортні дані;
- скарги;
- анамнез захворювання;
- анамнез життя;

гінекологічний анамнез, який включає дані про менструальну, сексуальну, генеративну та секреторну функції жінки.

2.1.2. *Скарги.* Найчастіше хворі з гінекологічними захворюваннями звертаються зі скаргами на біль, патологічні виділення з піхви, кровотечі, а також порушення функції сусідніх органів.

За характером *болю* можна передбачити захворювання. Ниючий біль виникає при неправильних положеннях матки, хронічних запальних процесах додатків матки. Переймоподібний біль виникає при скороченнях матки чи труби (матковий трубний аборт, народження субмукозного вузла). При наростанні інтенсивності запалення, що супроводжується подразненням очеревини, біль має колючий і ріжучий характер. Такий самий біль виникає за наявності крові в черевній порожнині. При розриві маткової труби, розриві піосальпінкса біль має гострий "кинджальний" характер. Постійний біль характерний для запальних захворювань і злоякісних пухлин. Для діагностики важлива також локалізація болю – при зміщеннях матки *retropositio uteri*, параметриті він виникає в крижах і попереку, при захворюваннях придатків матки – в бокових відділах нижньої частини живота, при захворюваннях зовнішніх статевих органів – у місці ураження. Для деяких гінекологічних захворювань характерна іррадіацію болю – в крижі, стегно, надключичну ділянку («френікус» – симптом).

Білі (fluor) – виділення з вагіни, які з'являються найчастіше при запальних процесах, неправильному положенні матки, пухлинах. Для діагностики мають значення кількість білей, їх колір, запах. Так, при трихомоніазі вони мають "пінистий", при кандидозі - "сирнистий", при ерозії шийки матки – слизовий характер, при злоякісних пухлинах – вигляд "м'ясних помий".

Кровотечі можуть бути проявом порушень менструального циклу, злоякісних процесів, переривання вагітності. Параметрами нормального менструального циклу є: тривалість кровотечі 4,5-8 діб; інтервал між кровотечами 24-38 діб; крововтрата 5- 80мл/цикл.

Термінологія порушень менструального циклу:

- Опсоменорея – рідкі менструації (більше 35 діб);
- Олігоменорея- укорочення тривалості менструальної кровотечі (< 2 ді б);
- Поліменорея - збільшення тривалості менструальної кровотечі (> 7 ді б);
- Гіперменорея- збільшення об'єму менструальної крововтрати (>

- 100мл);
- Гіпоменорея – мізерні менструації (<30 мл);
 - Пройоменорея – укорочення проміжків між менструаціями;
 - Метрорагія – ациклічні (ановуляторні) маткові кровотечі, не пов'язані з менструацією;
 - Менорагія – циклічні (овуляторні) маткові кровотечі;
 - Гіперменструальний синдром - гіперменорея, поліменорея та пройоменорея;
 - Гіпоменструальний синдром - опсоменорея, олігоменорея, гіпоменорея;
 - Альгоменорея – болючі менструації;
 - Дисменорея - порушення загального стану і хворобливих відчуттів;
 - Дисфункційна маткова кровотеча (ДМК) - це аномальна (надмірна, часта або пролонгована) кровотеча із матки, не пов'язана з органічною патологією органів малого тазу, із системними захворюваннями, або із ускладненнями вагітності;
 - Аменорея – відсутність менструацій протягом 6 місяців і більше у жінок у віці 16-45 років.

3. Об'єктивне обстеження

При огляді визначають тип статури: гіперстенічний, інфантильний, астеничний, інтерсексуальний.

При огляді важливо звернути увагу на колір шкірних покривів: блідість може бути ознакою анемії, землистий колір – злякисних новоутворень. Сухий, обкладений язик може вказувати на запальний процес, "малиновий" – на кандидоз. Слід звернути увагу на форму живота (пухлини черевної порожнини, асцит), визначити, чи бере живіт участь в акті дихання. Пальпація дає можливість виявити наявність чи відсутність напруження м'язів передньої черевної стінки (запалення придатків матки, перекрути ніжки кістоми).

Поширення запального процесу з придатків матки на очеревину або наявність крові в животі призводить до появи позитивних симптомів подразнення очеревини. При глибокій пальпації живота можна виявити пухлини чи інфільтрати. Обстежують також доступні пальпації лімфовузли. Аускультациєю живота можна скористатись для визначення перистальтики кишечника (при пельвіоперитоніті – в'яла, при перитоніті – в'яла або відсутня). Аускультацию використовують також для диференціальної діагностики вагітності та пухлини. Кожний виявлений при загальному обстеженні симптом необхідно оцінювати в сукупності з іншими.

Індекс маси тіла (ІМТ) – це відношення маси тіла до квадрата довжини тіла, $ІМТ = \text{маса тіла (кг)} / \text{зріст}^2 (\text{м}^2)$. У нормі ІМТ становить 18,5–24,9 кг/м². При надлишковій масі тіла з'ясовують, коли почалося ожиріння: з дитинства, у пубертатний період, після початку статевого життя, після абортів або пологів.

Таблиця № . Значення ІМТ

Жінки репродуктивного віку	18,5-24,9
Надлишкова вага	25 – 29,9
Ожиріння I ступеня	30-34,9

Ожиріння II ступеня	35-39,9
Ожиріння III ступеня: висока ступінь метаболічних порушень	>40

Особливе місце в обстеженні гінекологічної хворої посідає огляд молочних залоз. Огляд проводять у положенні стоячи і лежачи з подальшою пальпацією зовнішніх і внутрішніх квадрантів залози. Звертають увагу на зміну об'єму і форми грудей, а також на зміну кольору шкіри, соска і грудного кружальця. На наявність або відсутність виділень із сосків, їх колір, консистенцію, характер.

Коричневі виділення із сосків або домішки крові вказують на можливий злоякісний процес або папілярні розростання протоки залози. Наявність молока або молозива дає змогу встановити діагноз галактореї. Така пацієнтка потребує додаткового обстеження.

Усі методи гінекологічного обстеження поділяють на основні, тобто такі, які проводять обов'язково, та додаткові, які виконують за певними показаннями.

3.1. Основні методи обстеження в гінекології.

3.1.1. Огляд зовнішніх статевих органів.

Оглядають лобок, великі і малі соромні губи, промежину, відхідник. Відзначають стан шкіри, характер волосянності, наявність об'ємних утворень.

3.1.2. Огляд піхви і шийки матки.

За допомогою дзеркал оглядають стінки піхви, відзначають наявність крові, характер виділень, анатомічні зміни (вроджені та набуті), стан слизової оболонки; звертають увагу на наявність запалення, об'ємних утворень, патології судин, травм, ендометріозу. Оглядаючи шийку матки, звертають увагу на ті самі зміни, що і при огляді піхви.

3.1.3. Вагінальне/піхвове (одноручне) обстеження.

При вагінальному внутрішньому дослідженні вивчають: ширину отвору піхви, великі залози пристінку; стан промежини та м'язів тазового дна, сечовивідний канал за ходом передньої стінки піхви, форму шийки матки, розмір, положення шийки відносно осі таза.

3.1.4. Бімануальне (дворучне) обстеження.

Під час пальпації матки визначають її положення, величину, форму, локалізацію, консистенцію, болючість. Далі пальпують додатки матки. У нормі маткові труби не пальпуються. Пропальпувати незмінені яєчники вдається не завжди. Якщо ж визначається об'ємне утворення, оцінюють його положення відносно тіла і шийки матки, стінок таза, розміри, рухливість, болючість.

4. Додаткові методи обстеження в гінекології.

4.1 Ректовагінальне обстеження.

Проводять обов'язково в період пост менопаузи, а також коли необхідно уточнити стан яєчників і маткових труб.

4.2. Ректальне обстеження.

Визначають тонус м'яза - замикача (сфінктера) відхідника (anus), стан м'язів тазового дна, виключають об'ємні утворення, внутрішні гемороїдальні вузли, пухлини. У жінок, які ще не жили статевим життям, внутрішні статеві органи пальпують через передню стінку прямої кишки. Після виведення пальця

відзначають наявність крові, гною або слизу на рукавичці.

4.3. Бактеріоскопічне обстеження.

Обстеження вагінального вмісту дає змогу діагностувати запальний процес. Даючи оцінку мазку, лаборант визначає кількість епітеліальних клітин, лейкоцитів, характер мікрофлори.

Матеріал беруть дотиком інструмента з цервікального каналу, піхви, уретри не раніше ніж через 2-3 дні після припинення будь-яких маніпуляцій упіхві. Отриманий вміст наносять на предметне скельце з трьох точок.

Фарбування мазка проводять по Романовському – Гимзе.

Відповідно до характеру мазка розрізняють 4 ступені чистоти піхви:

- I ступінь – велика кількість паличок Додерлейна, невелика кількість епітеліальних клітин. Характерний для здорової жінки
- II ступінь – незначна кількість коків, незначна кількість паличок. Характерний для здорової жінки.
- III ступінь – незначна кількість паличок, підвищена кількість коків, кількість лейкоцитів більше 30 у полі зору. Характерний для жінок з запальними процесами.
- IV – відсутні палички, велика кількість коків, велика кількість лейкоцитів, інші збудники. Потребує обстеження та тривалого лікування.

4.4. Бактеріологічне обстеження.

Бактеріологічне обстеження проводять з метою виявлення збудників та їх чутливості до антибіотиків та визначенням антибіотикорезистентності.

Матеріалом для дослідження може бути вміст цервікального каналу, піхви, уретри, пунктат.

4.5. Цитологічне обстеження.

4.5.1. Онкоцитологічне обстеження.

ПАП.- тест – цитологічне дослідження препаратів, забарвлених за методом Папаніколау – основний скринінговий метод діагностики передракових захворювань і раку шийки матки. Забір цитологічного матеріалу проводять у жінок віком з 18 (або з початком статевого життя) до 60 років, які вперше звернулися до гінеколога в поточному році та яким не було проведено цитологічне обстеження у ЗОЗ, що надають первинну медичну допомогу (наказ МОЗ України №236 від 02.04.2014). Забір матеріалу для дослідження беруть з поверхні екзоцервікса за допомогою цервікобраш зігнутою під кутом 90 градусів; із цервікального каналу - прямою щіточкою цервікобраш. Матеріал беруть не раніше ніж через 2-3 дні після припинення будь-яких маніпуляцій у піхві.

Класифікація цитологічних досліджень	
За Папаніколау	за Bethesda
I тип – атипівних клітин немає. Характерний для норми	Норма, NILM – відсутність внутрішньоклітинного ураження або злоякісності

<p>II тип - зміни клітинних елементів зумовлені запальним процесом у піхві або шийці матки. Характерний для запального процесу</p>	<p>ASC-US (атипові клітини плоского епітелію, що не класифікуються) ASC-H (атипові клітини плоского епітелію, які не дозволяють виключити зміни плоского епітелію високого ступеня злоякісності)</p>
<p>III тип – поодинокі або множинні клітини зі зміною співвідношення ядра та цитоплазми. Характерний для:</p> <ul style="list-style-type: none"> - легкої - помірної - тяжкої дисплазії 	<p>LSIL (зміни плоского епітелію низького ступеня злоякісності)</p>
	<p>HSIL (зміни плоского епітелію високого ступеня злоякісності)</p>
<p>IV тип – виявляються окремі клітини з ознаками злоякісності. Характерний при підозрі на рак</p>	
<p>V тип - у мазку, є атипів клітини. Характерний для раку</p>	<p>Інвазивний рак</p>

За системою Bethesda також розрізняють:

- CIS (carcinoma in situ) – карцинома in situ;
- AGC – атипові залозисті клітини, це термін змінює попередній термін був AGUS (atypical glandular cells of undetermined significance) – атипія залозистого епітелію неясного значення;
 - AGC favor neoplastic - атипові клітини залозистого епітелію, схожі на непластичні. Ендоцервікальний - єдина підкатегорія. Це позначення призначене для зразків, які мають ознаки, що вказують на наявність аденокарциноми, але недостатньо для її інтерпретації
 - AIS (endocervical adenocarcinoma in situ) – ендоцервікальна карцинома in situ. Нормальна залозиста архітектура ендоцервікальних залоз може бути збережена, але залози вистелені атиповими колонковими епітеліальними клітинами, подібними до клітин інвазивної аденокарциноми шийки матки, але без стромальної інвазії.
 - Атипові клітини залозистого епітелію, схожі на непластичні (AGC favor neoplastic)

Рідинна цитологія ліквідує деякі проблеми традиційної цитології, що підвищує її діагностичну чутливість: збереження усього матеріалу; дозволяє посилити якість структурних елементів клітин на фоні моношарового препарату; виявити поодинокі клітини з передраковими змінами, зробити додаткове обстеження з цього ж біологічного матеріалу: визначення вірусу папіломи людини, інфекцій, що передаються статевим шляхом, маркерів проліферації p16, кі67.

4.5.2. *Гормональна кольпоцитологія.*

Цей метод можна використовувати для діагностики загрози переривання вагітності, порушення менструального циклу, а також як контроль за результатами гормонотерапії. У мазках з піхви розрізняють чотири види клітин: зроговілі (поверхневі), проміжні, парабазальні і базальні. За співвідношенням вказаних епітеліальних клітин судять про функціональний стан яєчників, оскільки дозрівання цих клітин перебуває під контролем естрогенних гормонів. Мазки беруть кожні 3-5 днів упродовж 2-3 менструальних циклів. При аменореї й опсоменореї мазки слід брати 1 раз на тиждень. Вагінальний (піхвовий) матеріал для кольпоцитології беруть з бічного склепіння

Розрізняють такі типи вагінальних мазків на гормональну функцію яєчників(Schmitt):

- I тип – мазок складається з базальних клітин. Характерний для значної естрогенної недостатності;
- II тип – мазок містить парабазальні клітини, відзначаються окремі проміжні і базальні клітини. Характерний для незначної естрогенної недостатності;
- III тип – виявляються переважно проміжні, одиничні парабазальні і зроговілі. Характерний для легкої естрогенної

недостатності;

- IV тип – мазок складається зі зроговілих (поверхневих) і поодиноких проміжних клітин; базальні клітини і лейкоцити відсутні. Характерний для достатньої естрогенної насиченості.

Індекс дозрівання є процентним співвідношенням основних видів клітин вагінального мазка – базальних (разом з парабазальними), проміжних, поверхневих. Індекс дозрівання у здорової жінки дорівнює 0:50:50. Він може мати відхилення:

- при підвищеному рівні естрогенів - 0:30:70 - 0:10:90(відхиленнявправо);
- при зниженому рівні естрогенів - 60:40 :0 – 100:0:0(відхиленнявліво).

Каріонікнотичний індекс (КПІ) – це відношення кількості поверхневих клітин з пікнотичним ядром до загальної кількості поверхневих клітин, виражене у відсотках. Упродовж нормального менструального циклу КПІ змінюється: під час фолікулярної фази він становить 25-30%, при овуляції 60-80%, під час прогестеронової фази – 25-30%.

4.6. Гормональні методи дослідження.

4.6.1. Визначення гормонів.

Сучасні методи дослідження дають змогу визначити наявність навіть незначної кількості як поліпептидних, так і стероїдних гормонів у крові. З цією метою для визначення вмісту гормонів гіпоталамуса, гіпофіза й інших ендокринних залоз і тканин; широко використовують методи імуноферментного, радіоімунологічного аналізу.

У сечі визначають метаболіти андрогенів (17-кетостероїди - 17-КС) і прогестерону (прегнандіол). При обстеженні жінок з проявами гіперандрогенії замість проведення гормональних проб 17-КС у сечі, досліджують вміст тестостерону і його попередників у плазмі крові – дегідроепіандростерону-сульфат (ДЕАС), андростендіону.

Для визначення овуляції проводять комплексне обстеження: ультразвукове обстеження, вимірювання базальної температури, натягнення шийкового слизу, феномен зіниці, феномен “папороті”, сечовий тест на овуляцію.

4.6.2. Функціональні гормональні проби.

4.6.2.1. Пробу з гестагенами. Проводять з метою встановлення ступеня дефіциту естрогену і прогестерону при захворюваннях репродуктивної системи, що супроводжується аменореєю. Поява менструальноподібної реакції через 10-14 днів після введення 17 - ОПК вказує на помірний дефіцит естрогену і

значний гестагенів. Негативна проба може свідчити про глибоку недостатність естрогену або органічні зміни в ендометрії.

4.6.2.2. Проба з естрогенами та гестагенами проводять з метою встановлення ступеня дефіциту естрогенів та виявлення маткової форми аменореї. Відсутність менструальноподібної реакції (негативна проба) свідчить про маткову форму аменореї. Поява менструальноподібної реакції (позитивна проба) вказує на виражений дефіцит естрогенів.

4.6.2.3. Проба з дексаметазоном. Проводять з метою встановлення джерела гіперандрогенії у жінок з клінічними ознаками вирілізації. Проба

базується на здатності дексаметазону пригнічувати виділення адренкортикотропного гормону (АКТГ) передньою долею гіпофізу, що призводить до зниження утворення та виділення андрогенів наднирниками.

4.6.2.4. *Проба з гонадотропінами* (меногон , пергонал). Проводять з метою визначення форми аменореї (гіпоталамо – гіпофізарної або яєчникової).

Проба позитивна (діаметр домінантного фолікула досягає преовуляторних розмірів, концентрація естрадіола в крові доходить до преовуляторних значень): вказує на гіпоталамо - гіпофізарну форму аменореї та відсутність порушень функції яєчників. Проба негативна: вказує на рефрактерність яєчників до гонадотропінів, на яєчниковий рівень пошкодження.

4.6.2.5. *Проба з гонадоліберином (аГнРГ).*

Проба позитивна: до 60-ї хвилини починає наростати ЛГ. Це вказує на збережену функцію передньої долі гіпофізу та враження гіпоталамусу.

4.7. Функціональні тести стану яєчників.

4.7.1. *Феномен “зіниці”* пов'язаний зі зміною кількості слизу у просвіті каналу шийки матки при зміні рівня стероїдних гормонів. Так, у ранню фолікулінову фазу секретується 60-90 мг слизу за добу, а у перiovуляторний період – 600-700 мг за добу. При цьому зовнішнє вічко з краплею слизу, що виступає, здається темним та нагадує зіницю. Вплив прогестерону різко зменшує продукцію слизу. Діаметр “зіниці” прогресивно збільшується протягом першої фази циклу, досягає максимуму у перiovуляторний період до 0,25-0,3 см, потім різко зменшується та стає мінімальним у лютеїнову фазу. Оцінюється у балах.

Ступінь виразності феномену «зіниці»:

(-) - не виражений;

(+) - розкриття цервікального каналу у вигляді вузької смужки або точки, що виповнена прозорим слизом – незначно виражений;

(++) - розкриття цервікального каналу до 0,2 см в діаметрі – помірно насичення естрогенами;

(+++)- розкриття цервікального каналу до 0,3 см в діаметрі, з рясним прозорим слизом.

Якщо шийка матки деформована післяпологовими розривами, ерозована чи з явищами ендочервіциту – тест недостовірний.

4.7.2. *Феномен “папороті” (арборизації слизу)* – найменш часто використовується – ґрунтується на властивості шийкового слизу при висушуванні утворювати кристали. Причиною кристалізації вважаються зміни

фізико-хімічних властивостей слизу під впливом естрогенів (взаємодія натрію хлориду, який підвищується під впливом естрогенів, з полісахаридами, колоїдами та муцином, зміна рН слизу). Після висушування слиз мікроскопічно має характерну картину у вигляді папороті:

- окремі стебла (коли секреція естрогенів мізерна);

- виражений малюнок листка (помірна секреція естрогенів);

- товсті стебла, від яких відходять чіткі листочки під кутом 90% (у період овуляції, коли естрогенів утворюється найбільше).

4.7.3. *Натягнення шийкового слизу.* Найбільш в'язка та тягуча слиз співпадає з максимальною продукцією естрогенів при овуляції. Якщо браншами пінцета дістати слиз із цервікального каналу, то при обережному їх

розведенні із слизу утворюється нитка, довжина якої залежить від в'язкості слизу. Оцінюється по довжині нитки: 1 бал (+) – до 6 см (невисока естрогенна насиченість на початку фази проліферації); 2 бали (++) – 8-10 см (помірна естрогенна насиченість); 3 бали (+++) – 15-20 см (максимальна продукція естрогенів під час овуляції).

4.7.4. Вимірювання базальної температури. Тест ґрунтується на гіпертермічному ефекті прогестерону, який безпосередньо впливає на центр терморегуляції у гіпоталамусі. Використовують вимірювання ранкової ректальної температури. Базальна термометрія проводиться щоденно в ранковий час відразу після просинаання, не встаючи з ліжка, натщесерце. Отримані дані відображають у вигляді графіку.

Ознаками овуляторного менструального циклу є двофазний характер кривої. У першій половині менструального циклу (до 11-12 доби) ректальна температура нижче 37°C – це гіпотермічна фаза, що відповідає фолікуліновій фазі яєчникового циклу. У період овуляції відбувається падіння температури на $0,2-0,3^{\circ}\text{C}$, що відповідає максимальній естрогеновій насиченості. У другу фазу циклу, нормальна тривалість якої складає 11-17 діб, відбувається підвищення температури до 37°C та вище (до $37,1-37,3^{\circ}\text{C}$) з амплітудою коливань між I та II фазою не менше $0,6^{\circ}\text{C}$. За 1-3 доби до настання менструації базальна температура знижується. Про недостатність жовтого тіла свідчить менш значне, ніж зазначалось вище, підвищення температури, збереження підвищеної температури менше ніж 11 діб, значні підйоми та спади температури навіть при нормальній тривалості другої фази. Відсутність підйому базальної температури (монофазна температурна крива) говорить про ановуляцію.

4.8. Інструментальні методи дослідження.

4.8.1. Зондування матки проводять для визначення прохідності цервікального каналу, положення і напряму порожнини матки, її довжини і стану рельєфу стінок матки. Його використовують не лише з діагностичною метою, але і перед деякими операціями (вишкрібання стінок порожнини матки, ампутація шийки матки та ін.) Протипоказаннями до зондування матки є гострі та підгострі запальні процеси в статевих органах, підозра на маткову і позаматкову вагітність, наявність пухлини на шийці матки.

4.8.2. Біопсія - це висічення скальпелем або конхотомом і мікроскопічне обстеження шматочка тканини з діагностичною метою. Проводиться з метою діагностики тих чи інших патологічних станів. Вибір ділянки для забору

матеріалу найкраще здійснити за допомогою кольпоскопії. Отриманий матеріал заливають 10 % розчином формаліну, направляють на гістологічне дослідження.

4.8.3. Діагностичне фракційне вишкрібання цервікального каналу і порожнини матки. Діагностичне фракційне вишкрібання (роздільне діагностичне вишкрібання (РДВ), кюретаж) - це мала операція. Дана маніпуляція може виконуватися з метою лікування або діагностики при

гормонозалежних захворюваннях і порушеннях менструального циклу (міома матки, гіперпластичні процеси ендометрія, маткові кровотечі, дисплазії шийки матки, онкологічних новоутворення шийки матки, безпліддя, ендометріоз, поліпи шийки або ендометрія та ін.). Діагностичне вишкрібання, найбільш

часто, виконують за кілька днів до першого дня менструального циклу, т. к. такий підхід до проведення цієї хірургічної маніпуляції може забезпечити більш швидко відновлення матки і мінімізує крововтрату. Зразки тканин з цервікального каналу і порожнини матки беруть окремо і направляють на гістологічне дослідження. Протипоказаннями до проведення вишкрібання стінок матки є гострі запальні процеси в статевих органах.

4.8.4. *Аспіраційна біопсія ендометрія.*

В останні роки цей спосіб знаходить широке поширення в зв'язку з певною технічною простотою, безпекою та значною вірогідністю одержуваних даних, а також можливістю виробництва його в амбулаторних умовах. Спосіб використовується при підозрі на злоякісне ураження ендометрія, а також для діагностики деяких патологічних процесів, які можуть розвиватися в слизовій оболонці матки (туберкульоз ендометрія, гіперплазія та ін.). Для аспірації при аспіраційній біопсії ендометрія, може бути використаний звичайний матковий шприц Брауна або апарат, що застосовується в операційних (електровідсмоктувач). В останньому випадку до апарату приєднується наконечник від шприца Брауна, який і вводиться в порожнину матки. Після вилучення наконечника різким поштовхом поршня шприца вміст видують на 1-2 предметних скла для подальшого мікроскопічного чи цитологічного дослідження.

4.8.5. *Пункція черевної порожнини через заднє склепіння піхви.* це найближчий і найзручніший доступ у порожнину малого таза (простір Дугласа), де при різних патологічних процесах накопичується рідина (кров, гній, ексудат), частіше гінекологічного походження. Показанням для пункції через заднє склепіння піхви є підозра на наявність вільної рідини в порожнині малого таза для уточнення діагнозу позаматкової вагітності, при гострих запальних процесах придатків матки і тазової очеревини з метою виявлення крові, серозного або гнійного випоту в черевній порожнині. У випадку важкого диференціальної діагностики між пельвіоперітонітом і порушеною позаматковою вагітністю пункція допомагає розпізнати запальний процес. Отриману рідину направляють на бактеріологічне і цитологічне дослідження (для діагностики запального процесу в порожнині малого таза або ранньої діагностики раку яєчника). За припущення ектопічної вагітності пункцію проводять у процесі підготовки до операції. Отриманий пунктат оглядають, визначають його характер, колір, запах. При перерваної позаматкової вагітності

пунктат буде представляти собою рідку кров, темного кольору, яка не згортається. При пункції заднього склепіння застосовують інгаляційний, внутрішньовенний наркоз або місцеву анестезію.

4.8.6. *Пункція черевної порожнини* - це маніпуляція, яка полягає в проколі черевної стінки троакаром для видалення патологічного вмісту черевної порожнини. Найчастіше застосовується при асциті, з метою видалення надлишку рідини, однак може застосовуватися з діагностичною метою.

4.9. *Ендоскопічні методи дослідження.*

4.9.1. *Кольпоскопія.* Для її проведення гінеколог використовує кольпоскоп, зі спеціальною освітлювальною і оптичною системою. Як правило, рекомендується проводити процедуру, після закінчення місячних в перші 2-4 дні. Кольпоскопія обов'язкова при профілактичних оглядах жінок, тому що дає

змогу своєчасно виявити різні захворювання шийки матки, в т.ч. передрак і ранні стадії раку. Протипоказання до кольпоскопії відсутні, ускладнень не спостерігається.

Існує проста та розширена кольпоскопія. При простій кольпоскопії шийкуматки оглядають без попередньої обробки хімічними речовинами, при розширеній – після обробки 3% розчином оцтової кислоти, 3% розчином Люголя(проба Шиллера). Деякі моделі кольпоскопа дозволяють проводити обстеження методом флуоресцентного аналізу – виявом вторинного відсвічування в ультрафіолетовому промінні.

4.9.2. *Цервікоскопія* - це огляд каналу шийки матки за допомогою спеціальних пристосувань (цервікоскопа) через кольпоскоп.

4.9.3. *Гістероскопія* - це метод огляду порожнини матки за допомогою гістероскопа, який має оптичну та освітлювальну системи. Її проводять для діагностики та контролю за ефективністю проведеного лікування, перед виконанням оперативних втручань і маніпуляцій у порожнині матки. Останнім часом випускаються спеціальні гістероскопи з маніпуляторами, за допомогою яких можна виконувати видалення поліпів, субмукозних міоматозних вузлів, внутрішньоматкових контрацептивів.

4.9.4. *Лапароскопія* – це огляд органів черевної порожнини за допомогою ендоскопа з метою діагностики та проведення лікувальних хірургічних втручань.

4.9.5. *Кульдоскопія*. Застосовують при необхідності огляду яєчників і наявності ожиріння. Цей метод проводять рідко, його майже повністю витиснула лапароскопія. Втручання проводять під місцевою анестезією.

4.10. *Ультразвуковий метод обстеження (ехографія).*

Метод базується на здатності тканин різної щільності по різному відбивати чи поглинати ультразвукову енергію. За допомогою ультразвуку можна отримати відображення утворів, недосяжних для рентгенологічного обстеження через невелику щільність.

Сучасна ультразвукова апаратура дозволяє обстежувати органи малого таза за допомогою різних датчиків: абдомінальних, вагінальних.

Таблиця № . Розміри матки у жінок репродуктивного віку, см.

Довжина	3,5-5,9
Передньо - задній розмір	2,8-4,2

Ширина	4,6- 6,2
--------	-------------

Наявність пологів в анамнезі підвищує кожний розмір на 0,7-1,2 см.

У постменопаузі (після 60 років) розміри зменшуються до 3,5-2,2-1,3 см.

Таблиця № . Товщина ендометрія (М - ехо), мм.

Початок першої фази циклу	5-7
Кінець першої фази циклу	9- 12
Кінець другої фази циклу 22-26-1 день циклу	10-14
Гіперплазія ендометрія	15-20
Аденокарцинома ендометрія	> 20
Товщина ендометрія постменопаузі	< 5

Таблиця № . Розміри яєчників у жінок репродуктивного віку.

Довжина(L), см	2,9±0,4
Ширина(S), см	2,7±0,2
Товщина(H), см	1,4±0,4
Об'єм яєчника, см ³ : • у репродуктивному віці • у постменопаузальному віці	3,5-2,6 5,7±0,4(в залежності від тривалості)
Діаметр преовуляторного фолікула в репродуктивному віці, мм	20±2

4.11. Рентгенологічні методи дослідження.

4.11.1. *Метросальпінгографія (гістеросальпінгографія)* – це рентгенографія матки та маткових труб при заповненні їх рентгеноконтрастною речовиною через канал шийки матки, дає можливість судити про положення, форму, розміри для визначення прохідності цих органів. Обстеження доцільно проводити на 5-7-й день менструального циклу, що зменшує частоту псевдо негативних результатів. Для виконання метросальпінгографії використовують водорозчинні (веротраст, уротраст, верографін, урографін) і водно - віскозні (дійодон, полівідон) контрастні речовини в кількості 4-5 мл.

4.11.2. Гінекографія (пневмопельвеографія).

Для виявлення контурів внутрішніх статевих органів необхідно ввести в черевну порожнину газ (кисень, вуглекислий газ, закис азоту), на фоні якого роблять рентгенівський знімок. Цей метод використовують для діагностики і диференційної діагностики пухлин органів малого таза, розповсюженості пухлинного процесу при злоякісних новоутвореннях геніталій, для діагностики аномалій розвитку статевих органів.

4.11.3. *Ангіографія* - це рентгенологічне дослідження кровоносних судин після введення розчинів рентгеноконтрастних речовин. Зазвичай ангіографію

застосовують для вивчення судин будь-якого органа або його частини (селективна ангіографія). Ангіогістеросальпінгографія - це одночасне контрастування судин таза, порожнини матки і маткових труб. Застосовують для доопераційної диференційної діагностики пухлин матки та її додатків.

4.11.4. Лімфографія - це рентгеноконтрастне дослідження органів лімфатичної системи. Полягає у введенні рентгеноконтрастної речовини в м'які тканини, завдяки чому вона надходить в лімфатичні шляхи (непрямалімфографія), або безпосередньо в лімфатичні судини з наступним контрастуванням лімфатичних вузлів (пряма лімфографія).

4.11.5. Флебографія (венографія) - це наповнення контрастною речовиною венозної сітки малого таза. Даний метод застосовують для діагностики захворювань нижньої порожнистої вени, тазових вен і вен нижніх кінцівок, для диференціації пухлин матки та її придатків від пухлиноподібних утворів запального характеру, а також для виключення урологічних захворювань.

4.11.6. Радіоізотопну діагностику все частіше застосовують у гінекологічній практиці для вивчення функціонального стану маткових труб при безплідді, наявності пухлин статевих органів, особливо злякисних. Метод базується на здатності злякисних пухлин накопичувати радіоактивний фосфор інтенсивніше, ніж навколишні здорові тканини.

4.11.7. Комп'ютерна томографія (КТ).Обстеження проводиться на спеціальному апараті - комп'ютерному томографі. Це рентгенівська установка, яка обертається навколо тіла пацієнта та робить знімки під різними кутами (зрізами). Зображення обробляються і підсумовуються комп'ютером. При КТ- дослідженні може виникати необхідність у контрастуванні пацієнта. Перевагами КТ є більш висока в порівнянні з іншими методами візуалізації деталізація по контрасту, можливість одержати за короткий час велику кількість поперекових проекцій, що особливо цінно для локалізації області, з якої надалі буде братися тканина для біопсії, а також для планування хірургічного втручання і наступної радіотерапії. Обмеженням методу КТ при дослідженні внутрішніх органів є відсутність можливості одержувати зображення від великих ділянок у повздовжніх і фронтальних проекціях.

4.11.8. Фістулографія - рентгенографія нориць після їх контрастування; застосовують, щоб уточнити розміри, форму, кількість, локалізацію норицевих ходів, виявити зв'язок нориць з порожнистими органами.

4.11.9. Мамографія – це безболісне рентгенологічне обстеження молочних залоз за допомогою мамографа. Застосування цього методу в мамології має деякі обмеження, тому що певне променеве навантаження впливає на організм жінки. І хоча сучасні технології дозволяють значно його знизити, поліпшуючи при цьому якість діагностики, без шкоди припустимо проводити всього 1-2 дослідження на рік. Лікарі – онкологи рекомендують робити її одноразово у віці від 35 до 40 років. Від 40 до 50 років необхідно обстежуватися один раз на два роки, а після 50 років – щорічно.

4.12. МРТ (магнітно резонансна томографія або ядро магнітний резонанс) – це томографічний метод дослідження внутрішніх органів і тканин з використанням фізичного явища ядерного магнітного резонансу. Метод ґрунтується на вимірюванні електромагнітного відклику атомних ядер, найчастіше ядер атомів водню, а саме на їхньому збудженні за допомогою певної комбінації

електромагнітних хвиль у магнітному полі високої напруги. На відміну від комп'ютерної томографії та рентгену, під час дослідження даним методом організм не зазнає впливу іонізуючого випромінювання. Зображення формується під впливом потужного магнітного поля та електромагнітних хвиль

із застосуванням комп'ютерної обробки для одержання чіткої деталізації м'яких тканин, кісток та інших внутрішніх структур організму. Переваги МРТ: метод дозволяє досягати винятково високого контрастування тканин, одержувати в ході одного дослідження зображення у всіх анатомічних проекціях, вивчати динамічні процеси, пов'язані з рухом біологічних рідин (крові, ліквору, сечі, жовчі), а також, завдяки застосуванню контрастних речовин, з високою точністю розрізняти навколо пухлинний набряк і власне пухлину. До недоліків МРТ варто віднести досить високу (не тільки в Україні, але і в усьому світі) вартість дослідження, а також наявність протипоказань. МРТ діагностику матки та яєчників проводять на 7-12 добу після менструації, за 1 добу до обстеження застосовують дієту.

4.13. Методи генетичного обстеження.

Нормальний каріотип чоловіка та жінки позначають як 46XY (статевого хроматину <5%) та жінки - 46XX (статевий хроматин = 20-60%).

Визначення каріотипу (каріотипування). Кариограма, або візуальне подання всього набору хромосом, відома під визначенням каріотип. Аналіз його являє собою обстеження форми, розміру, числа хромосом у певному зразку клітин організму.

Основні показання до каріотипування:

- при наявності множинних та ізольованих вроджених вад розвитку;
- при вроджених вадах розвитку, які не відносяться до генного синдрому;
 - при звичних викиднях (2 та більше), мертвородження у жінок;
 - при підозрі на передачу сімейної транслокації;
- для підтвердження діагнозу, встановленого методом дослідження статевого хроматину;
 - для діагностики до пологів, у випадку літнього віку матері;
 - при підозрі на хромосомну хворобу;
- при множинних вадах розвитку або ознаках дизморфій, етіологія яких не визначена клінічно;
 - відставання в розумовому розвитку нез'ясованої етіології;
- порушення репродуктивної функції нез'ясованого генезу в жінок та чоловіків та ін.

Визначення статевого хроматину.

X - статевий хроматин (тільки Барра) - це невеличке утворення різної форми, яке чітко видиме у світловому мікроскопі в ядрі клітини на стадії інтерфази і щільно прилягає до мембрани ядра.

Показання до визначення X- і Y - статевого хроматину:

- визначення статі за наявності гермафродитизму;
- з метою визначення статі до народження дитини (при амніоцентезі), щоб у випадку виявленої патології або встановленні чоловічої статі при високому ризику хвороби, зчепленої зі статтю, вирішити питання про переривання або зберігання

вагітності;

- для діагностики спадкових захворювань, пов'язаних із порушенням числа статевих хромосом;
- для визначення хромосомної патології дітей із порушенням інтелекту;
- для виявлення спадкової патології при первинній аменореї і ранній вторинній аменореї в жінок, а також безплідді в чоловіків.

4.14. Методи імунологічного обстеження (онкомаркери).

4.14.1. Онкомаркер СА- 125 – глікопротеїн.

Норма в сироватці крові – 35 ОД / мл. Підвищення рівня СА 125 спостерігають у хворих на рак яєчників (у 83 % хворих його вміст був понад 145 МО/мл).

4.14.2. Онкомаркер HE4 - належить до сімейства інгібіторів.

Обстеження показали, що рівень HE4 підвищений вже на доклінічній стадії раку яєчника. У той же час при доброякісних гінекологічних захворюваннях, ендометріозі, кістах яєчників підвищення рівня HE4 немає. Чутливість HE4 набагато вища, ніж СА125. Наприклад, при специфічності 96% чутливість HE4 становить 67%, а СА 125 - 40%. Крім того, показано, що рівень HE4 підвищений у приблизно половини пацієток з раку яєчника, у яких концентрація СА125 залишалася в нормі. Таким чином, наявні дані свідчать про те, що поєднане визначення двох маркерів (HE4 і СА125) володіє більш точним діагностичним значенням для виявлення епітеліального РЯ, ніж будь-який з маркерів окремо або інші комбінації. Поєднаний тест важливий як для ранньої діагностики епітеліального РЯ, так і для диференціальної

4.14.3. Онкомаркер молочної залози СА15-3 - пухлинний маркер, що використовується при моніторингу перебігу та оцінці ефективності терапії карциноми молочної залози. СА15-3 відноситься до високомолекулярних глікопротеїнів. До 80% жінок з метастазами раку молочної залози мають значне підвищення рівня СА 15-3, в той час як у жінок з діагнозом раку молочної залози I- II стадії це спостерігається в 20% випадків. Тест найбільш корисний у поєднанні з дослідженням РЕА. Крім збільшеної продукції пухлинною тканиною, підвищення концентрації цього маркера може спостерігатися при інших патологічних станах, що супроводжуються збільшенням клітинного обороту.

4.14.4. Раково – ембріональний антиген РЕА- є глікопротеїн з високим вмістом вуглеводів, що виробляється в тканинах травного тракту ембріону та плоду. РЕА визначається в сироватці крові плоду, але не в крові вагітних жінок. Після народження його синтез пригнічується, і антиген практично не виявляється ні в крові, ні в інших біологічних рідинах дорослих здорових людей. При розвитку пухлин різної локалізації рівень РЕА підвищується і досить точно відображає стан злоякісного процесу. Визначення РЕА в сироватці крові можна проводити для діагностики віддалених метастазів раку. Встановлено, що після видалення пухлини відбувається зниження рівня антигену в крові. Також виправдано динамічне визначення рівня РЕА в крові для раннього виявлення рецидивів чи метастазів раку у віддалені терміни після хірургічного лікування. Підвищення концентрації РЕА спостерігається не тільки при різних карциномах травного тракту, але і при раку легень, молочної залози, голови і шиї, злоякісних утвореннях сполучнотканинного

походження.

Серед хворих на рак молочної залози високий рівень РЕА відзначається у 20-53% осіб.

VI. План та організаційна структура заняття.

Таблиця №

№ з\п	Основні етапи заняття, їх функції та зміст	Цілі	Методи контролю навчання	Матеріали методичного забезпечення	Час
1	2	3	4	5	6
Підготовчий етап					
I	Організаційні заходи				2%
II	Постановка навчальних цілей та мотивація			Див.п.2.Навчальні цілі. Див.п.1.Актуальність теми	3%
III	Контроль вихідного рівня знань, навиків, вмінь	($\alpha=2$)	- індивідуальне теоретичне опитування; -тестовий контроль; -рішення типових задач.	- питання для теоретичного опитування; - тести; - типові задачі; - структурно логічні схеми, таблиці; - муляжі.	15%
Основний етап					

IV	<p>Формування професійних навичок</p> <p>Формування професійних вмінь: зібрати анамнез і виділити ознаки, притаманні гінекологічній</p>	<p>($\alpha=$ 3)</p> <p>($\alpha=$ 4)</p>	<p>Метод формування навичок:практичний тренінг.</p> <p>Метод формування вмінь: тренінг у вирішенні типових і нетипових ситуаційних задач – реальних клінічних, імітованих,</p>	<p>Алгоритми методів обстеження гінекологічних хворих, муляжі для тренінгу,гінекологічний інструментарій. Тематичні хворі, історії хвороби,УЗД – знімки або УЗД в реальному часі, результати інших додаткових методів обстеження,</p>	65%
	<p>хворій;</p> <p>оцінити результати: вимірювання базальної температури; метросальпінгографії; кольпоцитологічного, бактеріоскопічного, бактеріологічного, ультразвукового, онкоцитологічного обстежень.</p>		тестових.	ситуаційні задачі IV рівня, інтерактивні завдання.	
Підсумковий етап					

1	2	3	4	5	6
V	Контроль та корекція рівня практичних навиків	($\alpha=3$)	Індивідуальний контроль практичних навиків	Тематичний контроль і хворі, гінекологічний інструментарій.	20%
VI	Контроль та корекція рівня професійних вмінь	($\alpha=4$)	Аналіз результатів клінічної роботи студентів, рішення задач і тестів IV рівня	Результати клінічної роботи, нетипові задачі і тести IV рівня.	
VII	Проведення підсумків заняття: теоретичного, практичного, організаційного		Підсумкове оцінювання студентів за критеріями знань, навиків, вмінь		
	Домашнє завдання			Орієнтовна карта для самостійної роботи з літературою. Рекомендована література (основна, додаткова, електронні джерела).	

VII. Матеріали методичного забезпечення заняття.

7.1. Матеріали контролю для підготовчого етапу заняття.

Питання ($\alpha=2$):

- Які утворення належать до зовнішніх статевих органів?
- Якою є будова та функції шийки матки?
- Якою є будова матки?
- Яка будова та функціональні особливості яєчника?
- Якими є основні ланки яєчничкового циклу?
- Якими є основні ланки маткового циклу?

- Які спеціальні основні дослідження гінекологічних хворих Ви знаєте?
- На які особливості звертають увагу при огляді зовнішніх статевих органів, огляду шийки в дзеркалах, одноручному, бімануальному дослідженні?
- Які додаткові методи спеціального дослідження застосовують при обстеженні гінекологічних хворих?
 - Визначення загальної симптоматики гінекологічних захворювань.
- Визначити особливості обов'язкового та додаткового обстеження гінекологічних хворих.
 - Методи гормональної діагностики та їх діагностичне значення.
 - Методи функціональної діагностики та їх діагностичне значення.
 - Методи ендоскопічної діагностики та їх діагностичне значення.
 - Метод ультразвукової діагностики та його діагностичне значення.
- Методи інструментального дослідження та їх діагностичне значення.
- Методи рентгенологічного дослідження та їх діагностичне значення.
- Методи генетичного обстеження гінекологічних хворих та їх діагностичне значення.
- Методи імунологічного обстеження пацієнток та їх діагностичне значення.
- Які інструменти необхідні для проведення малих гінекологічних операцій?

Завдання для формування вмінь ($\alpha=4$)

1. Зібрати анамнез і виділити ознаки, притаманні гінекологічним захворюванням.
 2. Зібрати загальний анамнез у гінекологічної хворої.
 3. Зібрати гінекологічний анамнез у гінекологічної хворої.
4. Застосувати на практиці деонтологічні навички спілкування з гінекологічною хворою.
 5. Виконати огляд за допомогою дзеркал.
 6. Виконати бімануальне (вагінально-абдомінальне) дослідження.
 7. Взяти мазок на ступінь чистоти піхви.
 8. Взяти мазок на онкоцитологічне дослідження.
 9. Взяти мазок на «гормональне дзеркало».
 10. Оцінити результати вимірювання базальної температури.
 11. Оцінити результати метросальпінгографії.
 12. Оцінити результати кольпоцитологічного дослідження.
 13. Оцінити результати бактеріоскопічного дослідження.

14. Оцінити результати бактеріологічного дослідження.
15. Оцінити результати ультразвукового дослідження.
16. Оцінити результати кольпоскопічного дослідження.
17. Оцінити результати онкоцитологічного дослідження.

Завдання для формування навичок ($\alpha=3$):

1. Зібрати скарги і гінекологічний анамнез.
2. Провести основні методи гінекологічного обстеження: огляд зовнішніх статевих органів, огляд в дзеркалах, бімануальне дослідження.

Інтерактивне завдання ($\alpha=4$):

1. Групу студентів поділити на 3 підгрупи, завдання для формування вмінь надати кожній підгрупі.
2. Групу студентів поділити на 3-4 підгрупи, кожній групі надати різні знімки УЗ досліджень з різними гінекологічними захворюваннями, на підставі яких пропонувати встановити діагноз.
3. Групу студентів поділити на 2 підгрупи:
 - Підгрупа 1 - проводить аналіз ведення тематичної хворої на підставі наданої історії хвороби.
 - Підгрупа 2 - оцінює правильність проведеного аналізу.

VI. Контрольні запитання для оцінки вихідного рівня знань.

1. Що входить у спеціальний анамнез у гінекологічної хворої?
2. Які основні спеціальні методи гінекологічного обстеження?
3. Які правила забору матеріалу при взятті мазків для мікроскопії урогенітального мазку та цитоморфологічного дослідження?
4. Які додаткові методи спеціального гінекологічного обстеження?
5. Які правила забору матеріалу для бактеріологічного дослідження?
6. На яких властивостях шийкового слизу засновані феномени „зіниці”, „папороті”, натягнення шийкового слизу?
7. На основі яких показників оцінюють кольпоцитологічне дослідження?
8. Які правила вимірювання базальної температури?
9. Які показання до пункції черевної порожнини через заднє склепіння?
10. Яка методика виконання пункції черевної порожнини через заднє склепіння?
11. Які інструменти необхідні для проведення малих гінекологічних операцій?
12. Які показання для проведення роздільного діагностичного вишкрібання матки?
13. Яка методика проведення роздільного діагностичного вишкрібання матки?
14. Які показання для визначення прохідності маткових труб?
15. Які методи застосовують для визначення прохідності маткових труб?
16. Які рентгенологічні методи дослідження застосовуються в гінекології, та за якими показаннями?
17. Які ендоскопічні методи діагностики застосовуються в гінекології?

VI. Завдання для самостійної аудиторної роботи студентів.

1. Зібрати загальний та спеціальний анамнез у гінекологічної хворої.
2. Демонструвати взяття аналізу виділень на чистоту вагінальної флори (на фантомі).
3. Демонструвати взяття аналізу на цитоморфологічне дослідження (на фантомі).
4. Провести огляд шийки матки в дзеркалах (на фантомі).
5. Демонструвати одноручне та бімануальне обстеження (на фантомі).
6. Добрати інструменти для роздільного діагностичного вишкрібання матки.
7. Добрати інструменти для пункції черевної порожнини через заднє склепіння.
8. Інтерпретувати дані аналізів виділень та цитологічного дослідження, рентгенограми.

Ситуаційні завдання для оцінки кінцевого рівня знань.

1. До гінекологічного відділення звернулась жінка 35 років зі скаргами на рясні кров'янисті виділення протягом останніх двох діб. Остання менструація була 2 тижні тому, своєчасно. Які методи обстеження необхідно провести з метою постановки діагнозу?

2. У гінекологічне відділення поступила дівчинка 15 років зі скаргами на рясною менструацію. Менструальний цикл з 14 років, нерегулярний, болісний, зазвичай кров'янисті виділення помірні. Які методи обстеження необхідно провести?

3. До жіночої консультації звернулась жінка зі скаргами на рясні виділення протягом останніх 4 місяців, а також незначні кров'янисті виділення, що виникають після статевого акту. Які методи обстеження повинен виконати лікар для постановки діагнозу?
4. До гінекологічного відділення поступила хвора 32 років зі скаргами на гострий, постійний біль внизу живота, що віддає не задній прохід, який з'явився після того, як вона підняла дитину. З анамнезу відомо, що 2 місяці тому була виявлена кіста правого яєчника розміром до 5,0 см. Який додатковий спеціальний метод обстеження необхідно провести з метою визначення наявності та якості рідини? Як його провести? Який результат може бути отриманий?

5. До жіночої консультації звернулась жінка 23 років за скаргами на нерегулярний менструальний цикл, через 2,5-3 місяці по 6-7 днів. Статеве життя з 20 років. На момент огляду в неї 12 день циклу. Які методи функціональної діагностики можна провести? Який метод функціональної діагностики можна рекомендувати для проведення в амбулаторних умовах та як його виконувати?

6. До лікаря гінеколога звернулась хвора 26 років зі скаргами на рясні запальні виділення. Амбулаторно 2 місяці тому проходила курс протизапальної терапії. Лікарем були виконанні основні методи гінекологічного обстеження. Встановлено попередній діагноз запального процесу шийки матки – цервіцит та стінок піхви – кольпіт. Який додатковий метод гінекологічного обстеження необхідно провести з метою призначення адекватної терапії? Як виконується цей метод?

7. Жінці 25 років, що страждає на безпліддя показано визначення прохідності маткових труб. Жінка звернулась до лікаря на 10 день менструального циклу з наступними результатами обстеження: аналіз виділень III ступеня чистоти, цитологія – тип II. Які методи визначення прохідності маткових труб може запропонувати їй лікар? Чи можливо зараз виконати це обстеження?

8. У студентській поліклініці проходить профогляд. Жінка, що живе статевим життям і не має патології репродуктивної системи, повинна проходити профогляд у гінеколога раз у рік. Які методи гінекологічного обстеження проводять при профогляді?

9. Лікарем гінекологом при бімануальному обстеженні жінки 20 років, яка з'явилась вперше на огляд, було запідозрена аномалія розвитку жіночих статевих органів. Які методи обстеження можна провести для встановлення діагнозу?

10. До гінекологічного відділення звернулась жінка 27 років, яка страждає на болі, що виникають приблизно у середині менструального циклу, протягом останніх 4 місяців. Раніше подібні болі виникали, але не були такі тривалі. Лікар встановив попередній діагноз – овуляторний біль. Які методи обстеження можна провести з діагностичною метою? Які показники цих методів повинні бути, якщо цей діагноз підтвердиться?

11. У хворої 60 років почалася кровотеча. Менопауза 10 років. Які інструментальні та додаткові спеціальні методи дослідження необхідно виконати для виключення пухлини матки?

Тестові завдання для оцінки кінцевого рівня знань.

1. У хворої 30 років із запаленням матки та придатків зроблено мазок з заднього склепіння. У мазку виявлена невелика кількість паличок Додерлейна, багато лейкоцитів та епітелію, значна кількість кокової флори. Реакція слабокисла. Зовнішній вигляд виділень – слизово-гнійний. Який ступінь чистоти?

- A. I ступінь чистоти.
- B. II ступінь чистоти.
- C. III ступінь чистоти.
- D. IV ступінь чистоти.

2. Жінка 24 років звернулась до лікаря жіночої консультації зі скаргами на нерегулярний менструальний цикл. Заміжня 1 рік. Вагітностей не було. Жінка звернулась з проханням визначити чи відбувається під час її менструального циклу овуляція чи ні, при цьому часто відвідувати лікаря вона не може. Який метод діагностики овуляції був би для неї оптимальним?

- A. Кольпоцитологія, з визначенням каріопікнотичного індексу.
- B. Вимірювання базальної температури.
- C. Проведення тестів, що засновані на дослідженні властивостей шийкового слизу.
- D. УЗДОМТ.

3. Жінка 24 років звернулась до лікаря жіночої консультації зі скаргами на нерегулярний менструальний цикл. Заміжня 3 рік. Вагітностей не було. Чоловік обстежений – здоровий. Жінка оглянута лікарем, зроблена кольпоцитологія та отриманий результат, який характерний для періоду овуляції. Які дані отримав лікар?

- A. Каріопікнотичний індекс 30-40%.
- B. Каріопікнотичний індекс 10-20%.
- C. Каріопікнотичний індекс 70-90%.
- D. Каріопікнотичний індекс 20-30%.

4. Жінка 49 років, звернулась до лікаря жіночої консультації зі скаргами на періодичні мажучи кров'яні виділення зі статевих шляхів протягом останніх 2 місяців, які з'являються після статевого акту. Менструації регулярні через 28 днів по 5-6 днів. Не проходила профогляд біля 5 років. Лікарем були взяті мазки на мікроскопію уrogenітального мазка та цитологічне дослідження. При кольпоскопії виявлено додаткове утворення на піхвовій частині шийки матки, яке кровоточить при контакті. Який додатковий метод обстеження треба застосувати в цьому випадку?

- A. Пункція черевної порожнини через заднє склепіння.
- B. Лапароскопія.
- C. УЗД ОМТ
- D. Біопсія шийки матки.

5. У жінки безпліддя на протязі 5 років. Має одну дитину від першого шлюбу, хлопчику 10 років. З анамнезу відомо, що 6 років тому перенесла гострий запальний процес придатків матки на фоні ВМС. Другий чоловік обстежений - здоров. Який метод діагностики треба застосувати з метою визначення прохідності маткових труб?

- A. Біопсію шийки матки.
- B. Гістеросальпінгографію .
- C. Гістероскопію.
- D. УЗД ОМТ.

6. До гінекологічного стаціонару по швидкій допомозі звернулась жінка 27 років зі скаргами на рясні кров'яні виділення зі статевих шляхів на протязі 8 годин, загальну слабкість, незначне запаморочення. Затримка менструації на 3-4 дні. Останні 4 менструації були дуже рясними, на протязі 7-8 днів, до лікаря не зверталась. Який метод з діагностичною та лікувальною метою необхідно застосувати в цьому випадку?

- A. Роздільне діагностичне вишкрібання матки .
- B. Лапароскопію.
- C. Пункцію черевної порожнини через заднє склепіння.
- D. УЗД ОМТ.

7. Жінка 23 років поступила до гінекологічного стаціонару зі скаргами на різкі болі внизу живота, що виникла 3 години тому. Затримка менструації на 16 днів, тест на вагітність – позитивний, робила тиждень тому. В вагітності зацікавлена, до лікаря не зверталась. При УЗД ОМТ плідне яйце в порожнині матки не візуалізується, а позаду матки визначається вільне рідина. Який метод треба застосувати з метою визначення якості рідини в черевній порожнині?

- A. Гістероскопію.

- В. Пункцію черевної порожнини через заднє склепіння .
- С. Пертубацію.
- Д. Роздільне діагностичне вишкрібання порожнини матки.

8. Жінка 19 років вперше звернулась до гінеколога з метою пройти профогляд. Заміжня 6 місяців. Які методи обстеження повинен виконати лікар?

А. Огляд зовнішніх статевих органів, дослідження за допомогою дзеркал, взяття мазка на мікроскопію урогенітального мазка, кольпоскопію, вагінальне внутрішнє дослідження, огляд молочних залоз.

В. Огляд зовнішніх статевих органів, дослідження за допомогою дзеркал, взяття мазка на мікроскопію урогенітального мазка та цитологічне дослідження, кольпоскопію, вагінальне внутрішнє дослідження, огляд молочних залоз.

С. Огляд зовнішніх статевих органів, дослідження за допомогою дзеркал, взяття мазка на мікроскопію урогенітального мазка та цитологічне дослідження, кольпоскопію, вагінальне внутрішнє та бімануальне дослідження, огляд молочних залоз .

Д. Огляд зовнішніх статевих органів, взяття мазка на мікроскопію урогенітального мазка та цитологічне дослідження, кольпоскопію, бімануальне дослідження, огляд молочних залоз.

9. За чергування у гінекологічне відділення по швидкій допомозі звернулось 12 жінок різного віку та різноманітною патологією жіночих статевих органів. З якого методу дослідження черговий лікар починає обстеження хворої?

А. Огляд зовнішніх статевих органів.

В. УЗД ОМТ.

С. Збір анамнезу і взяття поінформованої згоди жінки на методи обстеження, які планується їй виконати .

Д. Огляд зовнішніх статевих органів, дослідження за допомогою дзеркал, взяття мазка на мікроскопію урогенітального мазка та цитологічне дослідження, кольпоскопію, вагінальне внутрішнє та бімануальне дослідження.

10. До гінекологічного стаціонару поступила дівчинка 15 років зі скаргами на постійні, ниючі болі внизу живота на протязі доби. Остання менструація була 3 тижні тому. Статевим життям не живе. Які методи обстеження доцільно виконати?

А. Ректо-абдомінальне дослідження та/або УЗДОМТ.

В. Ректо-вагінально-абдомінальне дослідження.

С. Лапароскопію.

Д. Методи функціональної діагностики: кольпоцитологія, вимірювання базальної температури, проведення тестів, що засновані на дослідженні властивостей шийкового слизу.

11. Жінка 32 років поступила до гінекологічного стаціонару з діагнозом: Гострий двосторонній сальпінгоофорит, цервіцит, кольпіт. При загальному обстеженні: температура тіла підвищена до 38,2⁰С, тахікардія, АТ 125/70 мм рт ст, зсув лейкограми вліво. При УЗД ОМТ визначається незначна кількість вільної рідини в позаматочному просторі. Виділення рясні, без запаху, гноєподібні. Який метод обстеження необхідно

застосувати з метою призначення оптимальної терапії?

- A. Взяття мазків на мікроскопію урогенітального мазка.
- B. Лапароскопію.
- C. Пункцію черевної порожнини через заднє склепіння.
- D. Бактеріологічне дослідження виділень з піхви, цервікального каналу та/або вмісту черевної порожнини, який був отриманий при кульдоцентезе .

12. До лікаря звернулась жінка 26 років зі скаргами на мажучи кров'яністі виділення до менструації за 4-5 днів. При УЗДОМТ на протязі 2 менструальних циклів візуалізується поліп ендометрію до 6,0 – 8,0 мм, у дна матки. Який метод діагностики оптимально застосувати у цьому випадку?

- A. Гістероскопію з прицільною біопсією .
- B. Гістеросальпінгографію.
- C. Роздільне діагностичне вишкрібання.
- D. Комп'ютерну томографію.

Тема ПОРУШЕННЯ ФУНКЦІЙ РЕПРОДУКТИВНОЇ СИСТЕМИ (АМНОРЕЯ, АНОМАЛЬНІ МАТКОВІ КРОВОТЕЧІ)»

Мета заняття: Систематизувати та поглибити знання, сформувати професійні уміння та навички за темою практичного заняття; виховати професійні риси, почуття відповідальності.

Необхідно знати

- Особливості збору загального та спеціального гінекологічного анамнезу.

Нейроендокринна регуляція функції статевих органів. • Методи обов'язкового обстеження в гінекологічній практиці (методи, які застосовують в обов'язковому порядку під час гінекологічного обстеження всіх жінок, як хворих, так і здорових).

- Методи додаткового обстеження в гінекологічній практиці.
- Методи лабораторної діагностики.
- Методи дослідження гормонального фону.
- Методи функціональної діагностики.
- Метод ультразвукової діагностики.
- Інструментальні методи дослідження.
- Ендоскопічні методи дослідження
- Методи рентгенологічного дослідження.
- Методи генетичного обстеження.
- Методи імунологічного обстеження.
- Деонтологію спілкування під час прийому гінеколога.
- Будову репродуктивної системи.

Визначення менструального циклу.
Тривалість менструального циклу та менструації в нормі.

- Особливості регуляції менструального циклу.
- Методи оцінки функціонального стану репродуктивної системи (тести функціональної діагностики, гормональні проби, контроль овуляції).
- Причини та патогенез розвитку порушень функції репродуктивної системи.
- Класифікацію порушень репродуктивної системи.
- Класифікацію аменореї.
- Додаткові методи обстеження при аменореї.
- Патогенез, клініку, діагностику та лікування різних форм первинної аменореї.
- Патогенез, клініку, діагностику та лікування різних форм вторинної аменореї.
- Класифікацію аномальних маткових кровотеч (АМК).
- Причини та патогенез АМК.
- Клінічну картину та діагностику різних видів АМК.
- Методи лікування АМК.
- Показання та методи медикаментозного лікування АМК.
- Показання та методи хірургічного лікування АМК.
- Методи профілактики виникнення порушень функції репродуктивної системи.

Необхідно вміти

-
- Зібрати спеціальний гінекологічний анамнез.
- Провести обов'язкові методи гінекологічного обстеження.
- Провести огляд зовнішніх статевих органів та оцінити результати.
- Провести дослідження піхви та шийки матки за допомогою дзеркал та оцінити результати.
- Провести вагінальне дослідження та оцінити результати.
- Провести бімануальне (вагінально-абдомінальне) дослідження та оцінити результати.
- Провести мікроскопію урогенітальних виділень та оцінити заключення лікаря лаборанта.
- Провести цитологічне дослідження та оцінити заключення лікаря цитолога.
- Оцінити результати кольпоскопічного дослідження.
- Оцінити результати додаткового обстеження гінекологічних пацієнок (лабораторних, ультразвукових, ендоскопічних, інструментальних, гістологічних тощо).
- Оцінити менструальний цикл жінки.
- Вибрати зі скарг та анамнезу дані, які вказують на причину та форму розвитку порушень функції репродуктивної системи.
- Скласти план обстеження при первинній та вторинній аменореї.
- Оцінити результати обстеження та встановити форму аменореї.
- Провести диференційну діагностику різних форм аменореї.
- Скласти схему лікування різних форм аменореї.
- Визначити заходи профілактики розвитку аменореї.
- Скласти план обстеження при АМК.
- Оцінити результати основного та додаткового обстеження при АМК.
- Провести диференційну діагностику маткових кровотеч, пов'язаних з порушенням функції яєчників, перериванням вагітності та злоякісними захворюваннями жіночих статевих органів.
- Визначити тактику ведення пацієнок з різними формами АМК.
- Визначити показання та схему медикаментозного лікування при різних формах АМК.
- Призначити препарати для гормонального гомеостазу залежно від віку пацієнтки.
- Визначити показання та метод хірургічного лікування при АМК (гістерорезектоскопія, поліпектомія, міомектомія, вишкрібання слизової оболонки матки та цервікального каналу, надпівхова ампутація матки чи екстирпація матки).
- Скласти план щодо реабілітації пацієнок з АМК.

Структура та функції репродуктивної системи

1. Репродуктивна система жінки існує як інтегральне утворення, що включає центральні і периферичні ланки та працює за механізмом зворотного зв'язку.

2. Рівні репродуктивної системи. В основі її функціонування лежить **ієрархічний принцип**. Розглядають **5 рівнів**

репродуктивної системи, кожний з яких регулюється вище розташованими структурами за механізмом зворотного зв'язку. **Першим рівнем** є *тканини-мішені*. До них відносяться статеві органи, молочні залози, шкіра, волосяні фолікули, кістки та жирова тканина. Клітини цих тканин та органів мають рецептори до статевих стероїдних гормонів та гонадотропних гормонів.

Також до першого рівня репродуктивної системи належить внутрішньоклітинний медіатор – циклічна аденозинмонофосфорна кислота (цАМФ) та міжклітинні медіатори – простагландини.

Другий рівень репродуктивної системи – *яєчники* – жіночі гонади.

В яєчниках відбувається синтез стероїдних гормонів (*стероїдогенез*) та розвиток фолікулів (*фолікулогенез*).

Процес *фолікулогенезу* відбувається безперервно. Він розпочинається в антенатальному періоді, коли закладається близько 400-450млн. примордіальних фолікулів, та закінчується у постменопаузальному.

Близько 90% фолікулів піддаються атретичним змінам і лише невелика їх частина проходить повний цикл розвитку від примордіального до преовуляторного фолікулу, овулює та перетворюється в жовте тіло.

Прийнято вважати, що спонтанній циклічній овуляції піддається лише один зрілий фолікул. Разом з тим спостереження показують, що у яєчнику можливо виявити більше ніж одне свіже жовте тіло. Це є наслідком овуляції декількох домінантних фолікулів, що дозріли неодноразово.

Таким чином, протягом менструального циклу в яєчниках жінки розвивається декілька фолікулів, хоча лише один (рідше – два) досягають стадії зрілого фолікулу. Інші фолікули, що розпочали розвиток, зазнають атрезії, перетворюючись в атретичні тіла.

Слід зазначити, що причини через які відбувається відбір та подальший розвиток домінантного фолікулу з величезної кількості примордіальних фолікулів, ще остаточно не з'ясовані. Домінантний фолікул в перші дні менструального циклу має діаметр 2мм і до 14 доби збільшується до 20мм. За цей час об'єм фолікулярної рідини та кількість клітин гранульозного шару зростає у 100 разів.

Після овуляції порожнина фолікулу спадається, гранульозні клітини зазнають лютеїнізації (збільшується цитоплазма та утворюються ліпідні включення), що приводить до утворення жовтого тіла.

Як відомо, жовте тіло поза вагітністю проходить такі стадії свого розвитку: проліферації, васкуляризації, розквіту та зворотного розвитку. Зворотній розвиток жовтого тіла звичайно починається в кінці менструального циклу, продовжується 2 міс. та закінчується формуванням білого тіла.

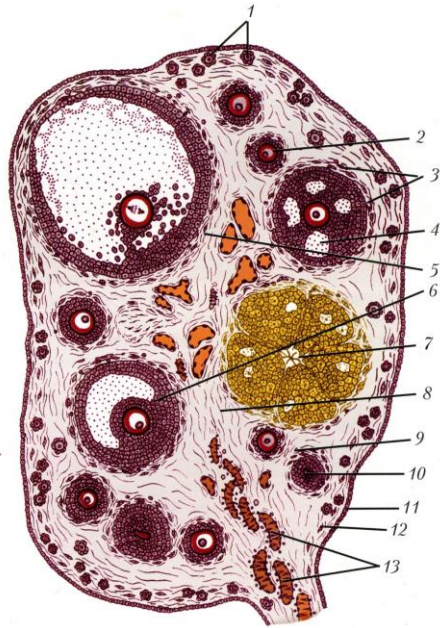


Рис 1. Будова яєчника.

1 – примордіальні фолікули, 2 – фолікул, що росте, 3 – сполучнотканинна оболонка фолікула, 4 – фолікулярна рідина, 5 – зрілий фолікул, 6 – яйценосний горбик, 7 – жовте тіло, 8 – сполучна тканина, 9 – біле тіло, 10 – атретичний фолікул, 11 – поверхневий епітелій, 12 – білкова оболонка, 13 –

Під час вагітності жовте тіло після фази розквіту продовжує розвиватися до 12-14-го тижня (*corpus luteum graviditas*), доки його функцію не візьме на себе плацента. Жовте тіло виробляє прогестерон.

Слід зазначити, що в організмі жінки синтезуються **3 групи стероїдних гормонів: естрогени, гестагени та андрогени.**

В яєчниках у синтезі естрогенів приймають участь клітини гранульози і тека клітини. Андрогени, головним чином, продукуються текаклітинами та у незначній кількості стромою яєчників. Прогестерон синтезується в текальній оболонці та клітинах гранульози. Крім того, прогестерон та незначна кількість естрогенів синтезуються клітинами жовтого тіла. А джерелом андрогенів, крім яєчників, є сітчаста зона коркової речовини наднирників.

Необхідно зазначити, що стероїдні гормони утворюються з одного спільного попередника – холестерину, який потрапляє в яєчники з током крові.

Під впливом лютеїнізуючого гормону в текаклітинах синтезуються андрогени, які у подальшому в гранульозних клітинах фолікулу ароматизуються в естрогени. Секреція естрогенів перебуває під контролем фолікулостимулюючого гормону, який сприяє синтезу ароматаз.

Слід додати, що в яєчниках утворюються наступні **андрогени**: андростендіон (попередник тестостерону), тестостерон, дигідротестостерон. Дигідротестостерон синтезується з тестостерону під впливом 5 α -редуктази і є найбільш біологічно активним андрогеном. Дигідроепіандростерон (ДГА) та дигідроепіандростерону сульфат (слабкі андрогени, попередники тестостерону) утворюються в яєчниках у незначній кількості. Основне місце їх секреції – кора наднирників.

Основними **естрогенами** яєчників є естрадіол (E2), естрон (E1) та естріол (E3). Найбільшу активність має естрадіол. Естріол є малоактивним метаболітом естрадіолу та естрону.

До **гестагенів** відносяться прогестерон (основний гестаген яєчників), 17-

оксипрогестерон та ін.

В яєчниках синтезується також білковий гормон інгібін, який гальмує виділення фолікулостимулюючого гормону гіпофізом. Крім того, секретуються окситоцин, релаксин та простагландини.

Третім рівнем репродуктивної системи є гіпофіз, точніше його передня доля – аденогіпофіз, в якій синтезуються гонадотропні гормони: лютеїнізуючий гормон (ЛГ), фолікулостимулюючий гормон (ФСГ), пролактин (ПРЛ).

Передня доля гіпофізу містить різні типи клітин, серед них гонадотрофи (базофільні клітини), що секретують ЛГ та ФСГ, та лактотрофи (ацидофільні клітини), що секретують ПРЛ.

При вивченні синтезу гонадотропнів у тварин та людини було виявлено *пульсуючий характер* їх секреції з інтервалом між окремими імпульсами близько години. Вже доведено, що генератор імпульсної секреції гонадотропнів знаходиться у гіпоталамусі.

Щодо *біологічної дії гонадотропних гормонів*, слід зазначити, що **ФСГ** стимулює ріст та розвиток фолікулу, проліферацію гранульозних клітин, індукує утворення рецепторів на поверхні клітин гранульози, підвищує синтез ароматаз у фолікулі та разом з ЛГ сприяє овуляції.

ЛГ стимулює синтез андрогенів у текаклітинах, синтез прогестерону у лютеїнізованих клітинах гранульози.

Основна біологічна роль **пролактину** – ріст молочних залоз, регуляція лактації. Також він має жиромобілізуючий ефект та гіпотензивну дію. Підвищення рівня ПРЛ гальмує стероїдогенез у яєчниках, розвиток фолікулу та знижує гонадотропін-секретуючу дію гіпофізу.

Четвертий рівень репродуктивної системи – *гіпофізотропна зона гіпоталамусу*, що являє собою скупчення ядер нервових клітин (які виробляють специфічні нейросекрети) з низхідними та висхідними волокнами.

Встановлено, що обидві області гіпоталамусу – медіобазальна (що включає зокрема аркуатні ядра, медіальне підвищення) та преоптико-супрахіазматична – пов'язані з функціонуванням репродуктивної системи. Загальна властивість цих структур – присутність клітин (клітинні тіла нейронів), що продукують *специфічний нейропептид*, який слугує інформаційним сигналом для гонадотрофів гіпофізу, стимулює продукцію обох гонадотропнів – ЛГ та ФСГ; він отримав назву *гонадоліберин*. До теперішнього часу обговорюється можливість існування інших окремих гіпоталамічних нейрогормонів, що регулюють продукцію гонадотропнів. Нейропептид по аксонам нервових клітин потрапляє у термінальні закінчення, що щільно прилягають до капілярів медіального підвищення гіпоталамусу, з яких формується портальна кровоносна система, що поєднує гіпоталамус та гіпофіз. Це так звана “аксонна” гіпотеза транспорту гонадоліберину.

Гіпоталамічний контроль синтезу ПРЛ проявляється гальмуючою дією дофаміну (ДА). Нейрони, що містять ДА виявлені, зокрема, і в аркуатних ядрах гіпоталамусу. Слід зазначити, що ДА не тільки регулює секрецію ПРЛ, але є і одним з нейромедіаторів центральної нервової системи (ЦНС).

Секреція гонадоліберину (ГЛ) відбувається в пульсуючому режимі з частотою

приблизно 1 раз на годину, так званий годинний (*цирхоральний*) ритм.

Генератор ритму секреції ГЛ, який отримав назву аркуатний осцилятор, розташований в середині гіпоталамусу.

Функціонування аркуатного осцилятора модулюється імпульсами *структур ЦНС*

(**п'ятий рівень**) через *нейромедіатори*.

Основними нейромедіаторами, що включені у механізм секреції ГЛ, є катехоламіни. Так, доведений стимулюючий вплив норадреналіну (НА) у цьому процесі. Поряд з НА значна роль у функціонуванні гіпоталамічного регулятора належить ДА, що, крім пролактинінгібуючої дії, має і блокуючу дію на секрецію гонадотропінів. Такі нейромедіатори як серотонін та мелатонін здатні інгібувати викид гонадотропінів. У той час, γ -аміномасляна кислота має протилежний ефект.

Особливу роль у регуляції секреції ГЛ відводять класу малих пептидів з морфіноподібною активністю – ендорфінам (морфін, β -ендорфін). Катехолестрогени, що змінюють вміст катехоламінів у гіпоталамусі, можуть також впливати на активність ГЛ.

ФІЗІОЛОГІЯ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛУ

Менструальний цикл складає проміжок між двома менструаціями (від першого дня попередньої до першого дня наступної).

Тривалість менструального циклу у нормі складає 24-38 діб. Частіше спостерігається 28-добовий цикл.

Зовнішнім проявом нормального менструального циклу є наявність циклічних кров'янистих виділень із статевих шляхів (менструацій). Тривалість менструації у нормі 3-8 діб. Менструальний цикл залежить від змін, що відбуваються в яєчниках, та від коливань рівня гормонів яєчників, які контролюються гіпофізом і гіпоталамусом (гіпоталамо-гіпофізарно-яєчникова система). Вищим рівнем регуляції функції репродуктивної системи є кора головного мозку.

Запропоновано наступну модель регуляції менструального циклу. В основу моделі покладено уявлення про те, що аркуатні ядра медіобазального гіпоталамусу генерують специфічний сигнал приблизно з годинним інтервалом (цирхоральний ритм), викликаючи викид гонадотропіну (GL) у гіпофізарну портальну систему (*гіпоталамічний цикл*).

Годинні імпульси GL стимулюють гонадотрофи до імпульсів секреції лютеїнізуючого гормону (LH) та фолікулостимулюючого (FSH) (*гіпофізарний цикл*), які, у свою чергу, викликають морфологічні та секреторні зміни в яєчниках (*яєчниковий цикл*).

Яєчники. Яєчниковий цикл

Яєчники з ооцитами, що розвиваються, присутні у плода жіночої статі з ранніх стадій розвитку. До кінця II триместру внутрішньоутробного розвитку кількість ооцитів досягає максимуму і вони зупиняються в мейотичному поділі на 1-ому етапі профазі. За час життя жінки не утворюються нові ооцити. З настанням менархе первинні фолікули, що містять ооцити, активуються і ростуть циклічно, викликаючи овуляцію і наступні менструації у разі відсутності запліднення ооциту або невдалої імплантації.

В яєчниковому циклі розрізняють фолікулярну, овуляцію та лютеїнову фази.

Фолікулярна фаза. Початкові стадії розвитку фолікулів не залежать від гормональної стимуляції. Однак, якщо гормони гіпофіза LH і FSH відсутні, фолікулярний розвиток зупиниться на преантральній стадії і фолікул атрезується.

Рівні FSH зростають у перші дні менструального циклу, коли рівні естрогенів, прогестерону та інгібіну низькі. Це стимулює ріст когорти малих антральних фолікулів.

Як вже зазначалось, у фолікулах є два типи клітин, які беруть участь у синтезі стероїдів. Це клітини теки (theca) та гранулези (granulosa), які відповідають на LH і FSH стимуляцію, відповідно.

LH стимулює вироблення андрогенів з холестерину в клітинах theca. Ці андрогени перетворюються в естрогени шляхом процесу ароматизації в клітинах granulosa, під впливом FSH. Роль FSH та LH у розвитку фолікулу демонструють результати досліджень жінок, які зазнали індукції овуляції. Якщо для індукції овуляції використовується тільки чистий FSH, овуляторний фолікул може бути продукований, але синтез естрогенів помітно знижується. Отже, для створення нормального циклу з адекватною кількістю естрогенів необхідні як FSH, так і LH.

З ростом фолікулів і збільшенням секреції естрогенів спостерігається негативний зворотний зв'язок з гіпофізом для зниження секреції FSH. Це допомагає у виборі одного фолікула, який продовжує свій розвиток до овуляції - домінантного фолікула. Коли рівень FSH знижується, найбільш ймовірно в яєчнику виживає саме той фолікул, який має найбільшу активність ароматази і найвищу концентрацію FSH-індукованих рецепторів LH, а менші фолікули зазнають атрезії. Домінантний фолікул продовжує синтез естрогенів, а також інгібіну, який стимулює синтез андрогенів під контролем LH.

Екзогенна стимуляція яєчників, що знаходиться поза контролем гіпоталамо-гіпофізарно-яєчничової системи, не функціонує як описано вище. Так, введення екзогенних гонадотропінів, ймовірно, стимулює ріст неодного фолікулу, які продовжують розвиватися і овулювати (це може бути причиною багатоплідної вагітності). Ця ситуація використовується у пацієнтів, які потребують екстракорпорального запліднення (IVF), оскільки багато яйцеклітин можуть бути забрані з стимульованих яєчників. Потім вони можуть піддаватися заплідненню *in vitro*, а ембріони, що вижили, можуть бути обрані для перенесення назад в матку.

Існують й інші аутокринні і паракринні медіатори, що грають певну роль у фолікулярній фазі менструального циклу, зокрема, інгібін і активін. Інгібін виробляється у чоловіків в яєчках для інгібування продукції гіпофізарного FSH. У жінок інгібін секретується клітинами гранульози в яєчниках. Він бере участь у зворотному зв'язку з гіпофізом, щоб знизити вивільнення FSH, а також, можливо, підвищує синтез андрогенів. Активін структурно схожий з інгібіном, але має протилежну дію. Він виробляється в гранульозних клітинах і в гіпофізі та збільшує зв'язування FSH з фолікулами.

Інсуліноподібні фактори росту (IGF-I, IGF-II) діють як паракринні регулятори. Їх циркулюючі рівні не змінюються під час менструального циклу, але їх кількість у фолікулярній рідині збільшуються до овуляції, причому найвищий їх рівень виявляється в домінантному фолікулі. Дії IGF-I та -II модифікуються за рахунок

зв'язуючих білків: білків, що зв'язують інсуліноподібний фактор росту (IGFBP). У фолікулярній фазі IGF-I продукується клітинами theca під дією LH. Рецептори IGF-I присутні на клітинах theca і granulosa. У тека-клітинах IGF-I збільшує LH-індукований стероїдогенез. У клітинах гранульози IGF-I збільшує стимулюючу дію FSH на мітоз, активність ароматази і продукування інгібіну. У превуляторному фолікулі IGF-I посилює LH-індуковане продукування прогестерону в клітинах гранульози. Після овуляції IGF-II виробляється в лютеїнізованих клітинах гранульози та збільшує LH-індуковану проліферацію клітин гранульози.

Kisspeptins - це білки, які відіграють певну роль у регуляції гіпоталамо-гіпофізарної системи, через посередництво ефекту метаболічного гормону лептину на гіпоталамус. Вважається, що лептин є ключовим у зв'язку між виробництвом енергії, вагою та репродуктивним здоров'ям. Мутації рецептора Kisspeptins, *grp-54*, пов'язані із затримкою або відсутністю статевого дозрівання, ймовірно, через зменшення лептин-пов'язаних тригерів вивільнення гонадотропіну.

Овуляція. До кінця фолікулярної фази, яка триває в середньому 14 днів, домінуючий фолікул збільшується приблизно до 20 мм в діаметрі. У міру дозрівання фолікула, FSH індукує LH-рецептори на гранульозних клітинах, щоб компенсуватися до нижчих рівнів FSH і готуватися до сигналу овуляції. Синтез естрогенів зростає до тих пір, поки вони не досягнуть необхідного порогового значення для здійснення позитивного зворотнього впливу на гіпоталамус та гіпофіз, щоб викликати стрибок LH. Це відбувається протягом 24-36 годин, за цей час LH-індукована лютеїнізація гранульозних клітин у домінуючому фолікулі приводить до синтезу прогестерону, додаючи ще до позитивного зворотнього зв'язку для секреції LH і викликаючи невелике періовуляторне підвищення FSH. Андрогени, синтезовані в клітинах theca, також зростають в час овуляції, і це, як вважають, відіграє важливу роль у стимулюванні лібідо, гарантуючи, що сексуальна активність, ймовірно, відбудеться під час найбільшої фертильності.

Збільшення LH є одним з кращих предикторів неминучої овуляції, і це гормон, що виявляється в сечі більшістю тестів на овуляцію.

Збільшення LH має ще одну функцію, а саме стимулювання відновлення мейозу в ооциті безпосередньо перед його виходом з фолікулу. Фізична овуляція ооцита відбувається після порушення фолікулярної стінки під впливом LH, FSH та протеолітичних ферментів, контрольованих прогестероном, таких як активатори плазміногену та простагландини. Згідно механічної теорії в момент овуляції стінка зрілого фолікулу в результаті збільшення останнього та підвищення внутрішньофолікулярного тиску розривається, і яйцеклітина потрапляє в черевну порожнину та на фімбрії. Крім того, висувуються гіпотези про можливе значення імунних реакцій та нервово-м'язових механізмів розвитку овуляції. Так, доведено, що *theca externa* містить гладеньком'язові клітини, які спроможні впливати на внутрішньофолікулярний тиск та процес овуляції безпосередньо. Також, можливо, що запальна відповідь стінки фолікулу може сприяти екструзії ооциту шляхом стимулювання активності гладких м'язів.

Дослідження показали, що інгібування продукції простагландинів може призвести до порушення овуляції. Таким чином, жінкам, які бажають завагітніти, слід рекомендувати уникати прийому інгібіторів простагландинсинтети, таких як

аспірин та ібупрофен, які можуть інгібувати вивільнення ооцитів.

Прийнято вважати, що спонтанній циклічній овуляції піддається лише один зрілий фолікул. Разом з тим спостереження показують, що у яєчнику можна виявити більше ніж одне свіже жовте тіло. Це є наслідком овуляції декількох доміантних фолікулів, що дозріли.

Отже, протягом менструального циклу в яєчниках жінки розвивається кілька фолікулів, хоча лише один (рідше – два) досягають стадії зрілого фолікулу. Інші фолікули, що розпочали розвиток, зазнають атрезії, перетворюючись в атретичні тіла.

Слід зазначити, що причини через які відбувається відбір та подальший розвиток доміантного фолікулу з величезної кількості примордіальних фолікулів, ще остаточно не з'ясовані. Доміантний фолікул уже в перші дні менструального циклу має діаметр 2 мм і до 14 діб збільшується до 20 мм. За цей час об'єм фолікулярної рідини та кількість клітин гранульозного шару зростає у 100 разів.

Лютеїнова фаза. Після овуляції порожнина фолікулу спадається, клітини гранулози і теки, що залишилися в яєчнику, утворюють жовте тіло (*corpus luteum*). Клітини гранулози мають вакуолізований вигляд з накопиченим жовтим пігментом, звідси і назва жовтого тіла.

Як відомо, жовте тіло поза вагітністю проходить такі стадії свого розвитку: проліферації, васкуляризації, розквіту та зворотного розвитку.

Жовте тіло проходить васкуляризацію для того, щоб забезпечити клітини гранулози кровопостачанням для продовження стероїдогенезу, а саме синтезу прогестерону. Цьому сприяє місцеве продукування фактору росту ендотелію судин (VEGF).

Секреція гіпофізом LH та активність гранульозних клітин забезпечують синтез прогестерону, який стабілізує ендометрій при підготовці до вагітності. Рівні прогестерону є найвищими протягом лютеїнової фази. Це також впливає на пригнічення секреції FSH і LH до рівня, який не призведе до подальшого зростання фолікулів в яєчнику в цьому циклі.

Лютеїнова фаза триває 14 ± 2 дні, у більшості жінок без великих варіацій. За відсутності людського бета-хоріонічного гонадотропіну (bHCG), що синтезується імплантованим ембріоном, жовте тіло піддається зворотньому розвитку (цей процес називається лютеоліз). Зворотній розвиток жовтого тіла зазвичай починається у кінці менструального циклу, а іноді і з 21-23 дня, триває 2 міс. і закінчується формуванням білого тіла (*corpus albicans*). Під час вагітності жовте тіло після фази розквіту продовжує розвиватися до 12-14 тижня (*corpus luteum graviditas*), поки його функцію не візьме на себе плацента.

Зріле жовте тіло менш чутливе до LH, виробляє менше прогестерону і поступово зникає з яєчника. Зниження прогестерону впливає на матку, викликаючи десквамацію ендометрію і, таким чином, менструацію. Зниження рівнів прогестерону, естрогену та інгібіну за механізмом зворотнього зв'язку викликає підвищену секрецію гонадотропних гормонів гіпофізом, особливо FSH. Нові преантральні фолікули починають стимулюватися і цикл починається заново.

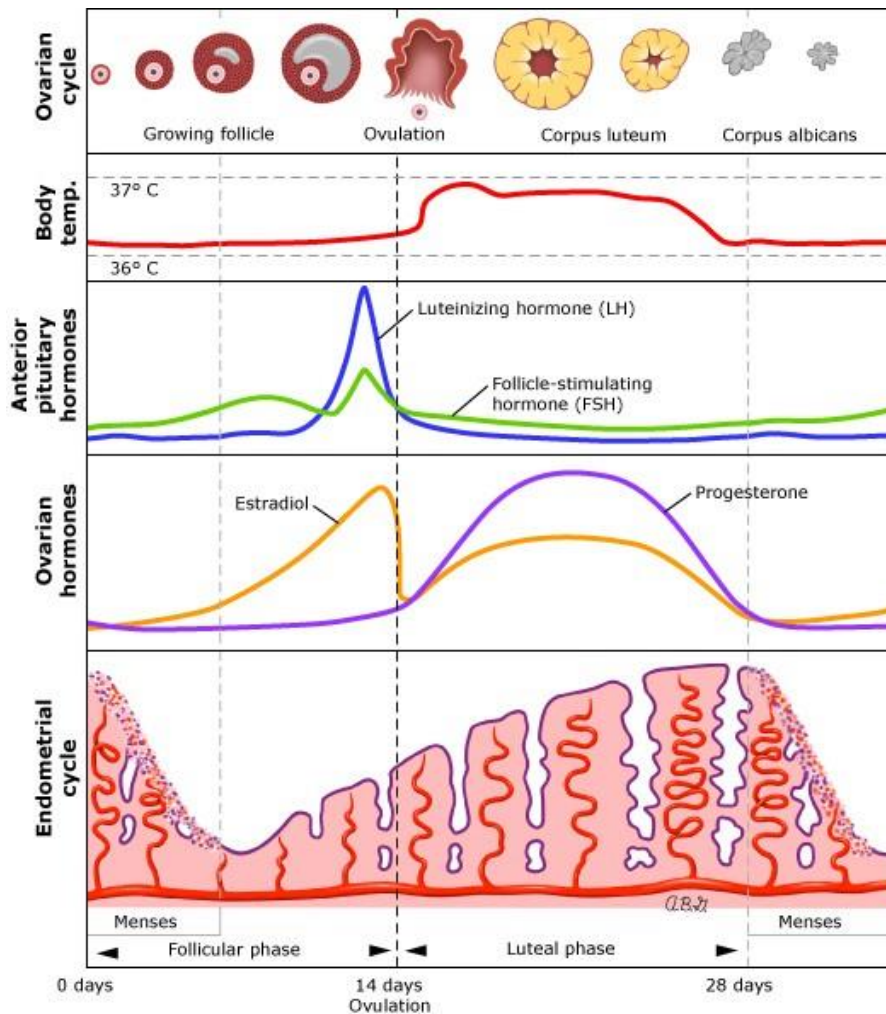


Рис. 2. Динаміка секреції гормонів, базальна температура та зміни в яєчниках і матці протягом менструального циклу.

Дані з: NZGP. Directory. Gynaecology. 2018.

Матковий цикл

Циклічні зміни активності гіпоталамо-гіпофізарно-яєчникової системи обумовлюють структурні та морфологічні зміни перед усім в ендометрії (**матковий цикл**), вагіні (**вагінальний цикл**) та молочних залозах (**цикл молочної залози**).

В ендометрії спостерігаються чотири фази: *десквамації* (менструація) – до 6 доби; *регенерації* – від 6-8 доби; *проліферації* – від 8 до 16 доби; *секреції* – від 16 доби до початку чергової десквамації.

Ендометрій знаходиться під впливом статевих стероїдів. Послідовний вплив естрогену та прогестерону приводить до клітинної проліферації та диференціації, відбувається підготовка ендометрію до імплантації ембріона у випадку вагітності. Якщо вагітність не настає, жовте тіло регресує та у відповідь на зниження прогестерону відбувається десквамація ендометрію (менструація). Менструація припиняється, коли ендометрій регенерує за рахунок епітелію залишків залоз, що збереглися у його базальному шарі (що зазвичай відбувається на 5-6 день циклу). Регенерація починається ще до закінчення виділень.

Під час фолікулярної фази яєчника ендометрій піддається проліферації («фаза проліферації»); під час лютеїнової фази яєчника в ендометрії відбувається «фаза секреції».

Десквамація. Менструація. В кінці менструального циклу при відсутності запліднення жовте тіло регресує, а отже до зниження рівня естрогенів приєднується зниження рівня прогестерону.

Таким чином, в день менструації в організмі жінки практично відсутні оваріальні гормони, так як секреція прогестерону припиняється, а секреція естрогенів (якій перешкоджало жовте тіло поки воно було у розквіті) ще не відновились.

Внаслідок падіння рівня циркулюючих естрогенів та прогестерону відбувається втрата тканинної рідини, вазоконстрикція спіральних артеріол і дистальна ішемія ендометрію. Це призводить до некротичних змін та відторгнення функціонального шару ендометрію. В цей же час також спостерігається збільшення концентрації простагландинів у матці та підвищення скоротливої активності міометрію, а посилений фібриноліз зменшує згортання крові. Нещодавні дослідження показали, що саме зниження прогестерону посилює синтез та метаболізм простагландинів ендометрію.

Базальний шар ендометрію, що кровопостається прямими артеріями, продовжує забезпечуватися кров'ю та є джерелом для регенерації функціонального шару в наступній фазі циклу.

Якщо ендокринний вплив на ендометрій вже з'ясовано, то паракринні чинники вивчені менше. Відомо, що мефенамінова кислота є інгібітором PG-синтетази та широко застосовується для лікування важких менструальних кровотеч. Вважають, що вона діє за рахунок збільшення співвідношення вазоконстриктора PGF_{2a} до вазодилататора PGE₂.

Слід зазначити, що гемостаз в ендометрії матки відрізняється від гемостазу в інших органах, оскільки він не пов'язаний з процесами утворення згортку та фіброзу. Фібриноліз інгібує формування рубцевої тканини. У рідкісних випадках некробіоз тканин та звуження судин не відбуваються належним чином, і в ендометрії можуть розвиватися рубці, які продовжують пригнічувати функцію ендометрію. Ця патологія відома як «синдром Ашермана».

Фаза регенерації. Менструація зазвичай припиняється через 5–8 днів через вазоконстрикцію та регенерацію. Ендометрій регенерує за рахунок епітелію залишків залоз, що збереглися у його базальному шарі (що зазвичай відбувається на 5-6 день циклу). Регенерація починається ще до закінчення виділень, а менструація припиняється, коли закінчилась регенерація ендометрію. В цей момент ендометрій представлений тільки базальним шаром, в якому залишилися дистальні відділи маткових залоз.

Регресія жовтого тіла розблоковує ріст чергового фолікулу, отже продукція естрогенів відновлюється. Під їх впливом в матці активізується регенерація ендометрію. Відновлення ендометрію включає регенерацію залоз, строми та ангіогенез для відновлення судинного русла ендометрія. VEGF і фактор росту фібробластів (FGF), що знаходяться в ендометрії, є потужними ангіогенними агентами. Епідермальний фактор росту (EGF) відповідає за посередництво індукованої естрогеном регенерації залоз і строми. Інші фактори росту, такі як

трансформуючі фактори росту (TGF) та IGF, а також інтерлейкіни, також можуть бути важливими.

Фаза проліферації. Наступною фазою маткового циклу є проліферативна фаза, коли відбувається ріст залоз та стромі. Епітелій, що вистилає ендометріальні залози, змінюється від одношарового циліндричного до багаторядного епітелію з частими мітозами. Товщина ендометрію швидко збільшується від 0,5 мм при менструації до 3,5–5 мм в кінці проліферативної фази. Маткові залози в цій фазі ростуть швидко, але залишаються вузькими, прямими і не секретують. Спіральні артерії ростуть та звиваються через їх більш швидкий ріст у порівнянні з клітинами ендометрію.

Як уже згадувалося, *проліферація ендометрія стимулюється естрогенами*, які продукуються фолікулами, що ростуть та дозрівають. Отже, *під час проліферативної фази ендометрія в яєчнику відбувається фолікулярна фаза* - ріст чергового фолікула, який досягає стадії зрілого (третинного, або пухирчастого) до 14-го дня циклу.

Фаза секреції. Після овуляції (як правило, близько 14-го дня) на місці фолікулу, щолопнув, утворюється жовте тіло, що виробляє *прогестерон*, який активує маткові залози, що розпочинають секретувати - спостерігається період ендометріальної секреторної активності.

Зі збільшенням прогестерону інгібується естрогенова проліферація, товщина ендометрію не збільшується далі. В той же час, залози ендометрію стануть більш звивистими, спіральні артерії ростуть, і рідина секретується в залозисті клітини та в просвіт матки. Пізніше в секреторній фазі прогестерон індукує формування тимчасового шару, так званий децидуальний шар (*decidua*), в ендометріальній стромі.

Останні дослідження ендометрію виявили значні зміни клітин ендометрію в період можливої імплантації. Зокрема, апікальні поверхні клітин ендометрію втрачають мікроворсинки та формують куполоподібні вип'ячування - піноподи, які з'являються після 21-22 дня менструального циклу, це прогестеронзалежні зміни, що роблять ендометрій спроможним для імплантації ембріонів.

Безпосередньо перед менструацією можна побачити три окремі шари ендометрію. Базальний шар - це нижній шар ендометрію (25%), який не відторгається під час менструації, саме з його клітин регенерується ендометрій під час менструального циклу. Проміжний шар - спонгіозний (*stratum spongiosum*) з набряклого строю і виснаженими залозами. Поверхневий шар (верхня частина 25%) - компактний шар (*stratum compactum*) з вираженими децидуалізованими стромальними клітинами. Проміжний та поверхневий шари складають функціональний шар, який підлягає значним змінам під час менструального циклу та відторгається під час менструації. При зниженні як естрогену, так і прогестерону, децидуа руйнується, відбувається вазоконстрикція та розслаблення спіральних артерій, ішемія та десквамація зовнішніх шарів ендометрію. Якщо відбулося запліднення ендометрій приймає участь у формуванні плаценти.

Вимірювання оваріального резерву

Жіночий репродуктивний потенціал прямо пропорційний до кількості ооцитів в яєчниках. Їх число зменшується від народження і швидкість цього зменшення прискорюється в середньому після 37 років або в більш ранньому віці при

довготривалому дефіциті гонадотропіну або впливу токсинів, наприклад, хіміотерапії.

Багато мати можливість кількісно визначити залишкову здатність яєчників у жінок старшого віку або у жінок після проходження лікування, щоб дати прогностичну інформацію та поради пацієнткам та їх лікарям, а також порівняти різні форми лікування.

Дослідження ультразвукових маркерів для розрахунку резерву яєчників включають вимірювання об'єму яєчників, середнього діаметру яєчників і кількості антральних фолікулів. Біохімічні маркери включають FSH, естрадіол, інгібін В, анти-мюллерів гормон (АМН).

АМН продукується в гранульозних клітинах малих фолікулів, що ростуть, та корелює з числом антральних фолікулів і віком. Таким чином, АМН є предиктором менопаузи та маркером оваріального резерву. Рівень АМН не змінюється у відповідь на гонадотропіни під час менструального циклу. Отже його можна виміряти та порівняти в будь-який день циклу.

Аменорея

Аменорея – відсутність менструацій протягом 6 міс. і більше у жінок віком 16-45

років.

Частота її в популяції серед жінок репродуктивного віку складає приблизно 3,5%, а в структурі порушень репродуктивної системи – 10-15%.

Класифікація

Розрізняють аменорею *фізіологічну* (відсутність менструацій до періоду статевого дозрівання, під час вагітності, лактації та у постменопаузі) та *патологічну*.

Патологічна аменорея є симптомом гінекологічної та екстрагенітальної патології, буває *первинною* та *вторинною*.

Первинна аменорея – відсутність менструацій у віці більше як 16 років.

Вторинна аменорея – відсутність менструацій протягом 6 міс. і більше після періоду регулярних та нерегулярних менструацій. Аменорею вважають вторинною навіть при наявності в анамнезі однієї менструації. Якщо перерва між епізодами кров'янистих виділень складає менше півроку, це вважається гіпоменструальним синдромом, одним з варіантів якого є так звана спаніоменорея, коли менструальні кровотечі настають з частотою 2-3 рази на рік.

Крім того, виділяють *справжню та несправжню аменорею*. Причинами несправжньої аменореї є атрезія дівочої перетинки, піхви, цервікального каналу, поперечна перетинка піхви. При цьому відбуваються циклічні зміни в гіпоталамо-гіпофізарно-яєчниковій системі та матці, але блокований вихід менструальної крові. Це призводить до накопичення менструальної крові у верхніх відділах репродуктивного тракту з формуванням гематокольпосу і гематометри та супроводжується больовим синдромом.

Патологічна аменорея також класифікується в залежності від рівня ураження певної ланки репродуктивної системи. Відповідно до цього виділяють *гіпоталамо-гіпофізарну, яєчникову та маткові форми аменореї*, а також аменорею, яка обумовлена патологією наднирників, щитоподібної залози та наявністю екстрагенітальних захворювань.

За рекомендаціями ВООЗ, аменорею класифікують за рівнем гіпофізарних

гонадотропінів у крові, виділяючи *гіпо-, гіпер- та нормогонадотропну аменорею*.

Патологічна аменорея може бути *абсолютною та відносною*. Абсолютна аменорея пов'язана з дефектом будови статевих органів або є наслідком їх оперативного видалення. Через що менструальна функція не може бути відновлена. При відносній формі – відновлення менструації можливе.

Первинна аменорея

Первинна аменорея зустрічається значно рідше, ніж вторинна, і складає 8-10% у структурі аменореї.

Класифікація. Первинна аменорея частіше поєднується з іншими ознаками затримки статевого розвитку (ЗСР), рідше виникає при збереженні всіх ознак статевого розвитку.

Тому виділяють дві форми первинної аменореї:

- з порушенням статевого розвитку (затримка статевого розвитку, гермафродитизм);
- без порушення статевого розвитку.

I. *Первинна аменорея з порушенням статевого розвитку:*

1. Гіпергонадотропний гіпогонадизм (яєчникової форми ЗСР):

- дисгенезія гонад;
- синдром резистентних яєчників, що розвивається у допубертатному періоді.

2. Гіпогонадотропний гіпогонадизм (центральна форма ЗСР) - функціональні та органічні порушення гіпоталамо-гіпофізарної системи.

3. Синдром тестикулярної фемінізації (несправжній чоловічий гермафродитизм).

II. *Первинна аменорея без порушення статевого розвитку:*

- аплазія матки (синдром Рокітянського-Кюстнера);
- гінатрезія.

Важливо додати, що у всьому світі **проблемі затримки статевого розвитку** приділяється велике значення, що обумовило виділення ВООЗ цієї патології в **окрему нозологічну форму**.

Недорозвиток або відсутність вторинних статевих ознак у 13-14 років та відсутність менструації у 15 - 16 років слід розглядати як затримку статевого розвитку. В залежності від первинного рівня ураження репродуктивної системи виділяють *центральну форму* (внаслідок недостатньої гонадотропної стимуляції вторинно виникає яєчничова недостатність) та *яєчникову форму* ЗСР (первинне ураження гонад, що супроводжується підвищенням секреції гонадотропінів). Таким чином, центральні та яєчникові форми ЗСР розглядають як гіпо- та гіпергонадотропні.

Далі зупинимось на найбільш поширених формах первинної аменореї.

Окремі форми первинної аменореї. Дисгенезія гонад.

Дисгенезію гонад (гіпергонадотропний гіпогонадизм) відносять до яєчничової форми ЗСР. Це найбільш поширена причина первинної аменореї на тлі ЗСР.

В основі виникнення дисгенезії гонад лежить моносомія по Х-хромосомі або мозаїцизм та аберація однієї з Х-хромосом. Даний стан характеризується відсутністю фолікулярного апарату, що призводить до дефіциту естрогенів та, як наслідок, до підвищення концентрації гонадотропінів у крові.

Клініко-діагностичні критерії.

Тяжкість клінічних симптомів залежить від кількісної та структурної патології статевих хромосом та відсоткового співвідношення нормальних та аберантних

клонів, що визначає виділення клінічних форм дисгенезії гонад (ДГ).

• *Типова форма ДГ* – синдром Шерешевського-Тернера (45,ХО) характеризується:

- фенотип Шерешевського-Тернера - низький ріст, широка та коротка шия, шкірні складки, що йдуть від соскоподібного до акроміального відростку, мікрогнатія, високе піднебіння, низько розташовані вушні раковини, численні пігментні плями на шкірі, широко розставлені соски молочних залоз, вальгусна деформація ліктьового суглобу;

- виражений генітальний інфантилізм;
- первинна аменорея;
- аномалії прикусу;
- косоокість;
- щитоподібна грудна клітка;
- крилоподібні лопатки;
- вади розвитку нирок та серцево-судинної системи;
- гонади у вигляді тонких сполучнотканинних тяжів.

• *При чистій формі ДГ* (46,XX чи 46,XY – синдром Свайєра) має місце звичайний зріст, відсутність соматичних вад розвитку, євнухоподібний чи інтерсексуальний фенотип при синдромі Свайєра, недорозвиток вторинних статевих ознак, гіпоплазія гонад.

• *Змішана форма ДГ* (45,ХО/46,ХУ):

- клінічна картина характеризується варіабельністю проявів;
- вторинні статеві ознаки недорозвинені;
- матка гіпопластична;
- асиметрія гонад (з одного боку фіброзний тяж, з іншого – недорозвинені елементи тестікул).

• *Стерта форма ДГ* (мозаїцизм 45,ХО/46,XX) характеризується варіабельністю клінічних ознак, тяжкість яких визначається відсотковим співвідношенням нормального та аберрантного клітинних клонів. У хворих рідше відмічається низький зріст, можливе настання менархе в нормальні терміни та спонтанний (але не повний) розвиток вторинних статевих ознак.

При дослідженні гормонального статусу при всіх формах визначаються високі концентрації у плазмі крові гонадотропінів та зниження естрадіолу.

Лікування. Терапія ДГ залежить від наявності у каріотипі У-хромосоми. У зв'язку з високим ризиком малігнізації гонад при наявності У-хромосоми необхідне їх оперативне вилучення. До 30-річного віку злякисні пухлини (гонадобластома, дісгермінома) розвиваються з тестикулярних клітинних елементів більше ніж у 70% випадків, тому видалення дісгенетичних гонад в пубертатному віці в усіх хворих, що мають в каріотипі У-хромосому, обов'язково. За відсутності у каріотипі У-хромосоми чи після оперативного вилучення гонад при наявності У-хромосоми проводиться замісна гормональна терапія (ЗГТ), спрямована на фемінізацію, зниження рівня гонадотропінів, циклічні зміни в ендотрії з менструальноподібною реакцією, профілактика естрогендефіцитних станів, соціальна адаптація. Для досягнення вагітності проводять програму екстракорпорального запліднення (ЕКЗ) з донацією ооцитів.

Синдром резистентних яєчників, що розвивається у допубертатному періоді (гіпергонадотропний гіпогонадизм) відносять до яєчничкової форми ЗСР. Розвивається у хворих з нормальним каріотипом. Проявляється гіпоестрогенією,

первинною аменореєю та статевим інфантилізмом. При цьому захворюванні

морфологічно повноцінні яєчники не відповідають на ендогенну гонадотропну стимуляцію, що веде до гіперсекреції гонадотропнів.

Гіпогонадотропний гіпогонадизм відносять до центральної форми ЗСР, що супроводжується дефіцитом естрогенів та первинною, рідше вторинною аменореєю.

Найбільш частими причинами даного захворювання є генетичні фактори (вроджений гіпогонадотропний гіпогонадизм) та неблагоприємні екзогенні фактори (набутий гіпогонадотропний гіпогонадизм при інфекційно-токсичних захворюваннях, пухлинах гіпофізу, нервовій анорексії, зниженні маси тіла, значних фізичних навантаженнях). У виникненні даної патології можуть мати значення асфіксія та пологова травма новонароджених.

Розрізняють гіпогонадотропний гіпогонадизм гіпоталамічного та гіпофізарного генезу.

В основі гіпогонадотропного гіпогонадизму гіпоталамічного генезу лежить порушення утворення ГЛ, що призводить до пригнічення вироблення гонадотропнів гіпофізом та супроводжується відсутністю росту фолікулів і ановуляцією. Гіпогонадотропний гіпогонадизм гіпофізарного генезу характеризується порушенням виділення гонадотропних гормонів.

Клініко-діагностичні критерії.

- аменорея первинна, рідше вторинна;
- євнухоподібний тип тілобудови;
- недорозвиток вторинних статевих ознак;
- гіпоплазія зовнішніх та внутрішніх статевих органів;
- низькі концентрації в плазмі крові ФСГ та ЛГ, Е₂;
- внаслідок низької естрогенової насиченості відмічається негативна прогестеронова проба, негативна проба з кломіфеном;
- позитивна гормональна проба з естрогенами та гестагенами;
- позитивна проба з ГЛ при гіпоталамічному рівні ураження; негативна проба при гіпофізарному гіпогонадотропному гіпогонадизмі.

Лікування. Лікування залежить від причини, що викликала ЗСР. При пухлинах гіпофізу – лікування хірургічне.

При всіх формах ЗСР терапія повинна бути комплексною, направленою на нормалізацію функції діенцефальної ділянки (при відповідних показаннях лікування проводиться разом з невропатологом, психоневрологом). Рекомендується загальнозміцнююча циклічна вітамінотерапія, фізіотерапія. При не різко виражених формах ЗСР зазначеного лікування звичайно буває достатньо для нормалізації менструального циклу. При вираженій формі ЗСР, що проявляється недорозвитком чи відсутністю вторинних статевих ознак, показана гормонотерапія. **Несправжній чоловічий гермафродитизм (тестикулярна фемінізація, синдром Морріса).** При цій патології відмічається вроджена відсутність ферменту 5 α -редуктази, що перетворює тестостерон у дегідротестостерон (найбільш активний андроген).

Клініко-діагностичні критерії.

У пацієнтів відсутні рецептори андрогенів у тканинах-мішенях. Каріотип – 46,XY. Статевий хроматин - негативний.

Наявність Y-хромосоми обумовлює розвиток анатомічно правильно сформованих чоловічих гонад - тестикул, гормональна секреція яких неповноцінна. Тестикули розташовуються частіше в пахових каналах, у їх зовнішніх

отворів або в розщепленій мошонці. Оскільки рецептори естрогенів у даних пацієнтів збережені, відбувається повна фемінізація під впливом невеликої кількості естрогенів, які синтезуються в чоловічому організмі, зовнішні статеві органи сформовані за жіночим типом (рівень екскреції естрогенів наближається до жіночої норми). Вторинні статеві ознаки недорозвинені. Відсутність похідних мюллерових структур

- матки, труб, верхньої частини піхви. Внутрішні геніталії - придаток яєчка, сім'явивідна протока, семенні пухирці (передміхурова залоза відсутня). Зовнішні геніталії - жіночої будови, іноді з гіпертрофією клітора і сліпою піхвою (досить глибокою або короткою).

Діагноз тестикулярної фемінізації підтверджується за допомогою генетичних методів та ультразвукового дослідження.

Лікування. Обов'язковим етапом лікування є видалення неповноцінних тестикул, оскільки вони являють потенційну небезпеку розвитку злоякісних пухлин. Крім того, проводиться корекція зовнішніх статевих органів, зокрема видалення клітора, розсікання зовнішньої стінки урогенітального синусу, кольпопоез.

Синдром Майєра-Рокітянського-Кюстнера – моногенна мутація при генотипі 46,XX.

Клініко-діагностичні критерії:

- аплазія матки з аплазією піхви;
- нормальний фолікулогенез, овуляція та утворення жовтих тіл в яєчниках;
- первинна аменорея (маткова форма);

- вади розвитку сечовивідної системи (відмічається у 40% пацієток). Діагноз встановлюється за допомогою гінекологічного, ультразвукового дослідження, генетичного консультування та ендоскопічних методів діагностики.

Лікування. Відновлення менструальної функції неможливе. Для забезпечення сексуального життя проводиться операція кольпопоезу.

Атрезія дівочої пліви або частини піхви також може бути причиною первинної аменореї при наявності жіночого фенотипу. Дана вада розвитку виникає в результаті порушення каналізації нижнього відділу урогенітального синусу в період внутрішньоутробного розвитку. Причини вивчені недостатньо. Пацієнтки скаржаться тільки на циклічну біль внизу живота, пов'язану з порушенням відтоку менструальної крові і формуванням гематокольпоса, скупченням крові в матці і трубах. При несвоєчасній корекції цієї вади можливий ризик розвитку зовнішнього ендометріозу в результаті ретроградної менструації.

Лікування відносної форми первинної аменореї.

Мета лікування – створення штучного менструального циклу для кращої реабілітації хворої при неможливості відновлення спонтанних менструацій. Лікування важливо почати в період статевого дозрівання, оскільки саме в цьому віці можна досягти максимального фемінізуючого ефекту. Призначають ЗГТ, спрямовану на:

- фемінізацію фігури, формування вторинних статевих ознак;
- циклічні зміни в ендометрії з менструальноподібною реакцією;
- профілактику естрогендефіцитних станів (остеопороз, метаболічні порушення, серцево-судинні захворювання);
- соціальну адаптацію.

Спочатку протягом 4-6 міс. проводять безперервну терапію естрогенами. З цієї

метою per os призначають етинілестрадіол (мікрофоллін) по 0,05 мг/добу або натуральні естрогени – естрадіолу валерат (прогінова) по 2 мг/добу, естрадіол (естроферм) по 2 мг/добу. Можливе застосування трансдермального пластиру, що містить естрадіол (клімара®, дерместріл®).

Тривалість лікування естрогенами залежить від гормональної насиченості, яка визначається рівнем у крові статевих гормонів. Тільки при досягненні певногорівня естрогенів показана подальша циклічна терапія естрогенами та гестагенами. Перевагу слід надавати натуральним естрогенам, які призначають протягом 21 дня. Гестагени призначають з 16-го по 25-й день умовного менструального циклу: утрожестан (мікронізований прогестерон) - по 200 мг/добу, дуфастон® (дидрогестерон) - по 20 мг/добу, норколут® - по 5-10 мг/добу. У віці старше 25 років можна призначити комбіновані оральні контрацептиви, переважно трифазні, що імітують фізіологічні коливання гормонів яєчників в організмі (три-регол, трізістон, тріквілар®). Після 35 років можливе застосування комбінованих естроген-гестагенних препаратів, що використовуються для замісної гормонотерапії в періменопаузальному періоді (дивіна®, циклопрогінова, фемостон®). Гормонотерапію проводять тривалий час – до настання менопаузи, тому кожні півроку бажано робити перерву на 1-2 міс. з призначенням гепатопротекторів, вітамінів.

Вторинна аменорея

Вторинна аменорея виникає після періоду нормального чи порушеного менструального циклу та складає до 75% у структурі аменореї.

Ця форма аменореї не супроводжується порушенням статевого розвитку.

В залежності від рівня ураження репродуктивної системи розрізняють гіпоталамічну, гіпофізарну, яєчникову та маткову форму вторинної аменореї.

Класифікація:

1. *Гіпоталамічна аменорея:*

- психогенна аменорея;
- аменорея на тлі втрати маси тіла;
- синдром Кіарі-Фроммеля – аменорея і галакторея, що виникає як ускладнення післяпологового періоду, часто після патологічних пологів та вагітності, яка протікає патологічно;
- синдром Форбса-Олбрайта – аменорея і галакторея, як наслідок психогенної травми, пухлини гіпоталамо-гіпофізарної області, а також після прийому деяких лікарських засобів, а саме гормональних контрацептивів, нейролептиків, гіпотензивних та антигістамінних засобів у жінок, що не народжували.

2. *Гіпофізарна аменорея* найбільш часто зустрічається при наступній патології:

- синдром Шихана (післяпологовий гіпопітуїтризм);
 - аменорея на тлі гіперпролактинемії (як наслідок мікро- або макроаденоми гіпофізу);
 - синдром Морфана (спадкове захворювання, що передається за домінантним типом);
 - хвороба Іценко-Кушинга.
- #### 3. *Яєчникова аменорея:*
- синдром резистентних яєчників;
 - синдром виснаження яєчників.

4. *Маткова форма вторинної аменореї:*

- синдром Ашермана (наявність внутрішньоматкових синехій);
- стеноз цервікального каналу.

Окремі форми вторинної аменореї.

Психогенная аменорея – аменорея, викликана стресом, – відноситься до типової гіпоталамічної аменореї. У результаті психічного стресу блокується секреція ГнРГ і, відповідно, ЛГ та при нормальній секреції ФСГ фолікул не дозріває і не відбувається овуляція. У матці відсутні циклічні зміни, виникає аменорея. Виділяють аменорею воєнного часу та несправжню вагітність (найбільш яскравий прояв психогенної аменореї).

Діагностика не представляє складнощів, оскільки аменорея пов'язана зі стресовою ситуацією.

Лікування – усунення стресового чинника та зниження реакції на нього за допомогою психотерапії та «малих» транквілізаторів. При тривалій аменореї показано застосування ЗГТ естрогенами та гестагенами.

Аменорея на тлі втрати маси тіла. У структурі вторинної аменореї серед підлітків складає до 25%.

Ця форма аменореї є результатом гіпоталамічної дисфункції. Через пригнічення ритмічної секреції гонадоліберинів знижується синтез гонадотропінів та, як наслідок, естрогенів. Як відомо, у жировій тканині відбувається ароматизація андрогенів в естрогени. При зниженні об'єму жирової тканини також знижується кількість андрогенів, що підлягають ароматизації. Внаслідок зміни метаболізму естрогенів, замість активної форми естрогенів, естрадіолу, утворюється катехолестроген, що не має прямої естрогенової активності. Катехолестроген конкурує з катехоламінами за фермент катехолортометилтрансферазу, при цьому катехолестрогени мають більшу спорідненість до цього ферменту. Це призводить до сповільнення метаболізму катехоламінів, зокрема збільшується кількість ДА, який здійснює інгібуючий вплив на ритмічну секрецію ГЛ та призводить до зниження синтезу естрогенів. У результаті гіпоестрогенії зменшуються розміри та об'єм молочних залоз, матки та яєчників. Остеопороз, що розвивається, призводить до зниження кісткової маси та підвищує частоту спонтанних переломів кісток.

Клініко-діагностичні критерії. При втраті маси тіла на 5-18% різко припиняються менструації, без періоду олігоменореї. На тлі втрати маси тіла, яка продовжується, нарастають симптоми голодування – брадикардія, гіпотонія, гіпоглікемія, гіпотермія, гастрит, закрепи. У подальшому розвивається кахексія з повною втратою апетиту та огидою до їжі.

Характерними ознаками цієї патології є дотримання дієти, сильний страх перед збільшенням маси тіла чи ожирінням, незважаючи на нестачу ваги.

Лікування таких хворих доцільно проводити гінекологу разом з психотерапевтом. Призначають повноцінне, дрібними порціями харчування, вітаміни, седативні засоби. Ефективним є призначення малих нейрорептиків протягом 2-4 тижнів. Поновлення менструального циклу можливе лише після нормалізації маси тіла і припинення прийому психотропних препаратів. Слід пам'ятати, що останні пригнічують гонадотропну функцію гіпофізу. За відсутності ефекту призначають гормональну терапію комбінованими оральними контрацептивами (КОК) протягом 2-3 циклів.

Синдром резистентних яєчників – комплекс патологічних симптомів, що

виникають у жінок молодше 35 років та характеризується аменореєю (первинною чи вторинною), безпліддям, нормальним розвитком вторинних статевих ознак, мікро- та макроскопічно незміненими яєчниками з високим рівнем гонадотропінів. Слід додати, що при розвитку у допубертатному періоді, синдром резистентних яєчників супроводжується гіпоестрогенією та статевим інфантилізмом.

В основі розвитку синдрому резистентних яєчників лежить порушення зв'язування гонадотропінів з їх рецепторами в яєчниках. У результаті порушується фолікулогенез, що призводить до гіпоестрогенії, яка за механізмом зворотного зв'язку викликає підвищення рівня гонадотропінів.

Класифікація. Розрізняють вроджений (генетично обумовлена поломка рецепторного апарату) та набутий синдром (викликаний ятрогенними причинами, зокрема радіорентгенотерапією, прийомом цитотоксичних препаратів, імунодепресантів, оперативними втручаннями на яєчниках, туберкульозним ураженням яєчників та ін.).

Клініко-діагностичні критерії:

- жінки репродуктивного віку з правильною тілобудовою, добре вираженими вторинними статевими ознаками;
- аменорея первинна (у випадку розвитку синдрому у допубертатному періоді) чи вторинна (через 5-10 років після своєчасного менархе);
 - епізодичні приливи та менструальноподібні виділення;
 - зниження E2 чи підвищення ФСГ та ЛГ у плазмі крові;
 - перша проба з прогестероном позитивна, але у подальшому – негативна;
 - позитивна циклічна гормональна проба;
- гіпоплазія матки, нормальні чи зменшені розміри яєчників, наявність примордіальних та преантральних фолікулів.

Лікування. Лікування хворих з синдромом резистентних яєчників дуже складне, що передусім обумовлено недокінця з'ясованою етіологією та патогенезом. Замісна гормональна терапія, нажаль, лише у деяких випадках дає позитивний результат. До того ж дані про ефективність лікування хворих з синдромом резистентних яєчників гонадотропінами є також суперечливими.

Синдром виснаження яєчників – комплекс патологічних симптомів (аменорея, безпліддя, приливи жару, підвищена пітливість та ін.), що виникає у молодих жінок, у яких у минулому були нормальні менструальна та репродуктивна функції. Синдром виснаження яєчників може бути викликаний генетичними факторами, що призводять до утворення яєчників з дефіцитом фолікулярного апарату, а також виникати в результаті неблагоприятних екзогенних впливів (стрес, інтоксикації, вірусні інфекції та ін.), які на тлі генетичної схильності можуть призвести до атрезії фолікулярного апарату. Гіпоестрогенія, яка виникає, за механізмом негативного зворотного зв'язку призводить до підвищення рівнів ФСГ та ЛГ. **Клініко-діагностичні критерії.**

- жіночий фенотип, правильна тілобудова;
- своєчасне менархе;
- аменорея після періоду регулярної менструальної та репродуктивної функції;
- комплекс симптомів, що характерні для клімактеричного синдрому (виражені

приливи, пітливість, сухість у вагіні, атрофічні вульвовагініти, зниження лібідо та ін.);

- гіпоплазія матки та яєчників, відсутність фолікулярного апарату при ультразвуковому дослідженні;

- різке підвищення концентрації ФСГ, ЛГ та зниження Е2 у плазмі крові. **Лікування.** Жінкам з синдромом виснаження яєчників слід обов'язково призначити замісну гормональну терапію до віку природної менопаузи. Перевагу надають препаратам, які містять естрогени та гестагени. Проводиться профілактика естрогендефіцитних станів. Для досягнення вагітності після 3-6 міс. підготовчої терапії препаратами ЗГТ застосовується програма ЕКЗ з донацією ооцитів.

Синдром Ашермана (внутрішньоматкові синехії) виникає внаслідок частих, грубих вишкрібань стінок матки чи ендометритів.

Клініко-діагностичні критерії:

- вторинна аменорея;
- вишкрібання стінок матки, ендометрити в анамнезі;
- відсутність циклічного болю на відміну від атрезії цервікального каналу;
- дані трансвагінальної ехографії дозволяють запідозрити внутрішньоматкові синехії;
- рівень статевих та гонадотропних гормонів – у межах норми, тому цю форму аменореї називають нормогонадотропною;
- негативна проба з естрогенами та гестогенами;
- при гістероскопії та гістеросальпінгографії виявляється типова картина внутрішньоматкових синехій.

Лікування. Лікування хірургічне, полягає у розсіканні зрощень при гістерорезектоскопії. При підозрі на інфекційний генез синдрому Ашермана (за даними анамнезу) проводиться вишкрібання слизової матки з наступним бактеріологічним та мікробіологічним дослідженням. Після розсікання синехій проводиться антибактеріальна терапія і протягом 3 міс. циклічна гормональна терапія: естрогени з 5-го по 15-й день циклу, гестагени з 16-го по 26-й день циклу. Комбіновані оральні контрацептиви застосовувати не слід, тому що вони перешкоджають проліферації ендометрія.

Алгоритм клініко-лабораторного обстеження для визначення рівня ураження в системі гіпоталамус - гіпофіз - яєчники - органи-мішені.

Перший етап – визначення в крові рівня ПРЛ та ТТГ, оглядова рентгенографія черепа та турецького сідла. Виявлення гіперпролактинемії означає, що діагностичний пошук закінчений вже на першому етапі. На цьому ж етапі можливе виявлення прихованого гіпотиреозу, при якому рівень Т3 і Т4 може залишатися в межах норми, що підтримується підвищеним синтезом ТТГ, а єдиним клінічним проявом захворювання є аменорея. Курс замісної терапії швидко відновлює менструальний цикл і навіть сприяє овуляції.

Другий етап – проба з гестагенами. Протягом 6 днів внутрішньом'язово вводять по 1 мл 1% прогестерону (або протягом 10 днів застосовують таблетовані гестагенні препарати – дуфастон® по 10-20 мг/добу, утрожестан по 100-200 мг/добу, норколут по 5 мг/добу). *Проба оцінюється як позитивна при появі через 2-4 дні після*

введення препарату менструальної кровотечі, що виключає матковий варіант аменореї та вказує на недостатній гестагенний вплив на ендометрій. *Негативна проба* (менструальноподібна реакція відсутня) свідчить про естрогенну недостатність або маткову форму аменореї.

При негативному результаті проводять *пробу з естрогенами й гестагенами*.

Послідовно застосовують, наприклад, мікрофолін по 0,1 мг протягом 10-14 днів, потім по 1 мл 1% прогестерону протягом 6 днів. Цю пробу можна проводити з комбінованими естроген-гестагенними препаратами (контрацептивами або препаратами для ЗГТ). Препарати застосовують за звичайною 21-денною схемою. *Негативна реакція* свідчить про наявність органічної зміни ендометрія, тобто про маткову форму аменореї або про відсутність матки. У таких хворих діагностичний пошук закінчений на II етапі. Подальше обстеження проводять з метою встановлення нозологічного діагнозу (синдром Ашермана, туберкульоз ендометрія). *Позитивна проба* вказує на початкову естрогенну недостатність, тобто на зниження функції яєчників без встановлення її причини. Для цього проводять III етап діагностичного пошуку, завданням якого є диференціальна діагностика аменореї гонадного та центрального генезу.

Третій етап – визначення концентрації гонадотропінів у крові. Підвищення рівня

ЛГ та ФСГ свідчить про гонадну або гіпергонадотропну аменорею, зниження рівня цих гормонів – про гіпогонадотропну аменорею центрального генезу.

Для уточнення стану фолікулярного апарату яєчників проводять *пробу з гонадотропінами*. Гонадотропні препарати (пергонал, меногон та ін.), що містять ФСГ та ЛГ у дозі 75 МО, вводять внутрішньом'язово щодня або через день протягом 7-10 днів під контролем вмісту естрадіолу в крові і щоденного УЗ-моніторингу з вимірюванням діаметра домінантних фолікулів і товщини ендометрія. *Позитивна проба* (збільшення розмірів фолікулів і досягнення ними преовуляторних розмірів, а також підвищення вмісту естрадіолу в крові до преовуляторних значень) свідчить про гіпоталамо-гіпофізарний рівень ураження та збереження функціональної активності яєчників, *негативна* – про ураження нарівні яєчників.

Ця проба не диференціює гіпоталамічний та гіпофізарний рівні ураження, тому для диференціальної діагностики гіпоталамічного або гіпофізарного генезу аменореї проводять *пробу з гонадоліберином* – визначають рівень ЛГ та ФСГ через 60-90 хв після внутрішньовенного введення 200-500 мкг гонадоліберину. У нормі відбувається 3-5-кратне підвищення в крові рівня ЛГ та меншою мірою ФСГ, що вказує на збережену функцію передньої долі гіпофізу. Відсутність реакції свідчить про первинне ураження гіпоталамусу.

Зміст навчального матеріалу «Порушення функцій репродуктивної системи. Аномальні маткові кровотечі»

Аномальні маткові кровотечі (Abnormal uterine bleeding, AUB) – узагальнююче поняття для будь-якого розладу менструального циклу, що включає зміни регулярності та частоти менструації, тривалості кровотечі або кількості крові, що втрачається (вагітність та патологія шийки матки виключені).

Тривалість менструального циклу в нормі складає 24-38 діб. Тривалість менструації в нормі - 3-8 діб. В нормі максимальна крововтрата в межах одного циклу становить максимум 80мл. (ACOG, 2017).

Класифікація. Існує кілька систем класифікації AUB.

Однією із класифікацій, що все більше визнається на теперішній час, є система PALM-COEIN, розроблена Міжнародною федерацією акушерів-гінекологів (FIGO), 2011. PALM являє собою структурні, органічні причини, що можуть бути оцінені за допомогою методів візуалізації (УЗД та ін.) та/або патогістології: **Р** - Поліпи, **А** - Аденоміоз, **L** - Лейоміома, **М** – Малігнізація та Гіперплазія. Група категорій COEIN включає причини, що не пов'язані зі структурною патологією: **С** - Коагулопатія, **О** - Овуляторні порушення, **Е** - Ендометріальні порушення (розлади регуляторних механізмів гемостазу в ендометрії на локальному рівні внаслідок порушення рецепції, ангіогенезу, збільшення синтезу простагландинів, наприклад, через запальні захворювання), **І** - Ятрогенні та **Н** - Не класифіковані причини.

Група експертів FIGO запропонувала також відмовитися від застарілих термінів «менорагія», «метрорагія», «гіпер-», «гіпоменорея», «дисфункціональні маткові кровотечі» та прийняла нову термінологію для найпоширеніших типів AUB:

- **HMB** (heavy menstrual bleeding) - надмірна менструальна кровотеча.

HMB -

найпоширеніший вид порушень менструального циклу. Цей термін замінює старий «менорагія», є простим та легко перекладається на різні мови. Все більше гайдлайнів присвячено саме HMB.

HMB визначається як втрата крові більше 80 мл за період менструації. Насправді методи кількісної оцінки менструальної крововтрати є неточними. Тому за рекомендаціями NICE (2018), враховуючи труднощі в щомісячній оцінці крововтрати, вибір тактики ведення визначається не за результатом вимірювання крововтрати або рівнем гемоглобіну та феритину. Переважно цей клінічний діагноз ґрунтується на сприйнятті пацієнтом втрати крові (дистрес, порушення працездатності, сексуальної активності та якості життя в цілому).

- **IMB**(intermenstrual bleeding): міжменструальна кровотеча.

- **PCB**(postcoital bleeding): кровотеча після сексу. Часто пов'язані з патологіями шийки матки.

- **PMB** (postmenopausal bleeding): кровотеча через 1 рік після припинення менструації (за виключенням патології ендометрію або атрофії піхви).

- **БЕО** («bleeding of endometrial origin»): «кровотеча ендометріального походження», діагноз виключення, замінив термін "дисфункціональна маткова

кровотеча" (DUB).

Аномальні маткові кровотечі також поділяють на гострі та хронічні. **Хронічна кровотеча** - це маткова кровотеча, аномальна за обсягом, регулярністю та (або) за частотою, що спостерігається протягом 6 місяців і більше. **Гостра кровотеча** - епізод сильної кровотечі, що вимагає термінового втручання з метою запобігання подальшої крововтрати. Гостра АУВ може виникнути вперше або на тлі вже існуючої хронічної аномальної маткової кровотечі.

Термін «дисфункціональні маткові кровотечі» (ДМК) раніше використовувався для опису кровотеч, які обумовлені порушенням циклічної секреції гормонів яєчників та не пов'язані з органічними захворюваннями та з екстрагенітальною патологією.

Класифікація ДМК за віком:

- ДМК у пубертатному віці (ювенільні маткові кровотечі);
- ДМК у репродуктивному віці;
- ДМК у пременопаузальному віці.

Класифікація ДМК за характером порушень менструального циклу та функціонально-морфологічними змінами:

I. Ановуляторні ДМК:

A. Короткочасна персистенція фолікула. Б. Тривала персистенція фолікула. В. Атрезія незрілого фолікула.

II. Овуляторні ДМК:

A. Укорочення фолікулінової фази. В. Укорочення лютеїнової фази.

С. Подовження лютеїнової фази.

ДМК за рівнем естрогенів поділяються на гіперестрогенні (більшість ДМК) та гіпоестрогенні (частіше у пубертатний період, але можуть спостерігатись і у репродуктивному віці).

Хоча будь-яка форма ДМК зустрічається у різні вікові періоди життя жінки, але у пубертатному та пременопаузальному періодах частіше виникають ановуляторні ДМК. Ювенільні маткові кровотечі частіше проходять за типом атрезії незрілого фолікула (ановуляторні), у пременопаузальному – за типом тривалої персистенції фолікула (ановуляторні). У репродуктивному віці ДМК частіше є овуляторними, рідше ановуляторні – за типом короткочасної персистенції фолікула.

Згідно з новою термінологією термін «дисфункціональна маткова кровотеча», що раніше використовувався як синонім АУВ або у випадках, коли не було виявлено органічної або системної патології, не включений в дану класифікаційну систему. Від застосування цього терміна рекомендується відмовитися, оскільки пацієнтки, що потрапляють під цю категорію, зазвичай мають будь-яку причину аномальних маткових кровотеч або їх поєднання: порушення овуляції (АУВ-О) або порушення функціонального стану ендометрію (АУВ-Е).

Обстеження жінок з АУВ має включати ретельний збір анамнезу, фізикальний огляд, гінекологічне обстеження, проведення відповідної лабораторної та візуальної діагностики. Для виключення можливої вагітності - визначення рівня β -ХГЛ у сироватці крові.

Уточнюють характер менструального циклу, его становлення, наявність гінекологічних захворювань, факторів ризику гіпотиреозу, порушення згортання крові. Також запитують про прийом лікарських препаратів (КОК, прогестогенів, НПЗЗ, антикоагулянтів и ін.), використання внутрішньоматкових контрацептивів.

Такі параметри менструального циклу, як регулярність, частота і тривалість, легко встановлюються на основі даних менструального календаря, тоді як величина менструальної крововтрати є досить суб'єктивним показником.

Діагностичні заходи

1. Всім жінкам з НМВ необхідно рекомендувати загальний аналіз крові.
2. Коагулограму слід рекомендувати жінкам, які:
 - мають НМВ з періоду менархе
 - мають особистий або сімейний анамнез, що свідчить про розлади зсідання крові (наприклад, хвороба фон Віллебранда), (NICE, 2018).
3. Не рекомендовано проводити дослідження феритину сироватки крові всім жінкам з НМВ (NICE, 2018).
4. Не рекомендовано тестування на жіночі гормони для всіх жінок з НМВ (NICE, 2018).
5. Не рекомендовано тестування на гормони щитовидної залози всім жінкам з НМВ, за включенням наявності ознак та симптомів захворювання щитовидної залози (NICE, 2018).
6. Вагінальне УЗД є першою лінією додаткового дослідження.
7. **Амбулаторна (аспіраційна) біопсія ендометрію (БЕ) або амбулаторна гістероскопія** - слід рекомендувати, якщо:
 - Постменопаузальні кровотечі та товщина ендометрію на TV УЗ > 4 мм.
 - Всім жінкам з АУВ віком старше 45 років.
 - НМВ з міжменструальними кровотечами.
 - Неefективне медикаментозне лікування.
 - Перед абляцією ендометрію.

Наявні фактори ризику патології ендометрію (ожиріння, ІМТ \geq 30 кг/м

• 2
або вага
>

90 кг; цукровий діабет, СПКЯ, непліддя).

8. **Амбулаторна гістероскопія з біопсією** може бути показана, якщо:

- Спроба амбулаторної аспіраційної БЕ не вдалася.

- Проба біоптата при амбулаторній БЕ недостатня для оцінки гістопатології.
- TV УЗД ОМТ є непереколивим, наприклад, для встановлення точної локалізації підслизової або інтрамуральної лейоміоми.

• При TV УЗ вивлено структурну патологію, яка підлягає лікуванню (наприклад, підтверджений поліп ендометрію) та наявні засоби для проведення резекції. Слід дотримуватися правила «побачив-вилікував».

9. Отже, для діагностики причин АУВ віддають перевагу амбулаторній гістероскопії амбулаторній (аспіраційній) біопсії, як менш травматичним процедурам.

10. Гістерорезектоскопія із загальною або регіонарною анестезією може бути показана, якщо:

- Пацієнт не переносить амбулаторну процедуру.
- Шийка матки потребує розширення, щоб увійти в порожнину.
- Для лікування великих поліпів або підслизової міоми.

На підставі результатів досліджень, залежно від виявленої причини, АУВ відносять до тієї чи іншої категорії відповідно до класифікаційної системи PALM-COEIN.

Особливості обстеження жінок

з підозрою на підслизову міому, поліпи або патологію ендометрію

1. Необхідно пам'ятати, що УЗД ОМТ має обмежені можливості щодо виявлення причин АУВ порожнини матки у жінок з підозрою на патологію ендометрію та НМВ (NICE, 2018).

2. Слід запропонувати амбулаторну гістероскопію з біопсією ендометрію (БЕ) жінкам з НМВ, анамнез яких свідчить про підслизову міому, поліпи або патологію ендометрія якщо:

- наявні постійні міжменструальні кровотечі;
- наявні постійні нерегулярні кровотечі;
- нечасті НМВ у жінок з ожирінням або синдромом полікістозних яєчників;
- жінки приймають тамоксифен;
- медикаментозне лікування НМВ було невдалим (NICE, 2018).

3. Якщо жінка відмовляється від амбулаторної гістероскопії або нею не організована служба амбулаторної гістероскопії (не має можливості дотриматися правила «побачив-вилікував»), необхідно запропонувати гістероскопію під загальною або регіонарною анестезією (NICE, 2018).

4. Не пропонуйте аспіраційну біопсію ендометрію жінкам з НМВ. Отримати зразок ендометрію у них можна лише під час діагностичної гістероскопії (NICE, 2018).

Інші засоби діагностики

1. Не рекомендовано використовувати МРТ як діагностичний засіб першої лінії для

АУВ (NICE, 2018).

2. Не рекомендовано використовувати кюретаж для діагностики АУВ (NICE, 2018).

Лікування АУВ

1. При виборі лікування важливо враховувати та обговорювати з жінкою наступне:

- переваги та ризики різних варіантів лікування;

- будь-які супутні захворювання;
- існуючі протипоказання до терапії;
- наявність або відсутність міоми (включаючи розмір, кількість і місце розташування вузлів), поліпів, патології ендометрію або аденоміозу;
 - інші симптоми, такі як тиск і біль.
- чи планує жінка вагітність; чи хоче жінка зберегти свою фертильність та / або матку.

2. Жінкам з АУВ та поліпом ендометрію показана гістероскопічна поліпектомія.

3. Жінкам з субмукозною міомою необхідно рекомендувати гістероскопічну міомектомію.

Особливості лікування жінок з НМВ

без виявленої органічної патології або міомою $d < 3$ см (за виключенням субмукозної лейоміоми), або при підозрі та діагностованому аденоміозі

Початкове лікування НМВ за відсутності структурних або гістологічних аномалій має бути медикаментозним:

1. Терапія прогестогенами. Призначаються циклічні оральні або локальні внутрішньоматкові (внутрішньоматкова система з левоноргестрелом, LNG-IUS) прогестогени.

- Внутрішньоматкова система з левоноргестрелом (LNG-IUS) використовується для лікування НМВ (за умови тривалого використання не менше 12 місяців) у жінок з:

- не виявленою органічною патологією;
- міомою $d < 3$ см, яка не спричинює деформації порожнини матки;
- підозрою або діагностованим аденоміозом (NICE, 2018).

При призначенні LNG-IUS необхідно пояснити жінкам про очікувані зміни менструального циклу, особливо в першій кількості циклів, які можуть тривати і більше 6 місяців.

Зрозуміло, що LNG-IUS не підходить жінкам, які бажають завагітніти.

-Циклічні оральні прогестогени - норетистерон по 15 мг щодня в циклічному режимі з 6 по 26 день менструального циклу (NICE, 2018).

2. Негормональні фармакологічні методи лікування (NICE, 2018):

-Транексамова кислота - призначається у разі інтенсивної кровотечі (внутрішньовенно чи перорально).

НПЗЗ (нестероїдні протизапальні засоби), крім ацетилсаліцилової кислоти - призначаються у звичайних дозах.

3. Інші гормональні фармакологічні методи лікування:

-Комбінована гормональна контрацепція

При призначенні КОК повинні бути виключені всі можливі протипоказання, які відображені в Медичних критеріях прийнятності для використання методів контрацепції (ВООЗ, 2015).

-Агоністи гонадотропін-релізінг гормону (GnRH).

Використовуються лише в короткостроковій перспективі через гіпоестрогенний

стан, в тому числі ризик остеопорозу. Можуть використовуватися передопераційно для зменшення міоми або з метою пригнічення ендометрію для посилення візуалізації при гістероскопії. При тяжкому перебігу НМВ дають можливість пацієнту підвищити гемоглобін, забезпечуючи перепочинок від кровотечі.

4. Якщо лікування неефективне, або жінка відмовляється від фармакологічного лікування, або симптоми є вираженими, слід розглянути :

-Додаткові дослідження з метою діагностики причини НМВ, якщо це необхідно

(див. розділ обстеження жінок з підозрою на субмукозну лейоміому).

-Альтернативні варіанти лікування, включаючи:

- фармакологічні варіанти, які ще не пробували;
- хірургічні варіанти: абляції ендометрію другого покоління та ін.

Абляція ендометрію на достатню глибину перешкоджає регенерації ендометрію. Абляція підходить жінкам, розміри матки у яких не більше як 10 тижнів вагітності, та міоми $d < 3$ см, які не планують вагітності.

Методики I покоління значною мірою були замінені більш новими методиками II покоління, включаючи: impedance controlled endometrial ablation (Novosure™), thermal uterine balloon therapy, microwave ablation (Microsulis™).

Як правило, для абляції ендометрію повинні використовуватися методики II покоління. Після такого лікування 40% жінок мають аменорею, у 40% - помітно зменшується менструальна втрата, а 20% - не матимуть різниці у характері кровотечі.

Вагітність після абляції малоймовірна, але все ж таки можлива (1%). Під час вагітності після абляції ендометрію підвищується ризик серйозних ускладнень, включаючи небезпечні для життя кровотечі, передлежання плаценти, невиношування вагітності. Отже, після абляції ендометрію жінкам необхідно уникати наступних вагітностей та використовувати ефективні засоби контрацепції.

Важливо зазначити, що існують дослідження, в яких показано, що абляція ендометрію не забезпечує повного та стійкого руйнування ендометрію, а утворення внутрішньоматкових адгезій може перешкоджати майбутньому гістологічному дослідженню ендометрію.

Особливості лікування жінок з НМВ та міомою $d \geq 3$ см

Клінічні настанови National Institute for Health and Care Excellence (NICE), 2018,

пропонують наступні рекомендації:

1. Якщо під час проведення досліджень та до призначення остаточного лікування потрібне фармакологічне лікування, слід запропонувати транексамову кислоту та / або НПЗЗ.

2. При виборі методу лікування жінок з міомою $d \geq 3$ см слід враховувати розмір, місце розташування, кількість вузлів та ступінь вираженості симптомів.

3. Слід розглядати наступні методи лікування:

- Фармакологічні:
 - Негормональні:
 - Транексамова кислота.
 - НПЗЗ.

-Гормональні:

- Комбінована гормональна контрацепція.
- Циклічні оральні прогестогени.
- Можливе використання LNG-IUS.
- Емболізація маткової артерії - можна розглянути у випадку лікування аномальних кровотеч, спричинених великими симптоматичними міомами. Емболізація може зменшити кровотечу і вираженість симптомів на 60–90%.
- Хірургічні:
 - міомектомія;
 - гістеректомія.

4. Слід пояснити жінкам, що ефективність фармакологічних методів лікування НМВ може бути обмежена у жінок з міомою, яка значно перевищує $d \geq 3$ см.

5. Якщо потрібна додаткова інформація про положення міоми, розмір, кількість вузлів та кровопостачання, слід розглянути необхідність МРТ ОМТ.

6. Можна розглядати абляцію ендометрію II покоління як варіант лікування для жінок з НМВ та міомою $d \geq 3$ см.

7. Попередню терапію агоністами гонадоліберину перед гістеректомією та міомектомією слід розглядати, якщо наявна міома матки великих розмірів або деформація порожнини матки.

Шлях і спосіб гістеректомії

Обговорюючи із жінкою шлях гістеректомії (лапароскопія, лапаротомія або вагінальна), проведіть індивідуальну оцінку та врахуйте її уподобання (NICE, 2018).

Видалення яєчників при гістеректомії

Видаляти яєчники при гістеректомії необхідно лише за висловленим бажанням та усвідомленою згодою жінки після обговорення всіх супутніх ризиків та переваг, (NICE, 2018).

Дилатація та кюретаж

Не рекомендується використовувати дилатацію та кюретаж як варіант лікування НМВ, (NICE, 2018).

Аномальна матова кровотеча та гіперплазія ендометрію

Гіперплазія ендометрію (ГЕ) визначається як нерегулярна проліферація залоз ендометрію зі збільшенням співвідношення залоз до стромы порівняно з ендометрієм, що проліферує.

Рак ендометрію є найпоширенішим гінекологічним злоякісним захворюванням у західному світі, а гіперплазія ендометрію, як відомо, є його попередником.

Найбільш частим симптомом гіперплазії ендометрію є аномальні маткові кровотечі, зокрема НМВ, ІМВ, РМВ.

Фактори ризику гіперплазії ендометрію. На теперішній час визначені декілька факторів ризику гіперплазії ендометрію, а отже необхідним є виявлення та моніторинг цих факторів.

Гіперплазія ендометрію розвивається при відносній або абсолютній гіперестрогенії, коли естроген стимулює ріст клітин ендометрію шляхом зв'язування

з рецепторами естрогену в ядрах клітин ендометрію. Встановлені фактори ризику гіперплазії ендометрію підтримують цю етіологію: підвищення ІМТ при надмірній периферійній конверсії андрогенів у жировій тканині в естроген; ановуляція, пов'язана з синдромом перименопаузи або полікістозних яєчників (PCOS); естрогенсекретуючі пухлини яєчників, наприклад гранульозоклітинні пухлини; та індукована медикаментами стимуляція ендометрію, наприклад використання системної замісної терапії естрогенами або тривале використання тамоксифену.

Доведено, що естрогенова замісна терапія пов'язана з підвищеною частотою гіперплазії у будь-яких дозах і не рекомендується застосовувати жінкам з збереженими матками.

Хоча вважається, що естрогенна стимуляція ендометрію є основним етіологічним фактором ризику розвитку даного захворювання, також важливу роль у виникненні гіперплазії можуть відігравати імуносупресія та інфекції.

Класифікація. Рекомендується переглянута класифікація ВООЗ, 2014 (RCOG/BSGE, 2016). За цією класифікацією гіперплазію ендометрію поділяють на дві групи, виходячи з наявності атипії: **(I) гіперплазія без атипії; та (II) атипична гіперплазія.**

Діагностика. Гіперплазію ендометрію часто підозрюють у жінок, які мають аномальні маткові кровотечі. Однак для підтвердження діагнозу необхідний гістологічний аналіз зразків тканини ендометрію.

1. Рекомендованим методом для дослідження ендометрію є амбулаторна біопсія ендометрію.

Амбулаторна біопсія ендометрію є зручним методом діагностики і має високу точність щодо діагностики раку ендометрію, але є менш точною для діагностики гіперплазії. Незважаючи на негативний результат біопсії, у 2% жінок все ще буде гіперплазія ендометрію.

1. Слід розглянути необхідність діагностичної гістероскопії для поліпшення або полегшення отримання зразка ендометрію, особливо якщо амбулаторна БЕ не є доступною.

2. Потрібно проводити гістероскопію з метою прямої візуалізації та біопсії порожнини матки, коли діагностовано гіперплазію ендометрію з поліпом чи інше вогнищеве ураження ендометрію, або якщо є підозра на внутрішньоматкові структурні утворення.

3. Діагностичну гістероскопію можна проводити в амбулаторних умовах за допомогою мінігістероскопів та без необхідності проведення загальної анестезії або вагінального інструментарію.

4. Трансвагінальне УЗД.

5. Недостатньо доказів, що використання комп'ютерної томографії (КТ), МРТ, біомаркерів при діагностиці покращують результат лікування гіперплазії ендометрію. Тому їх рутинне використання не рекомендується.

Гіперплазія ендометрію без атипії (враховано рекомендації RCOG, 2016)

Первинна тактика ведення жінок з гіперплазією без атипії

1. Жінки повинні бути поінформовані, що ризик прогресування гіперплазії ендометрія без атипії до раку ендометрію становить менше 5% за 20 років і що більшість випадків гіперплазії без атипії спонтанно регресують під час спостереження.

2. Фактори ризику, такі як ожиріння та використання гормональної замісної

терапії

(ЗГТ), повинні бути визначені і, по можливості, усунуті.

3. При наявності гіперплазії без атипії можна проводити лише спостереження з подальшою БЕ, щоб забезпечити регресію захворювання. Однак жінки повинні бути поінформовані, що лікування прогестогенами має більш високий показник регресії захворювання у порівнянні зі спостереженням.

4. Лікування прогестогеном показано жінкам з гіперплазією без атипії, якщо немає регресу захворювання після спостереження (через ризик виникнення раку ендометрію) та жінкам з аномальною матковою кровотечею.

Перша лінія медикаментозного лікування гіперплазії без атипії

1. Безперервний пероральний прийом прогестогену або місцева внутрішньоматкова система, що вивільняє левоноргестрел (LNG-IUS)- ефективні для досягнення регресії гіперплазії без атипії.

2. LNG-IUS рекомендується як медичне лікування першої лінії, оскільки порівняно з пероральними прогестогенами має більш високий показник регресії гіперплазії та кровотечі, меншу кількість побічних ефектів.

3. Безперервний пероральний режим прийому прогестогенів-медроксипрогестерон

10–20 мг/добу або норетистерон 10–15 мг/добу.

4. Циклічні прогестогени не слід застосовувати через меншу ефективність щодо регресії гіперплазії без атипії порівняно з безперервним пероральним прийомом прогестогенів або LNG-IUS.

Тривалість лікування та спостереження за гіперплазією без атипії

1. Лікування пероральними прогестогенами або LNG-IUS повинно тривати мінімум

5 місяців, щоб викликати гістологічну регресію ГЕ без атипії.

2. Якщо жінка добре переносить LNG-IUS та не планує вагітність, слід заохочувати жінку зберігти LNG-IUS до 5 років, оскільки це знижує ризик рецидиву, особливо якщо її застосування зменшує симптоми аномальної маткової кровотечі.

3. Після діагностики гіперплазії без атипії рекомендується проводити спостереження за ендометрієм, що включає амбулаторну аспіраційну БЕ.

4. Спостереження за ендометрієм (а саме БЕ) слід рекомендувати мінімум через 6-місячні інтервали. Однак графіки спостереження повинні бути індивідуальними та відповідати змінам клінічного стану жінки. Перед зняттям з обліку слід отримати щонайменше дві (з інтервалом 6 міс) послідовні негативні біопсії.

5. Жінкам слід порадити звертатися, якщо АУВ повториться після завершення курсу лікування, оскільки це може свідчити про рецидив захворювання.

6. Для жінок з підвищеним ризиком рецидиву (жінки з ІМТ \geq 35; жінки, які отримували пероральні прогестогени) рекомендується проводити біопсію ендометрію кожні 6 міс. Після отримання 2-х послідовних негативних БЕ слід розглянути тривале спостереження шляхом щорічних БЕ.

Отже, як показують рандомізовані дослідження, лікування гіперплазії ендометрію прогестогенами має тривати принаймні 6 місяців. Якщо гіперплазія ендометрію зберігається протягом 12 місяців, незважаючи на лікування, ризик

виникнення раку ендометрію є високим, а шанси регресу захворювання низькі, тому рекомендується гістеректомія. Щорічні біопсії ендометрію можуть бути рекомендованими жінкам високого ризику, але схемиспостереження повинні бути індивідуалізованими. При розробці плану ведення пацієнтки необхідно враховувати ризик раку ендометрію, супутні захворювання, наявність аномальних кровотеч та таких факторів лікування, як реакція, толерантність, а також побажання пацієнта.

Особливості хірургічного лікування жінок з гіперплазією без атипії

1. Гістеректомія не повинна розглядатися як перша лінія лікування гіперплазії без атипії, оскільки терапія прогестогеном викликає гістологічну та симптоматичну ремісію у більшості жінок та дозволяє уникнути ускладнень, пов'язаних з видаленням матки.
2. Гістеректомія показана жінкам з гіперплазією без атипії, які не хочуть зберегти свою фертильність, якщо:
 - гіперплазія без атипії прогресує до атипової гіперплазії;
 - немає гістологічного регресу гіперплазії, незважаючи на 12 місяців лікування;
 - має місце рецидив гіперплазії ендометрію після закінчення лікування прогестогеном;
 - спостерігаються постійні кровотечі;
 - жінка відмовляється проходити спостереження за ендометрієм або виконувати медичне лікування.
3. Жінкам в постменопаузі, які потребують хірургічного лікування гіперплазії без атипії, разом із гістеректомією слід запропонувати двосторонню сальпінгооваріектомію.
4. Для жінок в пременопаузі рішення про видалення яєчників має бути індивідуальним; однак двостороння сальпінгектомія повинна бути розглянута, оскільки це може зменшити ризик раку яєчників у майбутньому.
5. Лапароскопічна гістеректомія є кращим методом лікування у порівнянні з абдомінальною, оскільки асоціюється з більш коротким терміном перебуванням у лікарні, меншим післяопераційним болем та швидшим одужанням.
6. Абляція ендометрію не рекомендується для лікування гіперплазії ендометрію, оскільки не забезпечує повне і стійке руйнування ендометрію, а утворення внутрішньоматкових адгезій може перешкоджати майбутньому гістологічному дослідженню ендометрію.

Атипова гіперплазія (враховано рекомендації RCOG, 2016)

Ризик розвитку раку ендометрію найвищий при атиповій гіперплазії. Випадкове контрольоване дослідження 7947 жінок з діагнозом атипова гіперплазія, виявило, що кумулятивний ризик раку за 4 роки склав 8% та збільшився до 12,4% через 9 років і до 27,5% після 19 років спостереження.

Первинна тактика ведення жінок з атиповою гіперплазією ендометрію

1. Жінкам з атиповою гіперплазією повинна бути проведена тотальна гістеректомія через ризик виникнення раку та прогресування злоякісного процесу.
2. Лапароскопічна тотальна гістеректомія є кращим методом ніж

абдомінальна, оскільки асоціюється з більш коротким терміном перебуванням у лікарні, меншим післяопераційним болем та швидшим одужанням.

3. Інтраопераційна рутинна лімфаденектомія не є корисними.

4. Зважаючи на ризик злоякісного утворення, двосторонню сальпінгооварієктомію слід проводити всім жінкам в період менопаузи та постменопаузи під час гістеректомії при атипівій гіперплазії.

5. Для жінок в пременопаузі рішення про видалення яєчників має бути індивідуальним; однак слід розглядати двосторонню сальпінгектомію, оскільки це може зменшити ризик раку яєчників у майбутньому.

Однак, існують менш чіткі докази щодо абсолютної необхідності сальпінгооварієктомії у жінок в пременопаузі з діагнозом атипова гіперплазія. Дослідження показали, що двостороння сальпінгооварієктомія пов'язана із збільшенням смертності у жінок віком менше 50 років, які перенесли гістеректомію при доброякісному захворюванні. Жінкам в пременопаузі, які перенесли гістеректомію та двосторонню сальпінгооварієктомію при гіперплазії ендометрію, необхідно розглянути можливість заміни естрогенів, за відсутності протипоказань до їх застосування, до віку природної менопаузи, щоб мінімізувати ризики хірургічного менопаузи. Ці міркування слід обговорити з жінкою.

6. Абляція ендометрію не рекомендується, оскільки не забезпечує повне і стійке руйнування ендометрію, а утворення внутрішньоматкових адгезій може перешкоджати майбутньому гістологічному дослідженню ендометрію.

Тактика ведення жінок з атиповою гіперплазією ендометрію, які бажають зберегти свою фертильність або не підходять до операції

1. Жінок, які бажають зберегти свою фертильність, слід проінформувати дати поради, враховуючи ризики, пов'язані з малігнізацією процесу.

2. Дослідження повинні бути спрямовані на виключення раку ендометрію або супутнього раку яєчників.

Щоб виключити наявний рак яєчника та рак ендометрія перед плануванням вагітності таким жінкам слід проводити дослідження на онкомаркери, такі як СА-125 та візуалізацію за допомогою TVУЗД ОМТ та/або МРТ-сканування (хоча надійні порівняльні дані щодо цього питання відсутні).

3. Результати досліджень, гістології, маркерів пухлини повинні бути переглянуті на багатодисциплінарному засіданні та складений індивідуальний план ведення.

4. В якості лікування першої лінії рекомендується LNG-IUS, пероральні прогестогени є другою найкращою альтернативою.

5. Після того, як фертильність більше не потрібна, слід запропонувати гістеректомію з огляду на високий ризик рецидиву захворювання.

Підсумовуючи, слід зазначити, що планування вагітності для жінок з атиповою гіперплазією є можливим. Згідно існуючих досліджень чверть таких жінок народили, але ці результати базуються виключно на невеликих дослідженнях. Безпека є невизначеною. Важливо, щоб початковий діагноз таким жінкам був підтверджений

при гістероскопії, щоб мінімізувати ймовірність раку. Оптимальний режим лікування, тривалість спостереження, ризик рецидиву на сьогодні також не визначені. Ретельне консультування з приводу ризиків раку ендометрію та раку яєчників при збереження фертильності у жінок з атиповою гіперплазією має першорядне значення разом з попередньою процедурою лікування. Через складність цього клінічного сценарію гінекологи повинні звернутися до мультидисциплінарних консультацій з залученням гінекологів-онкологів для аналізу наявних гістологічних, візуальних та пухлинних маркерів та розробки плану ведення. Тактика ведення повинна включати план біопсій ендометрію та подальші спостереження, а також максимальну рекомендовану тривалість лікування, що зберігає фертильність, до проведення гістеректомії.

Спостереження жінок з атиповою гіперплазією, яким не проведена гістеректомія

1. Планове спостереження за ендометрієм повинно включати біопсію ендометрію. Графіки спостереження повинні бути індивідуалізованими та відповідати змінам клінічного стану жінки. Інтервали спостереження (БЕ) повинні бути кожні 3 місяці до отримання 2-х послідовних негативних біопсій.

2. У безсимптомних жінок з маткою та гістологічними ознаками регресії захворювання, що базується на мінімум 2-х послідовних негативних біопсіях ендометрію, рекомендується проводити тривале спостереження за ендометрієм - біопсію кожні 6–12 місяців, поки не буде проведена гістеректомія.

3. Подальше спостереження повинно бути адаптовано до кожної жінки з урахуванням факторів ризику, супутніх симптомів та реакції на лікування. Це найкраще вирішувати в контексті мультидисциплінарної зустрічі гінеколога-онколога та жінки.

4. Оптимальний графік спостереження невстановлений. Але, зважаючи на ризик прогресування раку ендометрію, більшість клініцистів рекомендують спочатку оцінювати ендометрій кожні 3 місяці [American College Endom cancer; RCOG], поки не будуть отримані дві послідовні негативні біопсії [RCOG].

Нездатність атипової гіперплазії ендометрію регресувати - тривожний знак щодо раку ендометрію. Якщо терапія, що зберігає фертильність, не може викликати регресію атипової гіперплазії до 12 місяців або є дані щодо прогресування процесу, жінкам слід наполегливо рекомендувати гістеректомію [RCOG]. Ризик рецидиву особливо високий у перші 2 роки після встановлення діагнозу. Якщо рецидив

трапляється під час спостереження, жінкам також слід рекомендувати гістеректомію.

Тактика ведення жінок з гіперплазією ендометрію, які планують вагітність

1. Регресія захворювання повинна бути досягнута принаймні на одному зразку ендометрію до того, як жінки будуть намагатися завагітнити.

2. Жінок з гіперплазією ендометрію, які бажають завагітнити, слід направити до лікаря репродуктолога для обговорення варіантів спроб зачаття, подальшої оцінки та відповідного лікування.

3. ДРТ може рекомендуватися. До ДРТ слід досягти регресії гіперплазії ендометрію, оскільки це пов'язано з більш високими показниками імплантації та вагітністю.

ЗГТ та гіперплазія ендометрію

1. Системну ЗГТ лише естрогенами не слід застосовувати жінкам, у яких є

матка.

2. Всім жінкам, які приймають ЗГТ, слід рекомендувати негайно повідомляти про будь-яку позапланову вагінальну кровотечу.

3. Жінкам з гіперплазією ендометрію, які приймають препарат ЗГТ та бажають продовжувати ЗГТ, слід порадишити перейти на постійний прийом гестагену за допомогою LNG-IUS або безперервний комбінований препарат ЗГТ.

4. Жінки з гіперплазією ендометрію, які приймають постійний комбінований препарат, та бажають продовжувати ЗГТ, повинні мати необхідність продовжувати ЗГТ. Обмежені докази щодо оптимальної схеми гестагену в цьому контексті.

Тактика ведення жінок з гіперплазією ендометрію при ад'ювантному лікуванні раку молочної залози

1. Жінки, які приймають тамоксифен, повинні бути поінформовані про підвищений ризик розвитку гіперплазії та раку ендометрію. Їх слід заохочувати негайно повідомляти про будь-які патологічні вагінальні кровотечі або виділення.

2. Поки що недостатньо даних щодо підвищення інгібіторами ароматази (такі як анастрозол, екземестан та летрозол) ризику гіперплазії ендометрію тараку.

3. Є дані, що LNG-IUS запобігає утворенню поліпів та зменшує частоту гіперплазії ендометрію у жінок на тамоксифені. Вплив LNG-IUS на ризик рецидиву раку молочної залози залишається невизначеним, тому її рутинне використання не слід рекомендувати.

4. Якщо під час лікування тамоксифеном розвивається гіперплазія ендометрію, слід переглянути необхідність прийому даного препарату та обстежити і лікувати відповідно до гістологічної класифікації гіперплазії ендометрію та спільно з лікарем онкологом-гінекологом.

Лікувальна тактика при гострій аномальній матковій кровотечі (враховано Настанову 00536. DUODECIM Medical Publications, 08.2018)

1. Визначення причини гострої AUB та класифікація її за системою PALM-SOEIN.

2. Безпосередня зупинка кровотечі - гемостаз (гормональний, симптоматична негормональна гемостатична терапія, хірургічний).

3. Профілактика рецидиву.

Гормональний	гемостаз	та	негормональна
	гемостатична терапія	—	привідсутності

органічної патології:

• Зазвичай, кровотеча може бути зупинена за допомогою прогестогенів. Рекомендовано: норетистерон (5 мг тричі на день), норетистерону ацетат (10 мг двічі на день) та лінестренол (10 мг двічі на день). Їх слід призначати перорально впродовж 10 днів. Після припинення лікування виникає кровотеча відміни. У більшості випадків доцільно продовжувати циклічне лікування прогестогенами у менших дозах впродовж 3-6 місяців.

- Ефективною альтернативою довготривалого лікування є використання внутрішньоматкової системи, що вивільняє левоноргестрел. Це дозволяє запобігти росту ендометрію, скоротити об'єм і тривалість кровотечі, полегшити менструальний біль, а також одночасно забезпечити контрацепцію.

- Призначення комбінованих естроген-прогестогенових препаратів є найефективнішим методом зупинки гормональної кровотечі у жінок репродуктивного віку.

При призначенні КОК повинні бути виключені всі можливі протипоказання, які відображено в Медичних критеріях прийнятності для використання методів контрацепції ВООЗ, 2015.

Молодим жінкам слід призначати монофазні оральні контрацептиви. Естрадіолу валерат 2 мг щоденно, у комбінації з прогестогеном, слід призначати жінкам старшого віку та особам, що мають протипоказання до лікування синтетичними естрогенами. Припинення прийому препарату супроводжується кровотечею відміни. Якщо кровотечі відміни є профузними, за необхідності їх можна лікувати за допомогою транексамової кислоти та інгібіторів простагландинів.

- Можливе призначення транексамової кислоти чи НППЗ (наприклад, ібупрофену

400–600 мг тричі на день).

- Зазвичай у кюретажі ендометрію немає потреби. Гіперплазія ендометрію потребує кюретажу, якщо кровотеча профузна і спричиняє анемію. У інших випадках, циклічні прогестогени і гормон-вивільняючі внутрішньоматкові системи застосовуються впродовж 6 місяців з наступною контрольною аспіраційною біопсією ендометрію. За наявності неінформативного зразка чи неможливості проведення процедури, слід надати перевагу гістероскопії, а не кюретажу. Поліпи і субмукозні міоми слід видаляти шляхом гістероскопії.

Контрольні запитання

1. Які обов'язкові методи гінекологічного дослідження Ви знаєте?
2. На які особливості звертають увагу при огляді зовнішніх статевих органів, огляді шийки матки та піхви в дзеркалах, вагінальному та бімануальному дослідженні?
3. Які додаткові методи дослідження застосовують при обстеженні гінекологічних пацієнток?
4. Які особливості дослідження гормонального фону у гінекологічних пацієнток та їх діагностичне значення?
5. Які методи функціональної діагностики застосовуються в гінекологічній практиці та їх діагностичне значення?
6. Які особливості ультразвукової діагностики в гінекологічній практиці?
7. Які інструментальні методи дослідження застосовуються в гінекологічній практиці та їх діагностичне значення?
8. Які методи рентгенологічного дослідження застосовуються в гінекологічній практиці та їх діагностичне значення?
9. Які ендоскопічні методи дослідження застосовуються в гінекологічній практиці та їх діагностичне значення?

10. Які інструменти необхідні для проведення малих гінекологічних операцій?
11. Яка будова репродуктивної системи (рівні репродуктивної системи)?
12. Яке визначення менструального циклу? Яка тривалість менструального циклу та менструації в нормі?
13. Які особливості регуляції менструального циклу?
14. Які методи оцінки функціонального стану репродуктивної системи застосовуються в гінекологічній практиці (тести функціональної діагностики, гормональні проби, контроль овуляції)?
15. Які причини та патогенез розвитку порушень функції репродуктивної системи?
16. Яка класифікація порушень репродуктивної системи?
17. Яка класифікація аменореї?
18. Які додаткові методи обстеження застосовуються при аменореї?
19. Який патогенез, клініка, діагностика та лікування різних форм первинної аменореї?
20. Який патогенез, клініка, діагностика та лікування різних форм вторинної аменореї?
21. Яка класифікація АМК?
22. Які причини та патогенез АМК?
23. Яка клінічна картина та діагностика різних видів АМК?
24. Які методи лікування АМК?
25. Які показання та методи медикаментозного лікування застосовуються при різних формах АМК?
26. Які показання та сучасні методи хірургічного лікування АМК?
27. Яка профілактика порушень функції репродуктивної системи?

Література

1. Аномальні менструальні кровотечі. Настанова 00536. DUODECIM Medical Publications, 08.2018. <http://moz.gov.ua>.
2. Abnormal Uterine Bleeding / Frequently asked questions FAQ095 Gynecologic problems / ACOG, 2017.
3. Cooper NA, Clark TJ. Ambulatory hysteroscopy. The Obstetrician Gynaecologist . 2013;15:159–66.
4. Department of Reproductive Health, World Health Organization. Medical eligibility criteria for contraceptive use. Fifth edition – Executive Summary. Publication date: 2015. WHO reference number: WHO/RHR/15.07.
5. Endometrial cancer /American College of Obstetricians and Gynecologists, Society of Gynecologic Oncology. Practice Bulletin No. 149/ Obstet Gynecol 2015;125:1006– 26.
6. Furness S, Roberts H, Marjoribanks J, Lethaby A. Hormone therapy in postmenopausal women and risk of endometrial hyperplasia. Cochrane Database Syst Rev 2012;(8):CD000402.
7. Goodman NF, Cobin RH, Futterweit W et al. American Association of Clinical Endocrinologists, American College of Endocrinology, Androgen Excess and PCOS Society Disease State Clinical Review: Guide to the Best Practices in the Evaluation

and Treatment of Polycystic Ovary Syndrome. PCOS Best Practices, Endocr Pract 2015; 21 (11): 1291–300.

8. Heavy menstrual bleeding. Gynaecology by Ten Teachers. 20th Edition / edited by Helen Bickerstaff, Louise C Kenny. 2017. P. 90-98.

9. Kurman RJ, Carcangiu ML, Herrington CS, Young RH, editors. WHO Classification of Tumours of Female Reproductive Organs. 4th ed. [Lyon]: IARC; 2014.

10. Management of Endometrial Hyperplasia /Green-top Guideline No.67/ RCOG/BSGE Joint Guideline. February, 2016.

11. Munro MG, Critchley HOD, Brode MS, Fraser IS; for the FIGO Working Group on Menstrual Disorders. Intern. Special Communication. FIGO classification system(PALM-COEIN) for causes of abnormal uterine bleeding in nonpregnant women of reproductive age. J Gynecol Obstet 2011; 113: 3–13.

12. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health; National Institute for Health and Clinical Excellence. NICE guideline [NG88]. Heavy menstrual bleeding: assessment and management. March, 2018.

Тестові завдання

У пацієнтки 36 років, на профілактичному гінекологічному прийомі при огляді в дзеркалах виявлено деформацію шийки матки старими післяпологовими розривами. При кольпоскопічному обстеженні виявлена мозаїка I зона 12 годин (підозра на CIN). Яке обстеження необхідно для уточнення діагнозу?

- ~ Цитологія. Біопсія шийки матки. УЗД ОМТ
- ~ Пункція черевної порожнини через заднє склепіння піхви. Зондування матки
- ~ Аспіраційна біопсія
- ~ УЗД ОМТ
- ~ КТ ОМТ з контрастуванням

Яка підготовка необхідна для проведення трансабдомінального ультразвукового дослідження:

- ~ Наповнений сечовий міхур
- ~ Без наповненого сечового міхура
- ~ Підготовка не потрібна
- ~ Натще
- ~ Після очисної клізми

До рівнів репродуктивної системи відносять:

- ~ Всі відповіді вірні
- ~ Органи-мішені та яєчники
- ~ Аденогіпофіз та гіпофізотропна зона гіпоталамусу
- ~ Структури ЦНС

Тривалість менструального циклу в нормі складає:

- ~ 24-38 діб
- ~ 26-30 діб
- ~ 21-35 діб
- ~ 28 діб

В організмі жінки синтезуються наступні групи стероїдних гормонів

- ~ Естрогени, гестагени та андрогени
- ~ Естрогени
- ~ Гестогени
- ~ Естрогени та гестагени

Первинна аменорея спостерігається при:

- ~ Синдромі Рокітянського-Кюстнера
- ~ Синдромі Ашермана
- ~ Синдромі Шихана
- ~ Синдромі виснаження яєчників

Причиною вторинної маткової аменореї є:

- ~ Синдром Ашермана

- ~ Синдром Шихана
- ~ Синдром Рокітянського-Кюстнера
- ~ Всі відповіді вірні

Під час ановуляторних аномальних маткових кровотеч внаслідок персистенції або атрезії фолікулу гормональна рівновага зміщується в бік дефіциту?

- ~ Альдостерону
- ~ Естрадіолу
- ~ Кортизолу
- ~ Прогестерону

До лікаря звернулася пацієнтка, 19 років, зі скаргами на відсутність менструації. Із анамнезу: менструацій не було. При об'єктивному обстеженні звертає на себе увагу низький зріст, широка та коротка шия, шкірні складки, що йдуть від соскоподібного до акроміального відростку, низько розташовані вушні раковини. Відмічається виражений генітальний інфантилізм. Гонади у вигляді тонких сполучнотканинних тяжів. При генетичному обстеженні каріотип 45, X0. Яка форма аменореї ?

- ~ Первинна яєчникова аменорея. Дисгенезія гонад
- ~ Первинна маткова аменорея
- ~ Первинна аменорея. Несправжній чоловічий гермафродитизм (тестикулярна фемінізація, синдром Морріса)
- ~ Первинна аменорея. Аденогенітальний синдром

До дитячого гінеколога звернулася мати з дівчинкою, 14 років, з приводу відсутності менструацій у дівчинки. При об'єктивному обстеженні вторинні статеві

ознаки розвинені вірно. Зовнішні статеві органи сформовані за жіночим типом. При УЗД: матка та яєчники без особливостей. Яка тактика лікаря?

- ~ Встановити діагноз первинна аменорея. Призначити лікування
- ~ Встановити діагноз вторинна аменорея. Призначити лікування
- ~ В даному випадку лікування не потрібно. При відсутності менструацій після 16 років призначити додаткове обстеження з наступним лікуванням

- ~ Встановити діагноз первинна маткова аменорея. Призначити лікування

Пацієнтка, 32 роки, доставлена каретою швидкої допомоги в гінекологічне відділення зі скаргами на рясні кров'янисті виділення з піхви протягом 12 діб, загальну слабкість, порушений загальний стан. Загальний аналіз крові: гемоглобін

– 96 г/л; еритроцити – $2,76 \cdot 10^{12}/л$; ШОЕ – 15 мм/год, колірний показник – 0,8. При гінекологічному дослідженні виявлено збільшення матки як до 7-8 тижнів вагітності, матка щільна, бугриста за рахунок вузлів. Яка найбільш ймовірна

причина аномальної маткової кровотечі?

- ~ Системне захворювання крові
- ~ Самовільний викидень
- ~ Лейоміома матки
- ~ Синдром полікістозних яєчників

До лікаря звернулася пацієнтка, 19 років, зі скаргами на відсутність менструації. Із анамнезу: менструацій не було. При об'єктивному обстеженні: фенотип жіночий, вторинні статеві ознаки недорозвинені. Зовнішні статеві органи сформовані за жіночим типом. Визначається збільшений клітор, уrogenітальний синус. Гонади – неповноцінні тестикули. При генетичному обстеженні каріотип 46, ХУ. Яка тактика лікування?

- ~ Корекція зовнішніх статевих органів, замісна гормональна терапія чоловічим статевими гормонами
- ~ Вилучення неповноцінних гонад, корекція зовнішніх статевих органів, замісна гормональна терапія жіночими статевими гормонами
- ~ Корекція зовнішніх статевих органів, замісна гормональна терапія жіночим статевими гормонами
- ~ Психотерапія

У жінки 48 років з'явилися скарги на кровотечі з матки протягом останніх 6 міс (кожні 20 днів по 10 днів). Із анамнезу: одні фізіологічні пологи, один штучний аборт, контрацепція бар'єрна. Структурних змін жіночих статевих органів при попередньому дослідженні не виявлено. Виконані гістероскопія, кюретаж матки. Гістологічна картина – гіперплазія ендометрію без атипії. Яке лікування показано в даному випадку?

- ~ Екстирпація матки
- ~ Оральний прогестерон протягом 6 місяців
- ~ Надпихова ампутація матки
- ~ Естрогени з 5 до 15-го день менструального циклу

Пацієнтка, 37 років, скаржиться на відсутність менструацій протягом 1 року, безпліддя, приливи жару, підвищену пітливість. У минулому були нормальні менструації та 2 фізіологічних пологів. При гінекологічному обстеженні: гіпоплазія матки та яєчників. Відсутність фолікулярного апарату при ультразвуковому дослідженні. Різке підвищення концентрації ФСГ, ЛГ та зниження естрадіолу у плазмі крові. Яка лікувальна тактика?

- ~ Призначення препаратів, що стимулюють овуляцію
- ~ Замісна гормональна терапія до віку природної менопаузи, профілактика естрогендефіцитних станів. Для досягнення вагітності після 3-6 міс. підготовчої терапії препаратами ЗГТ застосовуються програма ЕКЗ з донацією ооцитів
- ~ Призначення антагоністів гонадотропних гормонів
- ~ Циклічна вітамінотерапія, седативна терапія

Ситуаційні задачі

1. Пацієнтці, 30 років, зі скаргами на рясні білого кольору виділення зі статевих шляхів, зуд, дискомфорт при статевому житті проведено мікроскопію уrogenітальних виділень. Заключення лікаря лаборанта: кількість лейкоцитів 40-50 у полі зору, виявлена невелика кількість паличок, значна кількість кокової флори.

Як оцінити результат мікроскопічного дослідження уrogenітальних виділень? Який ступінь чистоти піхви?

2. Пацієнтка, 51 рік, скаржиться на значні кров'яністі виділення з піхви протягом

15 днів після затримки менструації на 2,5 міс. Із анамнезу: порушення менструального циклу відмічає протягом року, турбує підвищена дратівливість, порушення сну. При УЗД ОМТ: розміри матки в нормі, додатки без патології, товщина ендометрію 14 мм.

Який додатковий метод обстеження необхідно виконати?

3. Пацієнтка, 28 років, поступила до гінекологічного відділення зі скаргами на рясні кров'яні виділення, які з'явилися на 10 днів раніше терміну менструації, що очікувала, на тлі стресової ситуації і продовжуються 2 тижня. Вагінальне дослідження: зовнішні статеві органи розвинуті правильно. Шийка матки – циліндричної форми, без видимої патології, зовнішнє вічко закрито. Тіло матки нормальних розмірів, безболісне, рухоме, щільної консистенції. Додатки нормальних розмірів, безболісні при пальпації з обох боків. Склепіння глибокі, параметрії вільні. Виділення з цервікального каналу – кров'яні, рясні.

Які методи дослідження потрібно провести для встановлення кінцевого діагнозу?

4. Жінка, 27 років, звернулась до лікаря акушера-гінеколога зі скаргами на нерегулярні менструації через 30-50 днів, відсутність вагітності. Вона не може завагітніти протягом 4 років. Об'єктивний стан задовільний; займається професійно спортом.

Які обстеження необхідно провести в даному випадку?

5. Жінка, 45 років, скаржиться на кровотечі зі статевих шляхів. Кров'яністі виділення спостерігаються через 20-22 дні по 10 днів.

Які обстеження потрібно провести?

6. На прийом до лікаря акушера-гінеколога звернулась жінка, 25 років, зі скаргами на відсутність менструації. 6 місяців тому фізіологічні пологи. Жінка годує груддю дитину. Гінекологічний анамнез: до вагітності та пологів менструації з 12 років, регулярні по 5 днів через 28-30 днів.

Який попередній діагноз? Яка тактика лікаря в даному випадку?

7. Пацієнтка, 39 років, звернулася до лікаря акушера-гінеколога зі скаргами на помірні кров'янисті виділення зі статевих шляхів, які тривають 12 днів. Вище- перераховані скарги відмічаються протягом останніх 6 менструальних циклів. При вагінальному обстеженні встановлено, що матка нормальних розмірів, щільна, безболісна, рухома. Шийка матки без видимої патології. Придатки матки не визначаються. Параметрії вільні, склепіння глибокі.

Який ймовірний діагноз? Які додаткові методи дослідження необхідні для встановлення кінцевого діагнозу?

8. До стаціонару госпіталізовано дівчинку 13 років зі скаргами на сильні болі внизу живота, які з'явилися без видимої причини та поступово посилюються. З анамнезу: менструації відсутні, послідовність розвитку вторинних статевих ознак не порушувалась. При об'єктивному обстеженні виявляється випинаюча дівоча перетинка пурпурно-червоного кольору. Під час ректального дослідження: матка та додатки чітко не контуруються через різку болючість. При УЗД (трансабдомінальним датчиком): тіло матки 57×54×48 мм, порожнина матки розширена до 30 мм за рахунок ехо-негативного вмісту, ехо-структура яєчників без особливостей.

9. До лікаря акушера-гінеколога звернулася пацієнтка, 19 років, зі скаргами на відсутність менструацій. Із анамнезу: менструацій не було. При об'єктивному обстеженні: фенотип жіночий, вторинні статеві ознаки недорозвинені, зовнішні статеві органи розвинені за жіночим типом. При генетичному обстеженні каріотип 46,XY.

Який попередній діагноз? Яке додаткове обстеження необхідне для його підтвердження?

ТЕМА: «НЕЙРОЕНДОКРИННІ СИНДРОМИ В ГІНЕКОЛОГІЇ».

I. Науково-методичне обґрунтування теми

Гормональна і репродуктивна функція жіночого організму контролюється складною за організацією нейроендокринною системою, у складі якої гіпоталамус, гіпофіз, периферичні залози внутрішньої секреції. Нейроендокринна система належить до категорії функціональних суперсистем і діє вона за принципами зворотної аферентації. В основу роботи закладений ієрархічний принцип організації: гіпоталамус через релізінг гормони регулює секрецію тропних гормонів гіпофізу, а через них периферичні ендокринні залози (яєчники, щитовидну залозу, наднирникові залози) Порухення у цій системі при нейроендокринних синдромі призводить до складної патогенетичної патології, яка в свою чергу веде до суттєвих змін не лише в жіночій статевій сфері, а і у всьому організмі в цілому.

II. Навчально-виховні цілі

Для формування умінь студент повинен **знати**:

- 1) класифікацію нейроендокринних синдромів;
- 2) етіологію, патогенез нейроендокринних синдромів;
- клініку нейроендокринних синдромів;
- 4) методи діагностики і диференційної діагностики, лікування та реабілітації нейроендокринних синдромів.

В результаті проведення практичного заняття студент повинен **уміти**:

- 1) вибрати зі скарг та анамнезу дані, що відображають наявність нейроендокринних синдромів;
- 2) провести об'єктивне гінекологічне дослідження хворої з нейроендокринним синдромом;
- 3) скласти план обстеження хворої для постановки діагнозу нейроендокринного синдрому;
- 4) оцінити та інтерпретувати результати обстеження хворої з нейроендокринним синдромом;
- 5) провести диференційну діагностику;
- 6) скласти і обґрунтувати план індивідуального лікування та реабілітації хворої;
- 7) виписати рецепти лікарських середників, що застосовуються при лікуванні нейроендокринних синдромів;
- 8) провести експертизу непрацездатності та визначитися з профілактичними заходами.

III. Базові знання

1. Анатомія залоз внутрішньої секреції, внутрішніх жіночих статевих органів.
2. Фізіологічний перебіг та гормональна регуляція менструального циклу.
3. Зміни в яєчнику та слизовій матки при менструальному циклі.
4. Патогенез розвитку порушень менструального циклу.
5. Симптоматика та клініка нейроендокринних синдромів.
6. Збір загального та гінекологічного анамнезу.
7. Методи загального обстеження хворої по органах та системах.
8. Методи дослідження в гінекології.
9. Читання та інтерпретація результатів клінічних та біохімічних досліджень крові, сечі.
10. Процеси регуляції менструального циклу;
11. Взаємозв'язок основних залоз внутрішньої секреції (гіпоталамус, гіпофіз,

щитовидна залоза, яєчники);

12. Методи функціональної діагностики порушень менструальної функції;

IV. Зміст навчального матеріалу

Діагностика та лікування хворих з ендокринною патологією досить складна через різноманітність причин, локалізації патологічного процесу, клінічних проявів синдромів, що виявляються в порушенні менструальної, репродуктивної функцій, зміні функції вегетативної, судинної, ендокринної систем, обміну речовин та трофіки.

Встановлено, що морфо-функціональні зміни в яєчниках та зв'язані з цим процесом продукція гормонів, а також морфологічні трансформації ендометрію регулюються гонадотропними гормонами, що виробляються і базофільними клітинами аденогіпофізу. Нейроендокринні гінекологічні синдроми мають спільний патогенез - порушення гіпоталамо-гіпофізарної системи, як важливого ланцюга в регуляції специфічних функцій організму. Але кожний з них характеризується превалюванням симптомів, які визначають специфічні прояви синдрому.

Гормональна і репродуктивна функція жіночого організму

контролюється складною за організацією нейроендокринною системою, у складі якої: гіпоталамус, гіпофіз, периферичні залози внутрішньої секреції. Нейроендокринна система належить до категорії функціональних суперсистем і діє вона за принципами зворотної аферентації. В основу роботи закладений ієрархічний принцип організації: гіпоталамус через релізінг гормони регулює секрецію тропних гормонів гіпофізу, а через них – периферичні ендокринні залози (яєчники, щитовидну залозу, наднирникові залози). Порушення у цій системі призводить до складної патогенетичної патології, яка, в свою чергу, веде до суттєвих змін не лише в жіночій статевій сфері, а і в усьому організмі в цілому.

Нейроендокринні гінекологічні синдроми – порушення гіпоталамо-гіпофізарної системи, як важливого ланцюга в регуляції специфічних функцій організму. Кожний з цих синдромів характеризується превалюванням симптомів, які визначають специфічні прояви синдрому. Діагностика та лікування хворих з ендокринною патологією досить складна через різноманітність причин, локалізації патологічного процесу, клінічних проявів синдромів, що виявляються в порушенні менструальної, репродуктивної функцій, зміні функції вегетативної, судинної, ендокринної систем, обміну речовин та трофіки.

Передменструальний синдром (ПМС)

Передменструальні розлади - це складний патологічний симптомокомплекс, який проявляється у нервово-психічних, вегето-судинних та обмінно-ендокринних порушеннях, під впливом несприятливих екзо- чи ендогенних факторів на тлі набутої або вродженої лабільності гіпоталамо-гіпофізарно-оваріальної системи. Зустрічається передменструальний синдром у 25-30% здорових жінок в легкій формі та до 50% при наявності супутньої соматичної патології.

Етіологія та патогенез Передменструальний синдром вперше описав у 1931 році А. Frank. Існує декілька теорій виникнення синдрому: гормональна, теорія водної інтоксикації, алергічна, теорія порушення функціонального стану вегетативної нервової системи. На теперішній час вважається, що

передменструальний синдром виникає внаслідок:

- порушення обміну нейропептидів у ЦНС (опіоїди, серотонін, дофамін, норадреналін та інші) та пов'язаних з ними периферичниминейроендокринними процесами.

- прогестеронової недостатності, яка спостерігається при передменструальному синдромі, може бути вторинною та призводить до гіперальдостеронізму, гіпернатріємії, що, в свою чергу, сприяє затримці рідини у 2-гу фазу циклу. Внаслідок цього з'являються набряки обличчя, збільшення маси тіла на 1-2 кг, зменшення діурезу.

- порушенням синтезу і метаболізму простагландинів, цим пояснюють виникнення таких симптомів як: нудота, блювота, метеоризм, понос та інші. Простагландини відповідають також за прояв різних вегетативно-судинних реакцій.

В останні роки значну роль відводять пролактину в патогенезі передменструального синдрому. Відомо, що пролактин являється модулятором дії багатьох гормонів, зокрема гормонів надниркових залоз. Цим пояснюється натрійзатримуючий ефект альдостерону та антидіуретичний ефект вазопресину.

Безпосередньою причиною виникнення синдрому можуть бути гострі та хронічні інфекційні захворювання, психічні травми, патологічні роди та аборти, запальні процеси геніталій.

Класифікація ПМС

1. За класифікацією МКХ-10 – передменструальний синдром- це біль та інші стани, які пов'язані з жіночими статевими органами та менструальним циклом.

2. За клінічною симптоматикою та вираженістю передменструальних розладів (за наказом МОЗ України №676):

- передменструальні симптоми
- власне передменструальний синдром;
- передменструальні дисфоричні розлади;
- передменструальна магіфікація (обтяження або загострення наявних соматичних захворювань у передменструальний період).

3. За ступенем тяжкості:

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

4. За стадіями розвитку ПМС:

- компенсована стадія – поява симптомів ПМС під час лютеїнової фази менструального циклу (МЦ) та їх нівелювання з початком менструації, з часом його перебіг не прогресує.

- субкомпенсована стадія – перебіг захворювання з часом погіршується, симптоматика наростає, але припиняється по закінченню менструації.

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

Клініка ПМС:

1. Психопатологічні: емоційна лабільність, дратівливість, збудження, депресія, плаксивість, апатія, погіршення пам'яті, втомлюваність, слабкість, порушення сну, суїцидальні думки, відчуття страху, порушення лібідо, гіперчутливість до запахів.

2. Неврологічні симптоми: головний біль, запаморочення, дискоординація рухів, гіперестезія, збільшення частоти нападів епілепсії, кардіалгія, збільшення частоти нападів бронхіальної астми, явища вазомоторного риніту.

3. Порушення водно-електролітного балансу: периферичні набряки, збільшення маси тіла, масталгія, здуття живота, порушення діурезу, зміни питомої ваги сечі.

4. Гастроінтерстиціальні прояви: зміни апетиту, зміни смакових уподобань, нудота, блювання, метеоризм.

5. Шкірні прояви: вульгарні вугрі, зміни жирності шкіри, збільшення потовиділення, кропивниця, свербіж, гіперпігментація.

6. Кістково-м'язові прояви: біль у кістках, м'язах, суглобах, люмбалгія, зменшення м'язової сили.

7. Окремо виділяється передменструальну магніфікацію – обтяження або загострення наявних соматичних захворювань у передменструальний період (так звані атипові форми ПМС):

- вегето-дизоваріальна міокардіодистрофія.

- гіпертонічна офтальмоплегічна мігрень.

- гіперсомнічна хвороба.

- циклічні алергічні реакції (виразковий гінгівіт, стоматит, дерматит, бронхіальна астма, іридоцикліт.

Діагностика передменструального синдрому проводиться, згідно алгоритму, поетапно:

1. Перший етап діагностики включає виявлення циклічності маніфестації захворювання та його зв'язку з лютеїновою фазою МЦ. Ретельний збір анамнезу, метод самообстеження з впровадженням ведення щоденника пацієнткою.

2. Гормональні дослідження:

- визначення сироваткових концентрацій гормонів (ФСГ, ЛГ, пролактину, естрадіолу, прогестерону, загального та вільного тестостерону, ДГЕА-с)

- тести функціональної діагностики.

3. УЗД органів малого тазу (біометрія, стан фолікулогенезу, товщини та якості ендометрія, структури міометрія)

4. Допоміжні методи: ЕКГ, ЕЕГ, МРТ голови, УЗД щитовидної залози та молочних залоз, мамографія, антропометричні дослідження, вимірювання діурезу, екскреторної функції нирок.

Диференційна діагностика:

- з передменструальними симптомами: затримка рідини, периферичні набряки, збільшення маси тіла, посилення апетиту, дратівливість, набряклість молочних залоз.

- захворюваннями ЦНС;
- захворюваннями щитовидної залози;
- захворювання нирок.

Лікування передменструального синдрому включає медикаментозну та немедикаментозну терапію.

1. Немедикаментозна терапія:

- нормалізація режиму праці та відпочинку;
- психотерапія;
- дозові фізичні навантаження;
- фізіотерапія, масаж;
- з харчування виключити каву, шоколад, гострі та солоні страви;
- їжа повинна бути багата на вітаміни.

2. Медикаментозна терапія ПМС: підбирається та проводиться диференційовано відповідно до ступеня тяжкості та клінічного перебігу синдрому. Для лікування передменструального синдрому застосовується поєднання психотерапії, транквілізаторів, вітамінів (С, Е, В), діуретиків та статевих гормонів, електросон, голкорексфлексотерапія. Лікування проводять курсами по 3 цикли через 3-6 місяців.

3. При нейропсихічній, цефалгічній та кризових формах ПМС рекомендують препарати, які нормалізують нейромедіаторний обмін (перитол по 1 таб.* 4 мг у день, дифенін по 1 таб.* 100 мг два рази у день). Для покращення кровообігу в ЦНС ефективно – ноотропіл (1 капсула 3-4 рази в день, амінолон по 0,25 г протягом 2-3 тижнів). Для лікування масталгії назначають місцевопрожестожель. При недостатності другої фази з 16 по 25 дні призначають дюфастон, утрожестан по 10-20 мг в день. У випадках тяжких форм призначають агоністи гонадотропних рилізінг-гормонів (діферелін, золадекс) строком до 6-ти місяців. Враховуючи значну роль простагландинів в патогенезі ПМС, рекомендовано антипростагландинові препарати – напросин, індометацин. При алергічних реакціях призначають дімедрол, супрастин, тавегіл, кетотіфен за 10-12 днів до менструації. При наявності запальних захворювань, соматичної патології показано їх лікування.

Профілактика

- уникати стресових факторів та шкідливих звичок;
- нормалізація режиму праці та відпочинку;
- лікування хронічних запальних процесів;
- повноцінне харчування;
- корекція порушень оваріально-менструального циклу.

Клімактеричний синдром

Клімактерій (в перекладі з грец. – драбинка) – адаптація організму до нових умов проявляється інволюцією вищих нервових центрів і статевої системи з поступовим припиненням менструальної та генеративної функцій.

Клімакс настає в більшості випадків у 45-47 років та продовжується кілька років. Менопауза – це стійка відсутність менструації протягом 2 років, з незворотними гіпотрофічними змінами в статевій системі. Частота клімактеричного синдрому оцінюється в межах 25-50%, найчастіше зустрічається у жінок, які займаються розумовою працею. Тривалість клімактеричного періоду може бути 5-6 років, а іноді 10-15 років.

Етіологія та патогенез. В період клімактерію відбуваються помірні функціональні зсуви в центральній нервовій системі, що характеризуються в основному недостатністю коркового гальмування та деяким послабленням рухомості нервових процесів, підвищується збудливість гіпоталамічних центрів з побільшенням рилізінг-гормонів, в сітчастій речовині стовбурової частини мозку – явища активізації. Ці зміни призводять до порушення гонадотропної функції гіпофізу з наступним порушенням репродуктивної та менструальної функцій. Гормони ТТГ і ЛГ не виділяються гіпофізом, переважають ФСГ, СМТР з акромегалічною симптоматикою. В період менопаузи продовжується збільшення ФСГ і наднирникових гормонів (кортизол, альдостерон).

Класифікація

Клімактерій розподіляється на періоди:

- пременопаузальний – період порушень менструальної функції (від появи змін циклу до настання менопаузи);
 - менопаузальний – період після останньої спонтанної менструації;
 - рання постменопауза – триває 1-2 роки після останньої менструації;
 - пізня постменопауза – починається після завершення перименопаузи та продовжується до кінця життя жінки. Протягом 3-5 років після настання менопаузи продовжується гормональна функція яєчників, а в перші 2-3 роки можуть дозрівати фолікули

Патологічний клімактерій

- ранній – до 40 років
- пізній – після 50 років.

За характером змін гормонального стану жінки період клімактерію поділяють

на чотири фази:

I фаза – гіполютеїнова, під час якої ще зберігається овуляція, але відмічається недостатність жовтого тіла яєчника.

II фаза – гіперфолікулярна, під час якої виникають ановуляторні менструальні цикли з підвищеною продукцією естрогенів.

III фаза – гіпергонадотропна, коли знижується кількість та чутливість естрогенчутливих рецепторів, фолікули втрачають здатність дозрівати та рано атрофуються, збільшується продукція гонадотропнів.

IV фаза – афолікулярна, повністю зупиняються функція яєчників, знижується рівень гонадотропнів.

- За ступенем важкості поділяють: легкий ступінь важкості – якщо "приливи" до 10 разів на добу, при непорушеному загальному стані та працездатності;
- середньої важкості – "приливи" до 10-20 разів на добу, з іншими вираженими симптомами, такими як: головний біль, запаморочення, біль в області серця, погіршення самопочуття та працездатності;
- важкий перебіг клімаксу – "приливи" більше 20 разів на добу та інші симптоми, які призводять до значної або повної втрати працездатності.

Клініка

1. Вегетативні та психоемоційні симптоми:

- раптові "приливи", тривалістю від 30 секунд до 1-2 хвилини, що супроводжуються інтенсивною гіперемією шкіри обличчя;
 - посилення потовиділення, затруднення дихання;
 - плаксивість та дратівливість;
 - парестезії, свербіж, метеоризм, закрепи;
 - депресії, поганий настрій, незадоволення життям, працею;
 - швидка втомлюваність, погіршення пам'яті;
 - головний біль, запаморочення;
 - безсоння, погіршення сну;
 - страх, неспокій, боязливість;
 - миготіння іскор перед очима.

2. Соматичні розлади:

- порушення діяльності серцево-судинної системи (серцебиття, біль в області серця, підвищення АТ, ішемічна хвороба серця, стенокардія, міокардіодістрофія);
 - атеросклероз, гіперхолестеринемія;
 - біль в суглобах ревматичного характеру;
 - збільшення маси тіла;
 - остеопороз;

- -випадіння волосся, ламкість волосся, ламкість нігтів, поява пігментних плям;
- порушення жирового обміну;
- надлишкове оволосіння, себорея, алопеці
- 3. Урогенітальні симптоми:
 - порушенням менструальної функції, аменорея;
 - зниження лібідо;
 - сухість та свербіж вульви та промежини;
 - рецидивуючи інфекції статевих шляхів (бактеріальний вагіноз, атрофічний вагініт, урогенітальний вагіноз);
 - диспареунія;
 - -хронічний цистит, цисталгія;
 - -часте сечовипускання (поллакіурія), цистопатія, інколи ніктурія;
 - -опущення та випадіння стінок піхви, матки.
 - Гормональний дисбаланс в клімактеричному періоді призводить до алергічних реакцій на естрогенні гормони, рідше на прогестерон, проявляється приступами астматичного характеру, судинними порушеннями, шкірними реакціями кон'юнктивітом.

Діагностика:

- оцінка симптоматичних проявів клімактеричного синдрому;
- проведення лабораторних обстежень: загальний аналіз крові, визначення глюкози крові, біохімічні показники крові, коагулограма;
 - визначення рівнів гормонів крові (ФСГ, ЛГ, естрадіолу, прогестерону);
 - ЕКГ;
 - -трансвагінальне УЗД;
 - -визначення рецепторів естрогенів (РЕ) та прогестерону (РП);
 - -консультація невропатолога, кардіолога, ендокринолога, уролога, ортопеда;
 - -діагностика остеопорозу (рентгенографія, денситометрія, біохімічні маркери кістного ремоделювання, визначення іонізованого Са 2+ та фосфору в крові та екскреції кальцію в сечі).

Диференційна діагностика:

- з захворюваннями серцево-судинної системи;
- захворюваннями нервової системи;
- аутоімунними захворюваннями;
- захворюваннями ЦНС.

Лікування:

- загальноукріплююче лікування: гігієнічний режим (дієта, водні процедури, хвойні ванни, повітря; психотерапія).

- фізичні методи лікування: ранкова гімнастика по 15-20 хвилин, лікувальна гімнастика 3 рази на тиждень по 30-40 хвилин, масаж; анодична гальванізація головного мозку, шийно-лицьова або інтраназальна іоногальванізація, гальванічний комір з новокаїном, хлористим кальцієм, бромом, сірчанокислим магнієм (15-20 сеансів по 15 хвилин; імпульсні струми за методом електроанальгезії (апарат електросон-2, 3 і електроноаркон-1 кожні 1-2 дні від 30 до 60 хвилин, всього 8-12-15 процедур; голкорексфлексотерапія; бальнеотерапія (соляно-лужні, хвойні ванни).

- вітамінотерапія: вітамін А по 30-40 мг 3-4 рази на добу протягом 3-тижнів, вітамін В₁ по 10-20 мг щодня 2-3 тижні, аскорбінова кислота 600-1000 мг протягом 2-3 тижнів, вітамін Е по 100-300 мг на добу 6-8 тижнів.

- гормонотерапія: замісна гормонотерапія (ЗГТ) в лікуванні клімактеричного синдрому є патогенетичною і має бути основою лікувально-профілактичних комплексів, звичайно за умови відсутності протипоказань до її застосування. Європейською погоджувальною конференцією з проблем менопаузи (Швейцарія, 1996) визначені показання та протипоказання до застосування ЗГТ. Абсолютні протипоказання до призначення естрогенів:

- рак молочної залози в анамнезі;
- тяжкі розлади функції печінки;
- порфірія;
- рак ендометрію в анамнезі.

Абсолютні протипоказання до призначення гестагенів є лише одне захворювання:

- менінгіома.

Гестагенні препарати, які використовуються для лікування клімактеричного синдрому розподіляють на 3 групи: похідні 17-ОН - прогестерону (входять до складу: клімену, дівіни, дівітрена, фемостона та інших), похідні 19-нортестостерону (входять до складу: клімонорму, циклопрогінова, кліогесту та інших) та натуральний прогестерон (дюфастон, утрожестан). ЗГТ проводиться у різних режимах залежно від віку пацієток та форми клімактерію.

Профілактика:

- нормалізація психоемоційного стану;
- вчасне виявлення та лікування екстрагенітальної патології;
- корекція порушень менструального циклу.

Синдром полікістозних яєчників (СПКЯ)

Ця патологія характеризується ендокринними, метаболічними порушеннями, розвитком гіперглікемії, дисліпідемії, гіпертензії та пов'язаних з ними

інсулінзалежного цукрового діабету та захворювань серцево-судинної системи. В основі СПКЯ – патологія структури та функції яєчників на фоні нейрообмінних порушень.

Відрізняють первинний полікістоз яєчників, або хворобу полікістозних яєчників (синдром Штейна-Левенталя) та вторинний полікістоз яєчників або синдром полікістозних яєчників. Історії вивчення даної патології більше 100 років. В 1935 році Штейн і Левенталь описали своєрідний симптомокомплекс, який характеризується тріадою: неплідність, гірсутизм, ожиріння при наявності кістознозмінених яєчників. Синдром полікістозних яєчників складає 1,4-2,8% від всіх гінекологічних захворювань, а серед неплідних жінок 4,3%.

Етіологія і патогенез:

- порушення цирхоральної секреції ГнРГ гіпоталамуса у пубертатному періоді в результаті дії генетичних або інфекційно-токсичних факторів, що призводить до збільшення секреції ЛГ при зменшенні виділення ФСГ;
- синтез інгібіну у незрілих фолікулах яєчників, який гальмує виділення ФСГ; генетична резистентність до інсуліну, внаслідок чого виникає гіперінсулінемія, що пов'язано порушеннями на пострецепторному рівні (порушення аутофосфорилування інсулінового рецептору), інсулінрезистентність призводить до розвитку ожиріння;
- гіперінсулінемія визиває розвиток гіперандрогенемії, збільшується рівень вільного тестостерону;
- підвищення синтезу інсуліноподібного фактору росту стимулює продукцію тестостерона тека-інтерстінціальними та стромальними клітинами яєчника;
- гіперандрогенемія, яка призводить до атрезії фолікулів та гіперплазії строми яєчників, з розвитком хронічної ановуляції;
- зменшення виділення ФСГ та збільшення ЛГ пригнічує синтез ароматаз, в результаті чого зменшується синтез естрогенів в яєчниках.
- генетичні, перинатальні, психогенні, ендокринні фактори, які пов'язують з ферментативними дефектами в яєчниках, порушенням синтезу прогестерону з прегненалону, недостатність секреції естрогенів і прогестерону

Класифікація.

I форма – СПКЯ типова (яєчникова) характеризується порушенням менструальної функції різного характеру: аменореєю (первинною чи вторинною), гіпоменструальним синдромом, ациклічними матковими кровотечами. Ці порушення можуть з'являтися у період менархе чи після нього.

II форма – СПКЯ на фоні наднирникової недостатності супроводжується адреногенітальним синдромом, порушенням менструацій по типу опсоменореї або аменореї, без дисфункціональних кровотеч, з вираженим гірсутизмом і елементами вірілізму (збільшення клітора, гіпоплазія матки), гіпоплазією або атрофією ендометрію.

III форма – СПКЯ з нейрообмінними порушеннями гіпоталамо-гіпофізарного генезу проявляється ожирінням (найчастіше післяпологовим), помірним гірсутизмом, артеріальною гіпертензією, підвищенням функції кори

наднирникових залоз, порушенням менструальної функції по типу

дисфункціональних маткових кровотеч. При цій формі спостерігається побільшення яєчників і матки, в ендометрії - гіперплазія, а в деяких випадках - атипова гіперплазія.

Клініка:

- дієцефальні (гіпоталамічні) порушення: нейроциркуляторна дистонія по гіпертонічному типу, підвищення апетиту, полідіпсія, розлади сну, плаксивість, дратівливість;

- ожиріння III-IV ступеню, на шкірі з'являються стрії, посилюється пігментація шкірних складок;

- менструальна функція порушується з менархе, менструальний цикл нестійкий (21-36 днів), у подальшому розвивається олігоменорея, дисфункціональні маткові кровотечі на фоні гіперпластичних процесів у ендометрії;

- непліддя (ановуляторне);

- гіпертрихоз має помірний характер та розвивається на фоні ожиріння та олігоменореї;

- двостороннє збільшення яєчників, наявність фолікулярних кіст, гладка поверхня яєчників з щільною капсулою.

Діагностика:

- анамнез хворої;

- гінекологічний анамнез (порушення менструального циклу та ановуляція, менархе);

- гінекологічне обстеження : об'єктивно наявність гірсутизму, acanthosis nigricans, гіперпігментація, стрії;

- визначення рівня гормонів крові: характерно підвищення ЛГ при зменшенні ФСГ, підвищення рівня вільного тестостерону;

- помірне підвищення рівня 17- ОКС та 17- КС у сечі;

- визначення рівня глюкози, тест на визначення порушення толерантності до глюкози, для СПКЯ характерно зниження чутливості до інсуліну;

- визначення ліпідного обміну, до факторів ризику відносяться: дисліпопротеїнемія, підвищення індексу маси тіла, гіперінсулінемія, підвищення рівня тригліцеридів та загального холестерину, зниження ліпопротеїнів високої щільності;

- УЗД органів малого тазу (розміри та структура яєчників). Критеріями полікістозу яєчників вважають двостороннє збільшення розмірів та об'єму яєчників (більше 12 см³), а також більше 10 ехонегативних включень діаметром від 2-х до 8 мм;

- комп'ютерна томографія яєчників;

- лапароскопія;

- визначення гіперандрогенемії;

- проби з дексаметазоном.

Диференційна діагностика:

- з адреногенітальним синдромом;
- хворобою Іценка-Кушинга;
- гіперплазією наднирників.

Лікування:

гормональна терапія – застосування оральних комбінованих контрацептивів останнього покоління, які не мають андрогенної дії (фемоден, логест) направлено на збільшення концентрації естрогенів, зниження рівня андрогенів, а також захисту ендометрію, так як в умовах ановуляції та гіперандрогенії велика вірогідність розвитку гіперплазії ендометрію.

- Враховуючи наявність гіперандрогенії, препаратом вибору у пацієток з СПКЯ являється етинилестрадіол у комбінації з ципротерон-ацетатом. Ципротерона-ацетат являється прогестагеном (похідним 17 α -гідроксіпрогестероном), який призводить до зменшення продукції тестостерону яєчниками. Паралельно призначають препарат, який підвищує чутливість периферичних тканин до інсуліну. Таким являється метформін – з класу бігуанідів, він покращує утилізацію глюкози в печінці, м'язах та жирових тканинах. Препарат призначають по 1000-1500 мг на добу, протягом 6-7 місяців під контролем глюкозо-толерантного тесту.

- хірургічний метод - застосовують термо- та електрокаутеризацію яєчників, лазеропунктуру під час лапароскопії. Після оперативного лікування менструальний цикл відновлюється в 95% випадків, репродуктивна функція - у 85% жінок.

Профілактика – першочергове завдання для пацієнтки з СПКЯ та ожирінням являється зниження маси тіла, що є природним методом підвищення чутливості до інсуліну.

Синдром Шихана

Синдром післяпологового гіпопітуїтаризму описав в 1937 році Шихан, дослідивши масивну кровотечу під час пологів.

Етіопатогенез – синдром розвивається після масивної крововтрати, коли відбувається сповільнення кровотоку (циркуляційний колапс) з глибоким розладом кровообігу дієнцефально-гіпофізарної ділянки внаслідок ішемії, асептичного тромбозу судин гіпофізу, а далі його некрозу з загибеллю переважно передньої долі з випадінням гонадотропних гормонів. Недостатність аденгогіпофіза може бути внаслідок емболії та тромбозу судин гіпофізу, пухлини, травми, інфекційних процесів в гіпофізі та гіпоталамусі.

Клініка проявляється недостатністю наднирникових залоз (слабкість, адинамія, анорексія, нудота, блювота, зниження тиску, приступи гіпоглікемії), відсутністю лактації, атрофією молочних залоз, недостатністю щитоподібної залози та яєчників, випадінням волосся. У важких випадках розвивається нецукровий діабет, порушення терморегуляції, вегетативні розлади, схуднення до кахексії, психічні порушення.

Діагностика:

- анамнез хворої;

- визначення рівнів гормонів крові (ФСГ, ЛГ, ТТГ, АКТГ)

оцінка функціонального стану гіпофіза.

Лікування.

Проводиться замісна терапія кортикостероїдами, тиреоїдними, статевими гормонами, анаболіти (неробол), кортизон-ацетат, преднізолон, гідрокортизон, тиреоїдин, циклічно статеві гормони.

Профілактика полягає у попередженні та своєчасному лікуванні кровотеч, септичних станів.

Адреногенітальний синдром (АГС)

Ця патологія виникає внаслідок вродженої гіперплазії наднирників, характеризується появою вірилізації надниркового генезу.

Етіопатогенез – захворювання є спадковим і зумовлене недостатністю ферментних систем, які контролюють синтез глюкокортикоїдів в корі надниркових залоз. До найчастіших дефектів відносять недостатність 21-гідроксилази, 11 β – гідроксилази, 3 β – олдегідрогенази. Недостатність 21-гідроксилази присутня у 90% усіх випадків вродженої гіперплазії наднирників.

Класифікація – виділяють три клінічні форми недостатності 21-гідроксилази: вроджену, постнатальну і постпубертатну.

Клініка

1. Класична недостатність 21-гідроксилази з втратою солей (вроджена) супроводжується посиленням фізичного та статевого розвитку за чоловічим типом, прискоренням кісткового віку, вірилізацією статевих органів у дівчаток, гіперпігментацією шкіри зовнішніх статевих органах, білої лінії живота, навколо пупка та сосків. Зовнішні статеві органи у новонароджених дівчаток (генотип XX) мають подвійний характер. Збільшений клітор та наявність губокаліткового зрощення можуть помилково визначати чоловічу стать (генотип XY). При вираженій вірилізації зовнішніх статевих органів у дівчаток (IV-V ступінь) виникає необхідність визначення генетичної статі (каріотипування). Протягом перших 2-4 тижнів життя у таких дівчаток розвиваються гіповолемія, блювання, дегідратація шкіри і шок.

Проста вірилізуюча недостатність 21-гідроксилази (постнатальна) проявляється у період пубертату, у дівчаток бісексуальний розвиток статевих органів, прискорений ріст та фізичний розвиток. Прискорення кісткового віку. Дівчатка невеликого зросту, непропорційної будови, широкоплечі, з вузьким тазом, короткими кінцівками, підшкірно-жирова клітковина зменшена, м'язи тіла гіпертрофовані розвивається маскулінізація фігури, гіперпігментація шкіри промежини, навколо пупка та сосків.

1. Некласична недостатність 21-гідроксилази (постпубертатна або набута) звично виникає у підлітків та дорослих. Виникають симптоми надлишку андрогенів (нерегулярні менструації, гірсутизм, acne vulgaris).

Недостатність 11-гідроксилази складає 5% вродженої форми гіперплазії

наднирників. Надлишкова секреція дезоксикортикостерону, який має мінералокортикоїдну активність, призводить до гіпертензії та гіпокаліємії у більшості хворих. Виникає загальна вірилізація, збільшення темпу росту та кісткового віку, стійка гіпертензія та пов'язані з нею порушення з боку серцево-судинної системи. Ступінь гіпертензії залежить від тяжкості захворювання. Можливі прояви гіпертензивного нефросклерозу, спазму судин сітківки.

Діагностика

Лабораторні-діагностичні показники вродженої форми АГС : гіпонатріємія, гіпокаліємія, ацидоз, гіпокаліємія, значно підвищений рівень 17-гідроксипрогестерона у крові.

Лабораторні діагностичні показники постнатальної форми АГС: підвищена концентрація 17-гідроксипрогестерону у сироватці крові.

Лабораторні діагностичні показники пост пубертатної форми АГС: базальний рівень секреції 17-гідроксипрогестерону помірно підвищений. Діагностичне значуще значне підвищення концентрації 17-гідроксипрогестерону у сироватці крові після введення АКТГ.

При АГС пов'язаному з недостатністю фермента 11-гідроксилази характерний зокрема підвищений рівень 11-дезоксикортизола і дезоксикортикостерона у сироватці крові або їх тетрагідрометаболітів (17-кетостероїдів) у сечі. Рівень андростендіона та тестостерона підвищений, зменшений рівень ренину та альдостерону у сироватці крові. При легкій неklasичній формі АГС біохімічні зміни виявляють після стимуляції АКТГ.

Диференційна діагностика:

- СПКЯ;
- інші гіперандрогенні стани пов'язані з підвищеною чутливістю тканин до андрогенів;
- стромальний гіпертекоз яєчників.

Лікування

- проводять з урахуванням віку хворої, анатомічних змін надниркових залоз. Застосовують преднізолон або дексаметазон протягом одного року і більше.

Посткастраційний синдром (ПКС)

Комплекс вегето-судинних, психоемоційних та обмінно-ендокринних розладів, виникаючих після тотальної або субтотальної овариєктомії в поєднанні з видаленням матки або без її видалення, називають посткастраційним синдромом. ПКС - спостерігається у 60-80% прооперованих жінок у зв'язку з пухлинами матки, додатків матки та гнійними тубооваріальними утвореннями.

Етіопатогенез

ПКС виникає тільки після видалення яєчників – тотальна або субтотальна кастрація. На відміну від природної менопаузи, при якій вгасання функції

яєчників проходить повільно на протязі декілька років, при ПКС виникає раптове, різке вимкнення стероїдогенної функції яєчників.

Клініка

Посткастраційний синдром виникає через 2-3 доби після оварієктомії і досягає повного розвитку через 2-3 місяці та більше. Спочатку переважають нейровегетативні та психоемоційні порушення (40-60%). На другому місці урогенітальні розлади та ураження шкіри (30-50%), пізні обмінні порушення (25-40%) - остеопороз та серцево-судинні захворювання і дуже пізні порушення (5-12%) – хвороба Ацгеймера.

Діагностика.

Діагноз ставиться згідно даних анамнезу та клінічної картини.

Диференційна діагностика:

- клімактеричний синдром.

Замісна гормональна терапія в лікуванні ПКС є патогенетичною (замінює продукти секреції видалених органів) і має бути основною за умови відсутності протипоказань до її застосування.

Мета лікування – досягти усунення вегето-судинних, психоемоційних та урогенітальних симптомів у післяопераційному періоді, і головне

забезпечити профілактику віддалених наслідків втрати естрогенів (серцево-судинних захворювань, остеопорозу, хвороби Альцгеймера).

Існує два варіанти тривалості призначеної замісної гормональної

терапії:

1. Спрямований лише на усунення ранніх симптомів ПКС, тривалістю 3-6 місяців, з повторенням таких курсів.

2. Тривале лікування спрямоване на захист кісткової системи, судин мозку, при якому ЗГТ застосовують 5 і більше років.

Шляхи введення гормональних препаратів з метою ЗГТ: пероральний, трансдермальний, вагінальний, імплантаційний, аерозоль.

Гестагенні препарати, які використовують для лікування ПКС розподіляють на три групи: похідні 17ОН-прогестерону, похідні 19- нортестостерону та натуральний прогестерон.

Монотерапія естрогенами рекомендується тільки після гістероварієктомії. Якщо гістероварієктомія була виконана в зв'язку з ендометріозом, тоді призначають препарати, які не дають кровотечі відновлення (кліогест, лівіал). Естрогени назначають курсами по 3-4 тижні з 5-7 денними перервами, раз на три місяці – 10 днів натуральний прогестерон (дюфастон, утрожестан).

Профілактика ускладнень – проводити контроль стану молочних залоз (УЗД, мамографія), ендометрія, артеріального тиску, дослідження факторів коагуляції

усім жінкам, яким призначено замісну гормональну терапію. Перший контроль через 1 місяць після операції, другий - через 3 місяці далі кожні 6 місяців.

Синдром Форбса-Олбрайта

Ця патологія виникає при пухлинах або гіперфункції гіпофізу. Проявляється аменореєю і галактореєю, яка не пов'язана з пологами, на відміну

від синдрому Кіарі-Фроммеля. Часто поєднується з ожирінням, гігантизмом, в основному за рахунок кінцівок, актомехалізмом та гірсутизмом. Лікування проводиться хірургічним шляхом або променевою терапією.

Синдром Кіарі-Фроммеля Синдром персистуючої лактації і аменореї, пов'язаний з повільним розвитком доброякісної пухлини гіпофізу або гіпоталамусу. Існує думка про підвищене продукування пролактину внаслідок ураження центрів гіпоталамусу. Захворювання проявляється частіше після родів. Порушується менструальний цикл, розвивається аменорея, одночасно виникає персистуюча лактація. В деяких випадках ці дві ознаки (аменорея і галакторея) довгий час є єдиними проявами захворювання. В інших випадках швидко виникають такі порушення як гірсутизм, ожиріння або виснаження, нецукровий діабет.

Синдром слід відрізнити від інших форм патологічної лактації (при неенцефальних синдромах, запальних процесах в молочних залозах), а також від довготривалої лактації при годуванні дитини грудьми. Аналогічний симптомокомплекс спостерігається при синдромі Форбса-Олбрайта, який виникає у молодих жінок і дівчат, які не родили.

З лікувальною метою застосовують естрогени, агоністи дофаміну (бромкріптин, парлодел, достинекс). При прогресуючому перебігу захворювання показана променева терапія або оперативне втручання.

V. План організації заняття

1. Організаційний момент	2%	навчального часу
2. Мотивація теми	3%	"-
3. Контроль вихідного рівня знань	20%	"-
4. Самостійна робота студентів під керівництвом викладача	35%	"-
5. Контроль остаточного рівня знань	20%	"-
6. Оцінка знань студентів	15%	"-
7. Підведення підсумків, завдання додому	5%	"-

VI. Основні етапи заняття

А. Підготовчий етап - на початку заняття викладач повинен розкрити актуальність теми, сформулювати основну мету та завдання заняття, провести контроль вихідного рівня знань (кожен студент відповідає на контрольне запитання). Студентам видають завдання для самостійної роботи.

Б. Основний етап - самостійна робота студентів під керівництвом викладача

Види самостійної роботи студентів:

- 1) робота з літературою при низькому вихідному рівні знань;
- 2) збір анамнезу у однієї хворої;

3) дослідження хворої за допомогою основних гінекологічних методів (огляд зовнішніх статевих органів, огляд шийки матки в дзеркалах, бімануальне піхвове дослідження);

- 4) вивчення даних лабораторних показників;
- 5) побудова плану додаткового обстеження;
- 6) проведення диференційного діагнозу;
- 7) побудова плану лікування хворої;
- 8) експертиза непрацездатності хворої;
- 9) побудова плану реабілітації хворої.

Вказані види самостійної роботи розподіляються між 4-5 студентами і виконуються у 2-3 хворих (див. методичне забезпечення).

В. Заключний етап - контроль кінцевого рівня засвоєння матеріалу здійснюється шляхом вирішення студентами ситуаційних завдань, усних доповідей про проведену роботу. В кінці заняття проводиться оцінка роботи кожного студента, узагальнення, зауваження викладача по ходу заняття з оцінкою знань студентами питань деонтології. Оговорюється завдання додому.

V II. Методичне забезпечення

Місце проведення: гінекологічне відділення, жіноча консультація, діагностичний кабінет, лабораторія, навчальна кімната.

Матеріальне забезпечення: навчальні таблиці, муляжі, схеми лікування, ситуаційні задачі, хворі з нейроендокринними синдромами, для проведення диференційної діагностики.

Контрольні запитання для оцінки вихідного рівня

1. Які методи обстеження хворих з нейроендокринними порушеннями в гінекологічній практиці ?

2. Що таке передменструальний синдром, етіологія, діагностика?

3. Як клінічно проявляється передменструальний синдром?

4. Які методи лікування передменструального синдрому?

5. Що таке клімактеричний синдром, його діагностика?

6. Які клінічні прояви та принципи лікування клімактеричного синдрому?

7. Чим проявляється синдром склерокістозних яєчників (синдром Штейна-Левенталя), етіологія, клінічні форми, лікувальна тактика ?

8. Що таке синдром Кіарі-Фроммеля, його клінічна характеристика, методи лікування?

9. Дайте визначення синдрому Форбса-Олбрайта, яка його етіологія, клініка та лікування.

10. Яка етіологія, клінічні прояви, клінічна характеристика та лікування синдрому Шихана?

11. Що таке адреногенітальний синдром, його етіологія, патогенез, клінічні форми, лікування ?

12. Які прояви посткастраційного синдрому, його етіологія, патогенез, клініка, лікування?

13. Яка диференційна діагностика нейроендокринних синдромів ?

14. Які принципи диспансерного спостереження хворих з нейроендокринними синдромами в жіночій консультації ?

Завдання для самостійної аудиторної роботи студентів.

1. Робота з навчальною літературою при низькому вихідному рівні знань.
2. Зібрати анамнез у пацієнтки з нейроендокринним синдромом.
3. Виділити із анамнезу дані, характерні для нейроендокринних синдромів.
4. Скласти план обстеження хворої з нейроендокринним синдромом.
5. Оцінити отримані дані клініко-лабораторних досліджень.
6. Оцінити отримані результати додаткових методів дослідження.
7. Поставити діагноз при нейроендокринній патології.
8. Провести диференційний діагноз при нейроендокринному синдромі.
9. Скласти план лікування при нейроендокринному синдромі.
10. Розробити план реабілітації репродуктивної системи хворої з нейроендокринним синдромом.
11. Оформити препарати для лікування у вигляді рецептів.
12. Розробити план профілактики виникнення нейроендокринних синдромів.

Ситуаційні задачі для оцінки кінцевого рівня знань

Задача № 1

Хвора 25 років скаржиться на порушення менструального циклу у вигляді аменореї, яка виникла після пологів 2 роки по тому. З'явилося виражене оволосіння по чоловічому типу, ожиріння та продовжується незначне виділення молока з молочних залоз. Який попередній діагноз? Яка ймовірна причина даної патології?

Задача №2

Хвора 18 років звернулася зі скаргами на відсутність менструації (аменорея) та виділення молока з молочних залоз, оволосіння по чоловічому типу та ожиріння. З анамнезу відомо, що менструації встановились в 14 років були регулярними по 3-4/28 днів, помірними. Наявність вагітностей заперечує. Який попередній діагноз?

Задача № 3

Хвора 48 років скаржиться на «приливи», відчуття жару, головний біль серцебиття, запамороченість та непритомність. Головний біль постійний більше в потиличній ділянці. З'явилася артеріальна гіпертензія. Турбують швидка втомлюваність, дратівливість, погіршення пам'яті. Місяць тому проведено операцію екстирпації матки

з додатками з приводу гнійного метроендометріту та піосальпінксу на ґрунті ВМК. Який попередній діагноз?

Задача № 4

Хвора 27 років відмічає скарги на дратівливість, плаксивість, депресію, неадекватну реакцію та агресивність, головний біль, нудоту, блювоту, артеріальну гіпертензію, напади серцебиття, набряки молочних залоз, свербіння шкіри. Виразність скарг зростає з наближенням менструації, після настання якої вказані скарги зникають. Який ймовірний діагноз?

Задача № 5

Хворій 48 років, звернулася до лікаря зі скаргами на «приливи» жару до голови, пітливість, серцебиття, головний біль, запаморочення, затерпання в кінцівках, артеріальну гіпертензію, дратівливість, безсоння, немотивовані страхи. Менструації стали рідкими, мізерними. Який попередній діагноз?

Задача № 6

До лікаря звернулася хвора 16 років, зі скаргами на оволошіння по чоловічому типу, гіпертрофію клітора. Менструації з'явилися в 12 років, рідкі, 1-2 рази на рік. При огляді звертає на себе увагу недорозвиненість молочних залоз, невеликий ріст хворої, грубий голос, непропорційність будови тіла, гіпертрофовані м'язи тіла. Назвіть дану патологію?

Задача № 7

Хвора 24 років скаржиться на відсутність менструації на протязі останнього року, головний біль, безсоння, апатію, зниження статевого почуття. З анамнезу відомо, що менструації встановились в 15 років, були регулярними по 3-4/28 днів, помірними. В шлюбі 4 роки. Не вагітніла. При огляді спостерігається виражений гіреутизм. Проводилося УЗД виявлено побільшення яєчників із щільною капсулою.

Який попередній діагноз?

Задача №8

У пацієнтки 25 років через 1 місяць після тяжких пологів, які ускладнилися масивною кровотечею відмічається відсутність лактації, адинамія, анорексія, зниження маси тіла, випадіння волосся, нудота, зниження тиску. Яка причина даної патології?

Задача №9

До жіночої консультації звернулася жінка 24 років зі скаргами на відсутність вагітності на протязі 3 років регулярного статевого життя, без запобігання вагітності. Менструальна функція встановилася у 13 років, через 28-30 днів, по 4-5 днів. Статеве життя з 18 років. Вагітностей не було. З 20 років пацієнтка стала відмічати збільшення маси тіла на 30 кг та деяке збільшення оволошіння на обличчі та в ділянці грудної клітки. Менструації мізерні 1 раз на 3-4 місяці. При лабораторному обстеженні виявлено підвищення ЛГ та нормальні показники ФСГ. Який ймовірний діагноз?

Задача №10

До стаціонару доставлена пацієнтка 16 років зі скаргами на підвищення температури до 38 С, тахікардію до 150 уд/хв., ознобом, тремтінням кінцівок, болями в ділянці серця. Остання менструація 3 тижні по тому. Зі слів хворої за 7-8 днів до менструації її завжди турбує сильний головний біль, набряки, болі в суглобах, нагрубання молочних залоз. Що відбувалося з пацієнткою в момент поступлення до стаціонару?

Задача №11

Жінка 35 років скаржиться на не регулярні місячні на протязі 4 місяців, за даний період пацієнтка відмічала погіршення загального стану здоров'я, а саме швидку втомлюваність, безсонню, головні болі, відчуття «приливів», тахікардію, періодичне підвищення артеріального тиску. Назвіть дану патологію? Підвищення яких гормонів буде підтвердження даного патологічного стану?

Задача №12

Жінка 45 років стала відмічати відчуття періодичної гіперемії в ділянці обличчя, безсонню, підвищену дратівливість та часті зміни настрою, підвищення артеріального тиску. З анамнезу 4 роки по тому жінка була прооперована з приводу лейоміоми матки в об'ємі екстирпація матки без додатків. Який ймовірний діагноз?

Тестові задачі для оцінки кінцевого рівня знань.

1. До жіночої консультації звернулася жінка 22 років зі скаргами на відсутність менструації, зниження працездатності, головний біль, запаморочення, зниження маси тіла. Менструальна функція встановилася у 14 років, регулярні, по 4-5 днів, через 28-30 днів. Рік тому - термінові пологи, що ускладнилися масивною крововтратою. Лактації після пологів не було. При вагінальному огляді патології не виявлено. Який ймовірний діагноз?

- Синдром Шихана
- Синдром Штейна-Левенталя
- Синдром Кіара-Фроммеля
- Гіпотиреоз
- Фізіологічна аменорея

2. У пацієнтки 26 років відсутність менструації на протязі 5 місяців. Менархе в 16 років, менструальна функція встановилася через 1,5 роки. Менструації по 4-5 днів, через 35-40 днів, болючі, помірні. Ріст жінки 165 см, вага 92 кг, гірсутизм. Вагітностей не було. При вагінальному обстеженні матка звичайних розмірів, яєчники збільшені, рухливі, безболісні, щільної консистенції. Вкажіть ймовірну патологію?

- Хронічний двобічний аднексит
- Вагітність
- Синдром Шихана
- Полікістоз яєчників
- Пухлини яєчників

3. Хвора 48 років скаржиться на порушення менструального циклу на протязі 5 місяців, що проявляється гіперполіменореєю. Відмічає «приливи», безсонню, головний біль, лабільність нервової системи. Шкірні покриви звичайного кольору. АТ 150/95 мм.рт.ст, пульс 97 уд/хв.. При вагінальному дослідженні патології не виявлено. Який ймовірний діагноз?

- Лейоміома матки
- Синдром Штейна-Левенталя
- Синдром полікістозних яєчників
- Гіпотиреоз
- Клімактеричний синдром

4. Хвора 50 років скаржиться на відчуття жару, головні болі, серцебиття, лабільність АТ, порушення сну, підвищену пітливість вночі, ниючі болі в ділянці серця, плаксивість. Жінка 4 доби тому прооперована з приводу лейоміоми матки в об'ємі екстирпації матки з додатками. Вкажіть ймовірну патологію?

- Гіпертонічна хвороба
- Клімактеричний синдром
- Посткастраційний синдром
- Синдром Шихана
- Гіпоталамічний синдром

5. На третю добу після екстирпації матки з додатками у пацієнтки 46 років з'явилося підчуття жару, головний біль, ниючі болі в ділянці серця, плаксивість. Об'єктивно: шкірні покриви та слизові оболонки звичайного кольору. АТ 145/90 мм.рт.ст., Т 36,7С. Серце, легені в нормі. Живіт м'який, дещо чутливий при пальпації в ділянці післяопераційної рани. Симптомів подразнення очеревини немає. Симптом Пастернацького негативний. Випорожнення фізіологічні. Діурез достатній. Виділення з піхви слизові. Які препарати потрібно доповнити до лікування хворої?

- Цефтріаксон
- Дуфастон
- Ін фузійну терапію
- Естрамон
- Знеболюючу терапію

6. До жіночої консультації звернулася жінка 32 років зі скаргами на головний біль, зниження працездатності, підвищення температури до 37,2 С, набряки, дратівливість за 3-4 дні до менструації. Менархе у 13 років, становилися відразу по 5-6 днів, через 28 днів, регулярні, помірні, безболісні. В анамнезі 2 вагітності, які закінчилися абортами за бажанням жінки. В вагінальному дослідженні матка не збільшена, додатки не пальпуються. Який ймовірний діагноз?

- Клімактеричний синдром
- Хронічний аднексит
- Передменструальний синдром
- Посткастраційний синдром
- Вегето-судинна дистонія

7. Пацієнтка 26 років скаржиться на депресивний стан, головний біль, блювання, безсонню, дратівливість, набряки, пітливість, парестезії, нагрібання молочних залоз, тахікардію за 10 днів до менструації. Після початку кров'янистих виділень симптоми минають. Вагітностей не було. Жінка 1,5 роки тому перенесла інфекційний менінгіт. При вагінальному дослідженні патології не виявлено. Вкажіть ймовірну патологію.

- Клімактеричний синдром
- Полікістоз яєчників
- Гіпотиреоз
- Передменструальний синдром
- Посткастраційний синдром

8. Жінка 45 років скаржиться на затримку менструації до 3 тижнів, порушення сну, підвищену втомлюваність, періодичні почуття жару та почервоніння обличчя, тахікардію, головний біль, дратівливість. При вагінальному дослідженні – шийка матки циліндричної форми, слизова блідо-рожевого кольору. Тіло матки не збільшене, рухливе, безболісне. Додатки чітко не пальпуються. Виділення слизові, помірні. Який ймовірний діагноз?

- Клімактеричний синдром
- Полікістоз яєчників
- Вагітність
- Передменструальний синдром
- Гіпертиреоз

9. У пацієнтка 27 років після самовільного аборту строком 16 тижнів, виникла масивна кровотеча. При огляді через 3 місяці відмічається зниження маси тіла, знижений тургор шкіри, сухість шкірних покривів, випадіння волосся. Хвора адинамічна, апатична, неадекватно реагує на питання. Менструальна функція після аборту не відновлювалася, молочні залози атрофічні, виділень не має. При вагінальному дослідженні матка зменшена, додатки не пальпуються. Яке ускладнення виникло?

- Посткастраційний синдром
- Клімактеричний синдром
- Передменструальний синдром
- Синдром Шихана
- Синдром Кіара-Фроммеля

10. До гінеколога звернулася жінка 26 років зі скаргами на відсутність менструації протягом 8 місяців та галакторею. Менструальна функція встановилася у 14 років, регулярна, по 5-6 днів, через 30 днів. Вагітностей не було. При огляді виявлено ожиріння, при високому зрості жінки відмічалася диспропорція між верхніми і нижніми кінцівками та тулубом, виражений гірсутизм. Який ймовірний діагноз?

- Синдром Шихана
- Синдром Форса-Олбрайта
- Синдром Кіарі-Фроммеля
- Адреногенітальний синдром
- Клімактеричний синдром

11. До жіночої консультації звернулася жінка 34 років зі скаргами на відсутність менструації та лактацію. З анамнезу у пацієнтки 3 роки тому фізіологічні пологи. Менструальна функція після пологів не відновлювалася, лактація не припинялася. За останній рік жінка відмічає збільшення маси тіла, гірсутизм. Який ймовірний діагноз?

- Синдром Шихана
- Синдром Форса-Олбрайта
- Синдром Кіарі-Фроммеля
- Адреногенітальний синдром
- Клімактеричний синдром

12. До гінеколога звернулася пацієнтка 17 років зі скаргами на відсутність менструації. При огляді виявлено виражений гірсутизм, молочні залози недорозвинені, огрубіння голосу, зріст 158 см, непропорційна будова тіла. При огляді зовнішніх статевих органів – гіпертрофія клітора, великі та малі соромітні губи недорозвинені. Показники гормональних досліджень свідчать про зниження естрогенів, підвищення 17-кетостероїдів у добовій сечі. Який ймовірний діагноз?

- Синдром Шихана
- Синдром Форса-Олбрайта
- Синдром Кіарі-Фроммеля
- Адреногенітальний синдром
- Клімактеричний синдром

ТЕМА: «ЕНДОМЕТРІОЗ»

I. Науково – методичне обґрунтування теми

На сьогоднішній день ендометріоз – є одним із найбільш розповсюджених захворювань органів малого тазу у жінок.

Після запальних захворювань геніталій і лейоміоми матки ендометріоз займає третє місце в структурі гінекологічних захворювань і вражає 15-50% жінок репродуктивного віку, 30-40% хворих на ендометріоз мають безплідність. Своєчасна діагностика цього захворювання та адекватне лікування є важливим аспектом в зниженні частоти безпліддя, синдрому тазових болей та поєднаних з ендометріозом патологічних процесів, які формуються на тлі гіперестрогенемії.

II. Навчально – виховні цілі

Для формування умінь студент повинен знати:

1. Визначення поняття «ендометріоз».
2. Етіологію і патогенез ендометріозу.
3. Фактори ризику виникнення ендометріозу.
4. Класифікацію ендометріозу.
5. Клініку різних форм геніального та екстрагенітального ендометріозу.
6. Методи діагностики ендометріозу.
7. Лікарську тактику при різних формах едометріозу.
8. Показання до оперативного лікування ендометріозу.
9. Консервативне лікування ендометріозу.
10. Профілактику ендометріозу.

У результаті проведення заняття студент повинен уміти:

1. Оцінити фактори ризику розвитку ендометріозу.
2. Виявляти скарги, характерні для ендометріозу.
3. Проводити дифдіагностику різних форм геніального ендометріозу.
4. Скласти план лікування ендометріозу у жінок різного віку.
5. Застосовувати різні гормональні та не гормональні препарати для лікування ендометріозу.

III. Базові знання

1. Рівні регуляції менструального циклу.
2. Синтез стероїдних гормонів яєчниками.
3. Матковий цикл: особливості будови ендометрію.
4. Роль простагландинів в регуляції менструальної функції.
5. Особливості проведення гормонотерапії.
6. Бімануальне дослідження.
7. Ультразвукова діагностика жіночих статевих органів.
8. Онкомаркери і їхня роль в діагностиці патологічних процесів органів малого тазу у жінок.

IV. Зміст навчального матеріалу.

На сьогодні ендометріоз є одним із найбільш розповсюджених захворювань

органів малого тазу у жінок.

Після запальних захворювань геніталій і лейоміоми матки ендометріоз займає третє місце в структурі гінекологічних захворювань і вражає 15-50% жінок репродуктивного віку, 30-40% хворих на ендометріоз мають безплідність.

Підвищення частоти виявлення ендометріозу частково зумовлене вдосконаленням діагностики з використанням УЗД органів малого тазу та черевної порожнини, лапароскопії, КТ та МРТ, гістероскопії та інших методів дослідження. Велике значення має погіршення екологічної ситуації, стресові фактори, які чинять негативний вплив на нервову, ендокринну та імунну системи. Крім того, має значення збільшення частоти хірургічних втручань, у тому числі абортів та операцій кесаревого розтину.

Своєчасна діагностика цього захворювання та адекватне лікування є важливим аспектом в зниженні частоти безпліддя, синдрому тазових болей та поєзнаних з ендометріозом патологічних процесів, які формуються на тлі гіперестрогенемії.

Ендометріоз – це патологічний процес, що виникає на тлі порушення гормонального та імунного гомеостазу, при якому за межами порожнини матки відбувається доброякісне розростання тканини, за морфологічними та функціональними властивостями подібної до ендометрія. На відміну від ендометрія, ендометріюїдна тканина менше підлягає циклічним перетворенням, менше реагує на гестагени, не підлягає повноцінній секреторній трансформації.

Важливість своєчасної діагностики і правильного лікування ендометріозу пояснюється характерною особливістю перебігу захворювання – поступовим прогресуванням тяжкості патологічного процесу, який призводить до порушення менструальної функції, кровотечі, анемії, розвитку стійкого больового синдрому.

Ендометріоз – гормонозалежне захворювання. Походження вогнищ ендометріозу і причини його дисемінації до кінця невідомі. На сьогодні є

приблизно 11 теорій патогенезу ендометріозу, але найпоширенішими є:

1. Транспортна теорія – в її основі лежить лімфогенна, гематогенна, ятрогенна (при хірургічних втручаннях, гістероскопії, гістеросальпінгографії) дисемінація.

2. Імплантаційна теорія – теорія ретроградної менструації, яка пояснює ретроградне попадання в черевну порожнину клітин ендометрія, їхню транстубарну дисемінацію та імплантацію на органах і очеревині малого тазу.

Ретроградна менструація є нормальним фізіологічним процесом, при якому життєздатні клітини ендометрію попадають у перитонеальну порожнину. Однак регургітація менструальної крові в різному ступеню вираження має місце у всіх жінок з прохідними трубами, а імплантація спостерігається значно рідше.

3. Теорія ціломічної метаплазії (переродження) мезотелію очеревини у відповідь на подразнюючу дію трансплантованої ендометріальної тканини.

4. Ембріональна теорія. Пояснює дисембріопластичний генез ендометріозу із залишків мюллерових протоків та первинної нирки.

5. Гормональна теорія – порушення кількості та співвідношення стероїдних і гонадотропних гормонів, дисфункцією гіпоталамо- гіпофізарно-яєчникової системи як єдиного функціонального комплексу.

6. Травматична теорія за рахунок частих внутрішньоматкових маніпуляцій, а саме: аборти, діагностичні вишкрібання, енуклеація лейоматозних вузлів, та ін.

7. Імунологічна теорія за рахунок порушення імунологічного захисту, спостерігається зниження клітинного імунітету та активності природних клітин- кілерів як у плазмі крові, так і в перитонеальній рідині.

Деякі автори розглядають ендометріоз як аутоімунне захворювання, при якому порушення імунологічного захисту призводять до зростання у перитонеальній рідині вмісту макрофагів, активації кислої фосфатази та нейтральної протеази. Відомо, що макрофаги поряд з клітинами ендометріюїдних гетеротопій активно виробляють фактори росту: судинно-ендотеліальний фактор (СЕФР), епідермальний фактор росту (ЕФР), цитокіни. Підвищується також кількість трансформуючого та інсуліноподібного факторів росту, концентрація яких корелює з ступенем важкості ендометріозу. Існує припущення, що простагландини, які утворюються в ендометріюїдних вогнищах та тромбоксан- b, прстациклін спричиняють імунодепресивну дію на клітинні імунні реакції, призводять до змін скоротливої діяльності маткових труб, сприяють розповсюдженню ендометріюїдних гетеротопій по вісцеральній очеревині малого тазу. Встановлено, що СЕФР та основний фактор росту фібробластів (ОФРФ) знаходяться в тазових спайках. Це є доказом того, що фактори росту

сприяють розвитку спайок та виникненню безплідності.

На сьогодні встановлено, що гормони не прямо впливають на клітини гормонально-залежних органів, а опосередковано через фактори росту, експресію генів, специфічні білки та порушення процесів проліферації та апаптозу. Баланс молекулярно-генетичних показників процесів проліферації та апаптозу у вогнищах ендометріозу порушений. Вивчення процесів апаптозу при ендометріозі відкриває новий напрямок у лікуванні цієї патології.

Класифікація ендометріозу.

1. *Відповідно до локалізації паталогічного процесу.*

1.1 Генітальний ендометріоз.

1.1.1. Внутрішній ендометріоз.

- ендометріоз тіла матки I, II, III (аденміоз) стадії залежно від глибини ураження міометрію: залозиста, кістозна, фіброзна форми (вогнищева, вузлова, дифузна форми);

- ендометріоз цервікального каналу;

- ендометріоз інтрамуральної частини маткових труб.

1.1.2. Зовнішній ендометріоз.

- 1) перитонеальний ендометріоз:
 - ендометріоз яєчників (інфільтративна, пухлинна форми);
 - ендометріоз маткових труб;
 - ендометріоз тазової очеревини (червоні, чорні, білі форми).
- 2) екстраперитонеальний ендометріоз:
 - ендометріоз піхвової частини шийки матки;
 - ендометріоз піхви, вульви;
 - ретроцервікальний ендометріоз;
 - ендометріоз маткових зв'язок;
 - ендометріоз параметральної, паравезикальної, паракольпальної клітковини без та з проростанням в сечовий міхур, пряму кишку.

1.1.3. Зовнішньо-внутрішній ендометріоз.

1.1.4. Поєднані форми генітального ендометріозу (генітальний ендометріоз у поєднанні з іншою генітальною або екстрагенітальною патологією).

1.2 Екстрагенітальний ендометріоз (ендометріоз шлунково-кишкового тракту, сечовивідних органів, шкіри, пупка, післяопераційних ран, легень, плеври та ін.).

2. Класифікація А.Аcosta та співавторів (1973).

2.1 Малі форми:

- поодинокі гетеротопії на тазовій очеревині;
- поодинокі гетеротопії на яєчниках без спайок та рубців.

2.2 Ендометріоз середньої важкості:

- гетеротопії на поверхні одного або двох яєчників з утворенням дрібних кіст;
- невиражений периоваріальний або перитубарний спайковий процес;
- гетеротопії розташовані на очеревині позаматкового простору з рубцевим процесом та зміщенням матки без залучення до патологічного процесу товстого кишечника.

2.3 Важка форма зовнішнього ендометріозу:

- ендометріоз одного або двох яєчників з утворенням кіст більше 2 см;
- ураження яєчників з вираженим периоваріальним і/або перитубарним спайковим процесом;
- ураження маткових труб з деформацією, рубцюванням, порушенням прохідності;
- ураження очеревини з облітерацією позаматкового простору;

- ураження крижово-маткових зв'язок та очеревини позаматкового простору;
- залучення до патологічного процесу сечовивідних шляхів і/або кишечника.

3. Класифікація Американського товариства фертильності (бальна оцінка):

Таблиця №5

Ендометріоз		<1см	1-3см	>3см	
Очеревина	Поверхневий	1	2	4	
	Глибокий	2	4	6	
	Правий	Поверхневий	1	2	4
		Глибокий	4	16	20
		Поверхневий	1	2	4
Яєчники	Лівий	Глибокий	4	16	20
Облітерація позаматкового простору	Частина – 40 Повна – 40				
Спайки		Покривають <1/3	Покривають <1/3	Покривають >2/3	
			3 – 2/3		
Яєчники	Правий	Ніжні	1	2	4
		Щільні	4	8	16
	Лівий	Ніжні	1	2	4
		Щільні	4	8	16
Труби	Права	Ніжні	1	2	4
		Щільні	4	8	16

Ліва	Ніжні	1	2	4
	щільні	4	8	16

Виділяють чотири стадії захворювання: I – (1-5 балів), II – (6-15 балів), III – (до 16-40 балів), IV – (40 балів і більше).

Клінічна картина.

Ендометріоз характеризується різноманітністю клінічного перебігу від безсимптомного до картини «гострого живота». Найчастішою клінічною ознакою ендометріозу є больовий синдром, пов'язаний з менструальним циклом: з'являється перед та посилюється під час менструації.

Характерні симптоми:

1. Довготривалий, прогресуючий перебіг захворювання. У постменопаузі можливе самовільне регресування захворювання.

2. Синдром тазових болей – болі, які загострюються у дні менструації та затухають після її закінчення. Крім альгодисменореї характерною є диспареунія.

3. Порушення менструальної функції. Найхарактернішими є предменструальні (за 3-5 днів) та постменструальні кров'янисті виділення темного кольору. Нерідко є міжменструальні кров'янисті виділення, гіперполіменорея.

4. Однією з ознак є збільшення ендометроїдних утворень перед менструацією та деяке їх зменшення після неї.

5. Безпліддя. Серед різноманітних причин первинного і вторинного безпліддя ендометріоз посідає одне із провідних місць, від 25-80%. Безпліддя стає прямим наслідком таких пошкоджень як оклюзія маткових труб, спайкова деформація фібрій, повна ізоляція яєчників періоваріальними спайками, пряме пошкодження тканини яєчників ендометроїдними кістами та ін.

Поліморфізм симптомів обумовлений різною локалізацією вогнищ ендометріозу, ступенем їх розповсюдження, порушенням функції статевих органів, наявністю супутньої патології (табл. № 6).

Симптоми, які зустрічаються при ендометріозі

Таблиця №6

Типові	Менше типові	Більше типові	Такі, що зустрічаються рідко
---------------	---------------------	----------------------	-------------------------------------

Дисменорея Диспареунія Безплідність Тазові болі	Дисхезія (порушення дефекації) Менструальна мазня Аномальні маткові кровотечі Дизурія	Часті позиви до сечовипускання Гематурія Кровотечі з прямої кишки	Гемоптизис (кровохаркання) Кишкова непрохідність Водянка нирки та сечовода Шкіряні вузли
----------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Як правило, при ендометріозі болі значні, а інтенсивність їх зростає у міру прогресування захворювання. Хворі відмічають слабкість, швидку втомлюваність, значну втрату працездатності, що призводить до появи тривоги, страху.

При ендометріозі болі двосторонні, інтенсивність їх не відповідає тяжкості процесу. Ендометриоїдна кіста яєчника навіть великих розмірів може не давати больової симптоматики, а іноді спричиняє болі, особливо напередодні та під час менструації, які можуть супроводжуватися блювотою, нудотою, втратою свідомості. При мікроперфорації ендометриоїдних кіст нерідко виникають явища

перитоніту. Для більшості хворих на ендометріоз матки характерні рясні тривалі менструації, метрорагії, почуття важкості, розпирання в нижніх відділах живота.

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

Найбільш частими є:

- прогресуюча дисменорея (при аденоміозі, ендометріозі яєчників, тазової очеревини, крижово-маткових зв'язок, ретроцервікальному ендометріозі з ураженням пара ректальної клітковини і стінки) прямої кишки.
- мено-метрорагія (при аденоміозі в поєднанні з міомою матки);
- кровомазання до і після менструації, контактні кров'яністі виділення (при ендометріозі піхви, шийки матки, шийкового каналу, ендометріозі яєчників, аденоміозі матки).

Для окремих варіантів ендометріозу, які характеризуються серйозними порушеннями анатомічних структур в ділянці придатків матки, доведено, що безплідність стає прямим наслідком таких пошкоджень, як оклюзія маткових труб, спайкова деформація фімбрій, повна ізоляція яєчників періоваріальними спайками, пряме пошкодження тканини яєчників ендометриоїдними кістами та інше.

Проте, у багатьох випадках ендометріоз і безплідність можуть набувати розвитку паралельно від однієї або декількох загальних причин. При цьому мають значення захворювання, які супроводжують ендометріоз. Серед них

можна виділити:

- а) порушення взаємовідношень рівнів секреції гормонів (естрадіол, прогестерон, ЛГ, ФСГ, пролактин, тестостерон), які призводять до неповноцінної овуляції і/чи функціональної неповноцінності жовтого тіла та ендометрію;
- б) порушення локального імунітету;
- в) гіперпластичні процеси ендометрію, молочної залози, щитоподібної залози;
- г) доброякісні новоутворення: кісти, міоми, кістоми, які часто спостерігаються при ендометріозі.

Різні чинники розвитку безплідності при ендометріозі можна об'єднати в такі групи:

- 1) механічні;
- 2) перитонеальні;
- 3) імунологічні;
- 4) ендокринні порушення.

Для хворих ендометріюдною хворобою, особливо при тривалому больовому синдромі, характерні не тільки зміни самопочуття і загального стану,

але й такі психоемоційні порушення, як емоційна лабільність (подразливість, істерія), фобії (тривога, безсоння, недовірливість), депресія. Значне місце серед неврологічних розладів, обумовлених ендометріозом, займають неврозоподібні стани.

Діагностика ендометріозу.

Не дивлячись на впровадження в практику сучасних високоінформативних методів діагностики, верифікація генітального ендометріозу до теперішнього часу представляє певні труднощі.

Тільки комплексне обстеження пацієнтки з урахуванням даних анамнезу, клінічних проявів та загальноприйнятих методів (об'єктивного обстеження та результатів спеціальних методів дослідження) дають змогу встановити форму локалізації та ступінь поширеності ендометріозу і, відповідно, призначити та успішно провести патогенетично обґрунтоване лікування.

При з'ясуванні анамнезу хвороби особливе значення потрібно приділяти повній характеристиці болю, особливостям порушення менструальної, репродуктивної та сексуальної функції, розладам функції суміжних органів. Із анамнезу життя важливо з'ясувати спадковість, перенесені захворювання в різні вікові періоди, особливості становлення менструальної, дітородної і сексуальної функцій, перенесені маніпуляції та операції на геніталіях.

Важливе значення має загальний огляд геніталій та огляд в дзеркалах, при яких можна виявити ендометриюдні гетеротопії. Допоміжними в діагностиці є бімануальне, вагінально-абдомінальне і ректовагінальне дослідження. При пальпації матки визначають її форму, розміри, рухомість, болючість. Слід звернути увагу на стан перешийка матки (ущільнення, розширення, болючість) та заднього склепіння піхви (інфільтрація, рубцеві зміни). При дослідженні придатків матки визначають їх величину, рухомість, болючість, консистенцію.

Оцінюють стан крижово-маткових зв'язок (потовщення, напруження, болючість).

Разом з тим, клінічна картина при ендометріозі не завжди відповідає змінам анатомії уражених органів і структур. Тому особливої актуальності набувають інструментальні методи діагностики ендометріозу, які дають змогу оцінити ступінь розповсюдження захворювання, важкість анатомічних порушень.

Застосовують наступні інструментальні методи дослідження ендометріозу:

- 1) рентгенологічне;
- 2) урологічне (цистоскопія, хромоцистоскопія, радіоізотопна діагностика);
- 3) УЗД (трансабдомінально та трасвагінально);
- 4) ендоскопічне дослідження (кольпоскопія, ректороманоскопія, лапароскопія);
- 5) ЯМР томографія;
- 6) цитологічний метод дослідження;
- 7) гістологія матеріалу, взятого при біопсії.

Ехографічна діагностика дифузної форми ендометріозу матки ґрунтується на наступних критеріях:

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

Для підвищення інформативності УЗ сканування використовують піхвовий датчик. Ехографічними ознаками вузлової форми ендометріозу тіла матки є: поява в стінці матки підвищеної ехогенності округлої чи овальної форми, наявність в ній невеликих анехогенних включень або кістозних порожнин, які містять дрібнодисперсну масу, не завжди чіткі контури утворення, підвищена ехогенність біля переднього контура утворення і знижена біля віддаленого.

Для діагностики ендометріозу, ступеня та характеру судинних порушень, використовуються доплерометричні дослідження кровотоку в артеріях органів малого тазу. Зміни виявляються тільки при II-III ступенях розповсюдження ендометріозу та при його вузловій формі. В маткових артеріях при аденоміозі підвищується резистентність судин, з'являються додаткові зубці, збільшується тривалість на півперіоду фази систоли – індекс Hatle. Останнє є свідченням включення компенсаторних механізмів. При II-III ступенях ендометріозу при некомпенсованих змінах периферичної гемодинаміки збільшення опору маткових судин не супроводжується збільшенням індексу Hatle .

Із рентгенологічних методів діагностики ендометріозу використовується гістеросальпінгографія та біконтрастна гінекографія, яку виконують на 2-3 день після закінчення менструації або після діагностичного вишкрібання. При цьому перевага надається використанню водним розчинам рентгенконтрастних речовин.

Найбільш характерною рентгенологічною ознакою при внутрішньому

ендометриозі є наявність законтурних тіней різної довжини. Форма їх залежить від локалізації ендометриоїдних вогнищ.

При гістероскопії ендометриоїдні вічка виявляються у вигляді темно-червоних крапкових отворів на фоні блідо-рожевого відтінку слизової оболонки порожнини матки, при множинній локалізації вогнищ ендометриозу ендоскопічна картина нагадує будову бджолиних стільників. Для вузлової форми аденоміозу характерні збільшення та деформація порожнини матки внаслідок вибухання її уражених стінок, на яких локалізуються патологічні утворення з жовтим або блідо-жовтим відтінком без чітких меж, іноді з наявністю поверхневих ендометриоїдних «зіниць».

Лапароскопія – найбільш точний і основний метод діагностики в сучасних умовах. Діагноз обов'язково повинен підтверджуватись гістологічно після біопсії ендометриоїдних ділянок взятих під час лапароскопії. Лапароскопія є процедурою першого вибору, оскільки вона дає змогу оглянути всю черевну порожнину від Дугласового простору до діафрагми. Прояви ендометриозу можна легко виявити за їх типовим виглядом так званих «порохових опіків», зірчасто-рубцевих пошкоджень, які оточені червоно-голубими імплантами на яєчниках та на перитонеальній поверхні матки, сечового міхура або тонкої кишки. Характерними є «шоколадні», синюватого кольору одночидвосторонні кісти яєчників адгезивний процес у малому тазу; спайки міжнерухомими фіксованими органами і структурами – під яєчникові зрощення – поміж яєчником і заднім листком широкої з'язки, задньою стінкою вагіни, нерухомим відділом сигмо видної кишки. Нетиповими ознаками є: петехіальна очеревина, «полум'яні пляма», гіперваскулярні зони, білі непрозорі бляшки, оточені рубцевою тканиною, залозисті структури на очеревині.

Мікроскопічні вогнища ендометриозу – це вогнища, які виявляються при гістологічному дослідженні на вигляд не зміненої очеревини. Відкриття мікроскопічних вогнищ ендометриозу відіграє важливу роль в розумінні патогенезу захворювання і його рецидивів після лікування.

Метод ЯМР – томографії при ГЕ на T2-зображенні дозволяє незалежно від морфологічної будови ендометриоїдних гетеротопій визначати дифузні утворення без чітких контурів. В середині цих патологічних вогнищ реєструють сигнали високої інтенсивності. На T1-зображенні високо інтенсивний сигнал відбивається тільки від ендометриоїдних гетеротопій, які просякнуті кров'ю.

При підозрі на втягнення в патологічний процес шлунково-кишкового тракту та з метою диференційної діагностики доцільно проводити фіброгастроскопію, іригоскопію, ректороманоскопію.

Біохімічні маркери ендометриозу наразі невідомі. Рівень СА-125 – речовини, яка синтезується похідними ціломічного епітелію і є маркером раку яєчників - статистично достовірно підвищується при середньотяжкому і тяжкому ендометриозі, та залишається у межах норми при мінімальному і легкому процесі. При підозрі на ендометриоз рекомендується визначення онкомаркера двічі: під час менструації і в фолікуліновій фазі менструального циклу.

Відношення показників рівнів СА-125 під час менструації до показника під час фолікулі нової фази перевищує 1,5 вказує на можливу наявність ендометріозу. Зниження рівня СА-125 може свідчити про ефективність лікування, а підвищення в наступному – про рецидив.

Диференціальна діагностика ендометріозу.

- З хронічними запальними процесами придатків і органів малого тазу.
- З кістами та пухлинами яєчників, статевих органів – на підставі УЗД, в складних випадках проводиться лапароскопія.
- З пухлинами суміжних органів (сечового міхура та кишечника) – на підставі УЗД, гістероскопії, МРТ, лапароскопії.

Методи лікування ендометріозу.

Серед лікувальних підходів, які застосовуються сьогодні при ендометріозі є: спостереження, паліативна терапія, гормональне, хірургічне та комбіноване лікування.

При виборі методу лікування необхідно враховувати вік хворої, локалізацію та ступінь розповсюдження ендометріозу, преморбідний фон, вираженість клінічних проявів, тривалість захворювання та наявність супутньої патології, репродуктивний анамнез, стан органів-мішеней (молочних залоз, ендометрію, кісткової тканини), а також переносимість та наявність побічних ефектів препарату.

1. Спостереження – при безсимптомному перебігу ендометріозу, контрольний огляд 1 раз на рік або при появі симптомів.

2. Консервативне (медикаментозне) лікування.

2.1. Негормональні засоби:

- Симптоматична терапія (гемостатики, спазмолітики, нестероїдні протизапальні препарати).
- Застосування імуномодуляторів (лаферон, циклоферон, віферон).
- Лікування патологічних станів, що сприяють росту ендометріюїдних гетеротопій (патології щитоподібної залози, наднирників, ожиріння), антистресові препарати, антиоксиданти, венотоніки, імунокоректори, полівітаміни.
- Фітотерапія (тазалок, індинол, квінол та інші препарати для зниження рівня естрогенів) та голкорексфлексотерапія.
- Вплив на оксидантну систему (унітіол, аскорбінова кислота, токоферол ацетат).
- Пригнічення синтезу простагландинів (аспірин, індометацин, ібупрофен та ін.).

2.2. Гормональне лікування:

- Оральні контрацептиви: основний лікувальний ефект за рахунок ановуляції (призначають комбіновані монофазні естроген-гестагенні препарати у контрацептивному режимі або безперервному режимі протягом 6-9 міс, такі як силест, марвелон, фемоден, діане-35).

- Прогестагени – з метою зменшення локальної гіперестрогенемії та стромальної супресії ендометрія (дідрогестерон 20-30мг з 5 до 25 день менструального циклу (МЦ) або в неперервному режимі 3-6 місяців, або норетістерон 10 мг/добу, або лінестренол 25 мг/добу в тому ж режимі, або прогестерон мікронізований з 5 дня м.ц. до 5-10 мг/день 4-6 місяців, або візан 2 мг/добу в неперервному режимі 6 місяців).

- Агоністи Гн-РГ (гонадолиберинів) – розвиток синдрому медикаментозної менопаузи (гозерелін по 3,6 мг підшкірно 1 раз/ 28 днів №3-6; або тріпторелін 3,75мг в\м №3-6), нафареліну ацетат, бусерилін по 200 мкг інтраназально вранці та ввечері до 6 міс.

- Антогоністи ГТГ – з метою виникнення псевдоменопаузи (даназол 400-800 мг/день протягом 6-ти місяців, гестринон по 2,5 двічі на тиждень протягом 6-ти місяців).

3. Хірургічне лікування.

При безуспішному консервативному лікуванні ендометріозу показане хірургічне втручання.

Хірургічне втручання геніального ендометріозу було і залишається єдиним методом, який дозволяє видалити механічно чи знищити за допомогою лазерного, електро- чи термовпливу сам морфологічний субстрат ендометріозу. Медикаментозна терапія до- і в після операційному періоді дає змогу оптимізувати результати хірургічного лікування.

В питанні про вибір об'єму втручання в останні роки вважається, що навіть при поширених формах ендометріозу у жінок. Зацікавлених у відновленні

генеративної функції, потрібно дотримуватися принципів реконструктивно-пластичної консервативної хірургії і вдаватися до радикальних операцій тільки у тих випадках, коли вичерпані всі інші можливості як хірургічного, так і медикаментозного лікування.

Вибір методу і об'єму хірургічного втручання визначається індивідуально, залежно від локалізації і поширення ендометриоїдного процесу, втягнення кишечника та сечового міхура, а також бажання зберегти чи відновити репродуктивну функцію. В зв'язку з цим хірург перед оперативним втручанням повинен обрати та обґрунтувати хірургічний доступ у кожній конкретній ситуації (лапаротомія чи лапароскопія), який забезпечує необхідні умови для виконання операції та досягнення її мети.

Метою лапароскопічного лікування є видалення всіх видимих вогнищ і відновлення нормальних анатомічних взаємовідносин у порожнині тазу.

При поширених і поєднаних формах ендометріозу з порушенням функції чи ураженням ендометріозом сусідніх органів (сечоводи, кишечник, сечовий міхур), при великих розмірах ендометриоїдних кіст, поєднання ендометріозу з

іншими гінекологічними захворюваннями, для адекватного лікування яких необхідно застосовувати хірургічні методи, і в той же час при відсутності умов для виконання операції в повному обсязі лапароскопічно – методом вибору є лапаротомія.

Виділяють абсолютні та відносні показання до оперативного лікування хворих на внутрішній ендометріоз. До абсолютних відносять поєднання ендометріозу із захворюваннями внутрішніх органів, що вимагають хірургічного втручання (гіперпластичними процесами яєчників і/або передраком ендометрію, лейоміома матки, з швидким ростом; важка дисплазія шийки матки, атипова гіперплазія ендометрія, ендометріодні кісти яєчників розміром більше 5 см, що стабільно функціонують, залучення до патологічного процесу інших органів і систем з порушенням їх функції, гнійне ураження додатків матки, уражених ендометріозом, спайковий процес із залученням ампулярних відділів маткових труб, супутній ендометріозу, що є основною причиною безплідності; ендометріоз пупка, ендометріоз післяопераційного рубця, сполучення

ендометріозу із деякими аномаліями статевих органів, наявність соматичної патології, яка виключає можливість тривалої гормонотерапії). Серед відносних показань виділяють наявність «безсимптомної» лейоміоми матки у поєднанні з атиповою гіперплазією ендометрія у віці молодше 40 років, III ступінь розповсюдженості ендометріозу, відсутність ефекту від медикаментозного лікування, що проводилося безперервно протягом 6 місяців.

При внутрішньому ендометріозі III ступеня (аденоміоз), коли ендометріодна тканина проростає через всю товщу міометрія до серозної оболонки, гормональне лікування не досягає мети, тому в таких випадках показане хірургічне лікування – неповна гістеректомія, а при ендометріозі істміко-цервікального відділу – повна гістеректомія.

При ендометріозі шийки матки у хворих репродуктивного віку при наявності поодиноких поверхневих вогнищ доцільним є їх видалення з використанням кріо- або лазерної деструкції з наступним кольпоскопічним моніторингом та гормонотерапією.

Прийнято вважати, що лікування хворих на перитонеальний ендометріоз (ураження яєчників, маткових труб, зв'язкового апарату матки, очеревини) має бути комбінованим, тобто включати як хірургічне втручання, так і консервативну терапію.

Методом вибору при лікуванні безплідності у хворих на ендометріоз має бути ендоскопічне втручання. Перевагами цього методу є мінімальна травматичність та крововтрата, безпечність при дотриманні правил оперативної техніки та достатньому досвіді хірурга, а також скорочення післяопераційного періоду. Найбільш важливою перевагою цього методу є візуальний контроль, який дозволяє виконати повну ліквідацію вогнищ ендометріозу.

Електрокоагуляція окремих вогнищ ендометріозу проводиться із використанням моно- та біполярних електродів. Малі (до 2 см) ендометріоми

слід розрізати, евакуювати вміст, ретельно вилущувати оболонку пухлино подібного утворення і/або коагулювати її ложе. Іноді, з метою видалення ендометріюми, виконують резекцію яєчника. Ендометриюїдні імпланти часто розміщуються поблизу життєво важливих органів, що створює певні труднощі для коагуляції таких імплантів через небезпеку пошкодження прилеглих органів та анатомічних структур. За показаннями можлива лапароскопічна коагуляція та, в деяких випадках, пересічення крижово-маткових зв'язок, що дозволяє зменшити больовий синдром.

Однак лікування із застосуванням тільки ендохірургічних технологій повністю не вирішує проблеми ендометріозу, тому необхідне його поєднання із вище означеними методами консервативної терапії.

Критерії ефективності лікування:

- відсутність рецидивів захворювання;
- відновлення репродуктивної функції;
- позитивна динаміка якості життя.

Профілактика ендометріозу.

- Систематична боротьба з хронічними стресовими випадками, які сприяють виникненню патологічних і психосоматичних факторів, що впливають на геніталію;
- Повноцінна терапія запальних захворювань придатків матки;
- Широке застосування оральних контрацептивів та гестагенів як «підтримуючої» терапії при патологічних станах, які порушують локальний гормональний гомеостаз матки;

Проведення профілактичних оглядів жінок до 30 років 1 раз на рік, після 30 – двічі на рік з цитологічним дослідженням вмісту цервікального каналу, УЗД, своєчасним лікуванням виявлених захворювань.

V. Основні етапи заняття

А. Підготовчий – мотивація теми, контроль початкового рівня знань, завдання для самостійної роботи.

Б. Основний – самостійна робота студентів під контролем викладача. У гінекологічному відділенні студенти збирають анамнез у хворих з різною патологією, виявляють скарги, характерні для геніального ендометріозу, складають план обстеження та лікування. В учбовій кімнаті проводиться аналіз гістерограм, УЗ зображень органів малого тазу, перегляд записів лапароскопічних втручань.

Студенти виписують рецепти на медикаментозні засоби, які використовуються при лікуванні ендометріоза.

В. Заключний – контроль засвоєння матеріалу шляхом розв'язування задач, виступів студентів, про виконану роботу. Викладач робить узагальнення, оцінює роботу кожного студента, робить зауваження з оцінкою знань студентів, дає завдання додому.

VI. Методичне забезпечення

Місце проведення заняття: навчальна кімната (з аналізом хвороб жінок з ендометріозом, перегляд фільмів з записами лапароскопічних втручань при геніальному ендометріозі, розгляд сканограм і гістерограм).

Оснащення: історії хвороби, медикаментозні засоби, УЗ – Визначення поняття «ендометріоз».

скенограми, відеозаписи, таблиці.

Контрольні запитання для оцінки вихідного рівня знань

1. Визначення поняття «ендометріоз».
2. Теорії виникнення ендометріозу.
3. Особливості змін менструальної та репродуктивної систем при ендометріозі.
4. Чим характеризується больовий синдром при геніальному ендометріозі.
5. Що відноситься до «малих» форм ендометріозу.
6. Фактори, які сприяють формуванню безпліддя при ендометріозі.
7. Які методи використовують при діагностиці ендометріозу.
8. Які клінічні прояви психоневрологічних порушень при ендометріозі.
9. Особливості УЗ-діагностики аденоміозу.
10. Діагностична специфічність онкомаркєру СА-125 при виявленні ендометріозу.
11. Яка гормональна терапія ендометріозу.
12. В чому полягає дія антигонадотропінів при ендометріозі?
13. Які інвазивні втручання виконуються при ендометріозі.
14. Які препарати, окрім гормональних, застосовуються при лікуванні ендометріозу?

Завдання для самостійної роботи

1. Зібрати анамнез, оцінити фактори ризику розвитку ендометріозу.
2. Дати оцінку гістерограми при ендометріозі.
3. Дати оцінку УЗ картини аденоміозу.
4. Виписати рецепти на медикаментозні засоби, які використовуються при лікуванні ендометріозу.

Тестові завдання

1.

Хвора 32 років звернулася до лікаря жіночої консультації з приводу безпліддя на протязі 10 років подружнього життя, болісних, довготривалих місячних. При вагінальному дослідженні було виявлено збільшення передньо-заднього розміру матки, шароподібну її форму, обмежену рухомість. Додатки не виявляються. Про яку форму ендометріозу може свідчити ця клінічна картина?

- А) ендометріоз цервікального каналу;
- Б) ендометріоз яєчників і очеревини малого тазу;
- В) внутрішній ендометріоз;
- Г) Нічого із вказаного;
- Д) Все вище вказане.

2.

До лікаря жіночої консультації звернулася хвора 25 років із скаргами на

дисменорею, диспареунію, безпліддя на протязі 3 років, темні мажучі виділення із статевих шляхів до та після менструації, слабкість, швидку втомлюваність. Про яку патологію може йти мова?

- А. Генітальний ендометріоз.
- Б. Ендометрит.
- В. Спайковий процес малого тазу.
- Г. Двосторонній аднексит.
- Д. Безпліддя неясного генезу.

3.

Хворій 34 років з приводу дисменореї, безпліддя, болісних менструацій проведено гістероскопію. Виявлено темно-червоні крапкові отвори на фоні блідорожевого відтінку слизової оболонки порожнини матки. Про яке захворювання може свідчити вище вказана гістероскопічна картина?

- А. Аденоміоз.
- Б. Аденоматоз.
- В. Ендометрит.
- Г. Поліпоз ендометрію.
- Д. Підслизова лейоміома матки.

4.

Лікар жіночої консультації при огляді хворої з приводу безпліддя виявив збільшення розмірів матки, зменшення її рухомості. Хворій було запропоновано УЗД малого тазу напередодні менструації. При цьому було виявлено збільшення передньо-заднього розміру матки, округлість її форми, появу в міометрії аномальних кістозних порожнин діаметром 3-5 мм. Про яке захворювання може свідчити ця картина?

- А. Дифузна форма аденоміозу.
- Б. Вузлувата форма ендометріозу.
- В. Аденоматоз.
- Г. Поліп ендометрія.
- Д. Все вище вказане.

5.

Хворій з приводу дисфункційної маткової кровотечі, безпліддя було виконано гістероскопію. Виявлено збільшення та деформація порожнини матки внаслідок вибухання її стінок, на яких локалізуються патологічні утворення з жовтим та блідо-жовтим відтінком без чітких меж, іноді з наявністю поверхневих синюватого кольору «зіниць». Для якого патологічного процесу характерна така гістероскопічна картина?

- А. Вузлувата форма ендометріозу.
- Б. Дифузна форма аденоміозу.
- В. Аденоматоз.
- Г. Поліп ендометрія.
- Д. Все вище вказане.

6.

Хворій 23 років з приводу безпліддя неясного генезу виконано діагностичну лапароскопію. Було виявлено зірчасто-рубцевих пошкоджень, які оточені червоно-голубими імплантатами на яєчниках та на перитонеальній поверхні матки. Про яку патологію свідчить вище означена картина?

- А. Ендометриоз.
- Б. Туберкульоз додатків і матки.
- В. Хронічний запальний процес маткових труб.
- Г. Периметрит.
- Д. Все вище вказане.

7.

Хворій 30 років з приводу безпліддя неясного генезу виконано діагностичну лапароскопію. Було виявлено поодинокі гетеротопії на тазовій очеревині та на яєчниках без спайок та рубців. Про яку патологію свідчить вище означена картина?

- А. Малі форми ендометріозу.
- Б. Аденоміоз.
- В. Аденоматоз.
- Г. Туберкульоз додатків матки.
- Д. Запальний процес додатків матки.

8.

У хворої 26 років при проведенні діагностичної лапароскопії виявлені «шоколадні», синюватого кольору двосторонні кісти яєчників та адгезивний процес у малому тазу поміж яєчником і заднім листком широкої зв'язки.

Про яку форму ендометріозу йде мова?

- А. Перитонеальний ендометріоз.
- Б. Аденоміоз.
- В. Екстрагенітальний ендометріоз.
- Г. Внутрішній ендометріоз.
- Д. Екстраперитоніальний ендометріоз.

9.

Під час лапароскопії з приводу безпліддя у хворої виявлено гетеротопії ендометріозу на поверхні яєчників з утворенням дрібних кіст, невиражений периоваріальний та перитубарний спайковий процес. Який ступінь важкості ендометріозу?

- А) Ендометріоз середньої важкості.
- Б) Важка форма ендометріозу.
- В) Малі форми ендометріозу.
- Г) Нічого із вказаного;
- Д) Все вище вказане.

10.

Хворій 30 років з приводу кисти яєчника виконано лапароскопічну операцію. Виявлено ендометріюїдну кісту лівого яєчника близько 5 см в діаметрі, виражений периоваріальний та перитубарний спайковий процес, а також деформацію

маткових труб з рубцюванням, порушенням прохідності. Про яку патологію свідчить вище означена картина?

- А). Важку форму ендометріозу.
- Б) Ендометріоз середньої важкості.
- В) Малі форми ендометріозу.
- Г) Нічого із вказаного;
- Д) Все вище вказане.

11.

У хворой 32 років з безпліддям діагностовано перитонеальну форму ендометріозу. З якими чинниками пов'язане безпліддя у данної пацієнтки?

- А) механічними;
- Б) перитонеальними;
- В) імунологічними;
- Г) ендокринними порушеннями;
- Д) все вище вказане.

12.

Хворій 30 років з приводу клініки пельвіоперитониту проведено ургентне хірургічне втручання. Виявлено множинні гетеротопії ендометріозу не поверхні правого яєчника, «шоколадну» кисту близько 4см лівого яєчника, вогнища ендометріозу на тазовій очеревині та маткових трубах. З чим пов'язаний розвиток клініки пельвіоперитониту у пацієнтки?

- А) мікроперфорацією вогнищ ендометріозу;
- Б) перекрутом яєчника;
- В) здавленням сусідніх органів;
- Г) Нічого із вказаного.
- Д) Все вище вказане.

Ситуаційні задачі

1. Хвора 30 років звернулась до лікаря жіночої консультації зі скаргами на рясні, довготривалі, болісні менструації, тривалі темно-кров'яністі виділення із статевих шляхів до– та після місячних, безпліддя.

Які методи дослідження потрібно провести для встановлення діагнозу?

2. Хвора 25 років звернулась до лікаря жіночої консультації зі скаргами на рясні, довготривалі, болісні менструації, які порушують працездатність, дискомфорт в нижніх відділеннях живота протягом менструального циклу(користуєтьсяанальгетиками), помірну диспареунію. Довготривалі темно-кров'яністі виділення із статевих шляхів до– та після місячних, безпліддя.

Дайте оцінку больового синдрому.

3. Хвора 33 років скаржиться на болісні менструації, дискомфорт в нижніх відділах живота перед менструацією, диспареунію, безпліддя. Лікар запідозрив ендометріоз.

На який день менструального циклу потрібно провести гістеросальпінгографію

івизначення рівня СА-125 для підтвердження діагнозу?

4. Хворій 27 років з приводу болісних менструацій та безпліддя було проведене УЗД органів малого тазу. При цьому було відзначено збільшення передньо- заднього розміру матки, округлість її форми, ехо «+» включення в міометрії.

Встановіть попередній діагноз. Які додаткові дослідження потрібно провести для встановлення клінічного діагнозу?

5. Жінка 42 років скаржиться на виражену диспареунію, дисхезію, дисменорею, безпліддя, емоційну лабільність, безсоння.

Який патологічний процес можна запідозрити? Які додаткові методи діагностики потрібно використати для встановлення діагнозу?

6. Хворій 27 років з приводу ендометріюїдної кісти лівого яєчника проведене оперативне лапароскопічне лікування в об'ємі видалення кісти.

Чи потрібно проводити подальшу терапію ендометріозу? Якщо так, то яку?

7. До лікаря жіночої консультації звернулась хвора 34 років із скаргами на безпліддя, болісні, довготривалі місячні, помірну диспареунію і дисхезію. При гінекологічному дослідженні встановлено: матка шароподібної форми, обмежено-рухома, додатки не виявляються. Крижово-маткові зв'язки напружені, болючі. В ділянці ректо-вагінальної перетинки різко болючий інфільтрат.

Поставте попередній діагноз. Яке лікування показане хворій?

8. Хвора 49 років скаржиться на рясні, не регулярні та болючі менструації. При гінекологічному дослідженні встановлено: шийка матки деформована з полями дисплазії; тіло матки збільшене як до 10 тижнів вагітності, шароподібної форми, обмежено-рухоме. В області лівих додатків палькується щільне, малорухоме округлої форми утворення близько 7 см в діаметрі. Праві додатки не визначаються. Складіть план обстеження та лікування.

9. Хвора 30 років звернулась до лікаря жіночої консультації зі скаргами на рясні, довготривалі, болісні менструації. Довготривалі темно-кров'яністі виділення із статевих шляхів до – та після місячних, безпліддя.

Які методи дослідження потрібно провести для встановлення діагноза?

10. Хвора 25 років звернулась до лікаря жіночої консультації зі скаргами на рясні, довготривалі, болісні менструації, які порушують працездатність, дискомфорт в нижніх відділеннях живота протягом більшої половини менструального циклу, користується анальгетиками, помірну диспареунію. Довготривалі темно-кров'яністі виділення із статевих шляхів до – та після місячних, безпліддя. Дайте оцінку больового синдрому.

11. Хвора 33 років скаржиться на болісні менструації, дискомфорт в нижніх відділах живота перед менструацією, диспареунію, безпліддя. Лікар запідозрив ендометриоз. На який день менструального циклу потрібно провести гістеросальпінгографію і визначення рівня СА-125 для підтвердження діагнозу?

12. Хворій 27 років з приводу болісних менструацій та безпліддя було проведено УЗД органів малого тазу. При цьому було відзначено збільшення передньо-заднього розміру матки, округлість її форми, ехо «+» включення в біометрії.

Встановіть попередній діагноз. Які додаткові дослідження потрібно провести для встановлення клінічного діагнозу?

13. Жінка 42 років скаржиться на виражену диспареунію, дисхезію, дисменорею, безпліддя, емоційну лабільність, безсоння. Який патологічний процес можна запідозрити? Які додаткові методи діагностики потрібно використати для встановлення діагнозу?

14. Хвора 26 років звернулась до лікаря жіночої консультації із скаргами не болі внизу живота, затримку менструації, нагрібання молочних залоз. А анамнезі 1 пологи, 1 артіфікаційний аборт. Від вагітності не оберігається. При бімануальному дослідженні в області правих додатків визначається округле, чутливе при пальпації, рухоме утворення еластичної консистенції в діаметрі 5 см. При УЗД виявлено кисту правого яєчника.

Яка подальша тактика лікаря?

15. Хворій 27 років з приводу ендометриоїдної кисти лівого яєчника проведено оперативне лапароскопічне лікування в об'ємі видалення кисти. Чи потрібно проводити подальшу терапію ендометриозу? Якщо так, то яке?

16. До лікаря жіночої консультації звернулась хвора 34 років із скаргами на безпліддя; болісні, довготривалі місячні, помірну диспареунію і дисхезію. При гінекологічному дослідженні встановлено: матка шароподібної форми, обмежено-рухома, додатки не виявляються. Крижово-маткові зв'язки напружені, болючі. В ділянці ректо-вагінальної перетинки різко болючий інфільтрат. Поставте попередній діагноз. Яке лікування показане хворій?

17. Хвора 18 років, прооперована лапароскопічним доступом з приводу ендометриозної кисти лівого яєчника. Гетеротопій ендометриозу не очеревині малого тазу, матці, правих додатках не спостерігалось. Яку гормонотерапію потрібно проводити в післяопераційному періоді?

18. Хвора 23 років оглянута лікарем з приводу безпліддя на протязі 3 статевого років життя без контрацептивів. Виявлено ендометриоїдні гетеротопії на вагінальній частині шийки матки. Яке лікування показане хворій?

19. У пацієнтки 24 років під час діагностичної лапароскопії проведеної з приводу безпліддя діагностовано поодинокі гетеротопії ендометриозу на тазовій

очеревині, які було коагульовано біполярним електродом. Про яку форму ендометріозу йде мова? Чи потребує хвора подальшого лікування і чому?

20. Хвора 36 років знаходиться на диспансерному обліку в жіночій консультації з приводу ендометріозу на протязі 12 років. Консервативне лікування з використанням агоністів гонадотропінів мало нестійкий ефект. При черговому огляді лікарем встановлено збільшення розмірів матки як до 9 тижнів вагітності – у зв'язку з чим проведено РДВ- виявлено атипичну гіперплазію ендометрію. Яка подальша тактика лікаря?

Тема: «Гнійно-септичні захворювання жіночих статевих органів»

I. Актуальність теми

Запальні захворювання статевих жіночих органів жінок (ЗЗСО) займають перше місце в структурі гінекологічних захворювань і становлять 60-65% серед усіх гінекологічних захворювань. Серед хворих на ЗЗСО – 75% становлять жінки, молодші 25 років (від 16 до 25 років), із них $\frac{3}{4}$ тих, що мали пологи.

Запальні захворювання є найголовнішою причиною негормонального безпліддя, ектопічних вагітностей, невиношування, відіграють певну роль в розвитку плацентарної дисфункції, захворюваності плода та новонародженого. Треба мати на увазі, що запалення нижнього відділу статевих органів можуть привести до виникнення передракової патології шийки матки (ектопії, дисплазії), тіла матки (лейоміома). Знання причин, методів діагностики та лікування запальних захворювань жіночих статевих органів необхідно лікарю будь-якого профілю в його практичній діяльності.

II. Навчальні цілі

Ознайомитись ($\alpha=1$),

- із частотою запальних захворювань жіночих статевих органів.

Засвоїти ($\alpha=2$) :

- Причини та патогенез розвитку запальних захворювань жіночих статевих органів
- Фактори ризику запальних захворювань жіночих статевих органів
- Класифікацію запальних захворювань жіночих статевих органів.
- Діагностика запальних захворювань жіночих статевих органів.
- Клініка запальних захворювань жіночих статевих органів
- Лікарська тактику запальних захворювань жіночих статевих органів
- Методи лікування запальних захворювань жіночих статевих органів
- Методи профілактики виникнення запальних захворювань жіночих статевих органів.

Оволодіти та удосконалити навички ($\alpha=3$):

- Збирати гінекологічний анамнез
- Виконувати гінекологічне дослідження.
- Оцінювати результати додаткових методів дослідження (лабораторних, ультразвукових, ендоскопічних, інструментальних, гістологічних).

Вміти ($\alpha=4$):

- Зібрати анамнез і виділити ознаки, притаманні запальним захворюванням жіночих статевих органів.
- Скласти план обстеження для діагностики запальних захворювань жіночих статевих органів.
- Оцінити результати основного та додаткового обстеження при запальних захворюваннях жіночих статевих органів.
- Провести діагностику запальних захворювань жіночих статевих органів.
- Визначити фактори ризику виникнення запальних захворювань жіночих статевих органів.
- Визначити тактику ведення хворих з запальними захворюваннями жіночих статевих органів.
- Призначати лікування при запальних захворюваннях жіночих статевих органів.
- Визначити показання до оперативного лікування при запальних захворюваннях жіночих статевих органів.
- Скласти план щодо реабілітації хворих з запальними захворюваннями жіночих статевих органів.

III. Виховні цілі

- Виховна (навчити студентів відповідальності і послідовності в роботі, чуйності та толерантного відношення до вагітної, роділлі, породіллі, гінекологічної хворої);
- Наукова (навчити студентів логічного клінічного мислення на підставі нових для нього методів діагностики і лікування);
- Творча (надати можливість студенту самостійно вирішити нетипову задачу з самостійним вибором шляху вирішення);
- Відповідальна (розвинути у студентів почуття відповідальності за правильність професійних дій).

IV. Міждисциплінарна інтеграція:

№ № п/п	Дисципліни	Знати	Вміти
Забезпечуючі дисципліни			

11.	Анатомія людини	Анатомію зовнішніх та внутрішніх статевих органів	Дати характеристику будови жіночих статевих органів
22	Гістологія	Гістологічну будову матки ,молочних залоз	Оцінити результати гістологічного дослідження
33	Патологічна анатомія	Гістологічну будову фонових та передракових станів шийки матки та ендометрію та молочних залоз	Оцінити результати гістологічного дослідження
4	Топографічна анатомія	Взаєморозташування жіночих статевих органів з органами сечовидільної та травної системи.	Диференціювати утворення органів малого тазу
5	Хірургія	Клініку та діагностику запальних захворювань жіночих статевих органів	Надати невідкладну допомогу при запальних захворюваннях жіночих статевих органів
Забезпечувані дисципліни			
11	Сімейна медицина	Клініку, діагностику, методи лікування запальних захворювань жіночих статевих органів	Діагностувати і скласти план обстеження та лікування при запальних захворюваннях жіночих статевих органах
Внутрішньопредметна інтеграція			
11.	Методи дослідження в гінекології	Основні та додаткові методи обстеження в гінекології	Провести гінекологічне обстеження. Оцінити результати клініко-лабораторних досліджень та додаткових методів обстеження

V. Зміст навчального матеріалу

Запальний процес у статевих органах жінки являє собою перш за все інфекційний процес, у виникненні якого можуть відігравати різні мікроорганізми. Спектр збудників, які викликають запалення внутрішніх жіночих статевих органів, достатньо широкий і включає бактерії, які звичайно колонізують піхву, та нижній відділ цервікального каналу (індигенну флору), а також збудників, що передаються статевим шляхом. Не втратили свого значення такі збудники, як стрептокок, стафілокок, кишкова паличка, протей та інші. Дослідженнями останніх років доведено роль анаеробної інфекції, її монокультура досягає 20%, поліанаероби – 44%, облігатні та факультативні анаероби – 37,7%.

Існують *механізми біологічного захисту статевої системи жінок* від інфікування, які нараховують чотири біологічних бар'єри.

Перший біологічний бар'єр – це зімкнута статева щілина, що забезпечує захист піхви від навколишньої середовища за рахунок тонусу промежини і вульварного кільця.

Другий біологічний бар'єр забезпечується будовою слизової стінки вагіни (багатошаровий сквамозний епітелій не сприяє розмноженню патогенних мікроорганізмів); здатністю вагіни до самоочищення; кислому середовищу рН=4-4,5 (залежить від фази менструального циклу).

Третій фізіологічний бар'єр – шийка матки, вузький цервікальний канал, наявність слизового секрету, який містить велику кількість факторів імунітету (бактерицидна дія слизової «пробки»; у фізіологічних умовах дві верхні третини цервікального каналу залишаються стерильними).

Четвертий бар'єр обумовлений станом матки та додатків, циклічними відшаруванням ендометрію, перистальтичними скороченнями маткових труб в сторону порожнини матки.

Слід пам'ятати про ятрогенні фактори та умови, що порушують бар'єрні механізми захисту статевих систем жінки, які сприяють поширенню запальних процесів: такі як пологові травми промежини, випадіння стінок піхви, механічні, хімічні, термічні фактори, які подразнюють епітелій слизової оболонки піхви, розриви шийки матки, які зумовлюють виникнення ектопіону та порушують бактерицидні властивості цервікального слизу. Часте вживання дезінфектантів, сперміцидних вагінальних свічок та гелів призводить до знищення сапрофітної аутофлори піхви. Використання тампонів типу «Тамрах» сприяє утворенню оптимальних умов для швидкого розмноження патогенних мікроорганізмів та пригнічення захисних механізмів. Пологи, аборти, симультанні операції, ендоскопічні методи обстеження сприяють поширенню запального процесу. Виникненню ЗЗСО сприяють такі супутні захворювання як цукровий діабет, гіпофункція яєчників, екстрагенітальна патологія, порушення обміну речовин, хронічні інфекції, хіміотерапія, глюкокортикоїдна терапія з імуносупресивним ефектом.

ПАТОГЕНЕЗ.

Головними ланцюгами патогенезу запальних захворювань статевих систем жінки є:

- пряма вражаюча дія інфекційного агента на фоні зниження імунних та неімунних захисних механізмів організму, виникнення дисбіотичних станів.
- Альтерація тканин, що супроводжується розвитком біохімічних реакцій в зоні запалення та морфологічні зміни в клітинах тканин.
- Ексудація – внаслідок порушення мікроциркуляції, міграції лейкоцитів та інших формених елементів крові.
- Проліферація та міграція фібробластів, ріст судин та грануляційної тканини.
- Регенерація тканин.

Морфологічні прояви вражаючої дії збудників:

- некробіотичні зміни в клітинах;
- місцеві розлади кровообігу (крововиливи, тромбози, некрози)

- дистрофічні зміни тканин;
- репаративна внутрішньоклітинна регенерація.

При хронічному запальному процесі жіночих статевих органів центральне місце в патогенезі займає аутоімунна агресія. В процесі альтерації деструктивні тканини є антигенами, у відповідь утворюються ауто антитіла, які руйнують ушкоджені та здорові тканини організму.

Механізми інфікування:

- висхідний шлях – інтраканікулярний;
- лімфогенний;
- гематогенний;
- контактний (пряме проникнення з органів черевної порожнини).

У більшості випадків запальні процеси носять полімікробний характер. В наслідок цього захворювання втрачає нозологічну специфічність. Особливості сьогодення в тому, що спостерігається значне зниження імунної реактивності жіночого організму, що зумовлено погіршенням екологічної обстановки, наявністю хронічного стресу, особливістю живлення та зміною фізіологічних періодів в житті жінки.

Класифікація запальних захворювань статевих органів.

За клінічним перебігом:

- I. Гострі процеси.
- II. Підгострі процеси.
- III. Хронічні процеси.

За ступенем важкості:

- I. Легка.
- II. Середня.
- III. Важка.

За локалізацією:

I. Запалення статевих органів нижнього відділу:

- 1) вульви (вульвіт);
- 2) бартолінової залози (бартолініт);
- 3) піхви (вагініт);
- 4) шийки матки ;

- кольпіт;

- екзоцервіцит (запалення піхвової частини шийки матки, покритої багатошаровим плоским епітелієм);

- ендocerвіцит – запалення слизової оболонки, яка переходить в канал шийки матки і вкрита циліндричним епітелієм.

II. Запалення статевих органів верхнього відділу:

1. Тіла матки:

- а) ендометрит (запалення слизової оболонки тіла матки);
- б) метроендометрит (запалення слизового і м'язового шару тіла матки);
- в) панметрит (запалення усіх шарів стінки матки);
- г) периметрит (запалення очеревини, що покриває тіло матки).

2. Додатків матки:

- а) сальпінгіт (запалення маткових труб);
- б) оофорит (запалення яєчників);
- в) сальпінгоофорит, аднексит (запалення маткових труб та яєчників);
- г) аднекстумор (запальна пухлина маткових труб та яєчників);
- д) гідросальпінкс (запальна мішечкувата пухлина маткової труби з накопичуванням серозної рідини в її просвіті);
- е) піосальпінкс (запальна мішотчата пухлина маткової труби з накопиченням гною у її просвіті);
- є) піоваріум (запальна пухлина яєчника з гнійним розплавленням його тканин);
- ж) пері сальпінгіт (запалення очеревинного покриву маткової труби).

3. Клітковини таза:

Параметрит (запалення клітковини, що оточує матку) – боковий, передній, задній.

4. Очеревини таза:

Пельвіоперітоніт – запалення очеревини малого тазу.

За НК 025:2021 «Класифікатор хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я»:

- N70 Сальпінгіт та оофорит
- N70.0 Гострий сальпінгіт та оофорит
- N70.1 Хронічний сальпінгіт та оофорит
- N70.9 Сальпінгіт та оофорит, не уточнені
- N71 Запальне захворювання матки, за винятком шийки матки
- N71.0 Гостре запальне захворювання матки
- N71.1 Хронічне запальне захворювання матки
- N71.9 Запальне захворювання матки, не уточнене
- N72 Запальне захворювання шийки матки

- N73 Інші запальні захворювання органів малого таза у жінок
- N74 Запальні ураження органів малого таза у жінок при хворобах, класифікованих в інших рубриках
 - N74.3 Гонококові запальні хвороби органів малого таза у жінок
 - N74.4 Запальні хвороби органів малого таза у жінок, спричинені хламідіями
 - N74.8 Запальні хвороби органів малого таза у жінок при інших хворобах, класифікованих в інших рубриках

Клінічна картина запальних захворювань геніталій

В сучасних умовах запальні захворювання геніталій мають деякі особливості. Їх характеризує:

- стерта клінічна симптоматика гострої стадії захворювання;
- перевага хронічних процесів, а в останні роки поява первинно хронічних захворювань;
- стійкий рецидивуючий перебіг хронічних процесів;
- найбільш часта локалізація запального процесу в придатках матки;
- рідкісне ураження параметральної клітковини;
- рідкісний розвиток гнійних процесів.

Перебіг захворювань (гострий, підгострий, хронічний), ступінь важкості (легка, середня, важка), залучення багатьох тканин та органів, (ендоцервікс, ендометрій, біометрій, ендосальпікс, яєчники); розповсюдження процесу на оточуючі тканини (параметрій, очеревину) в більшій мірі залежить від реактивності організму жінки, а також від патогенних властивостей мікробів.

Гострий перебіг захворювань характеризується першим або поодиноким епізодом - пацієнти зазвичай мають ознаки та симптоми гострого запалення. Рецидивуючий перебіг захворювань характеризується не менше чотирма епізодами за 12 місяців, причому два епізоди підтверджені мікроскопією або культуральним дослідженням при наявності симптомів (принаймні один епізод повинен бути підтвердженим шляхом культурального дослідження).

Виділяють два клініко-патогенетичні варіанти запального процесу. Для першого є характерною перевага інфекційно-токсичних проявів як результату вкорінення або активації мікробів (поява болю, температурна реакція, ексудативні процеси, інтоксикація) – інфекційно-токсичний варіант. Другий варіант характеризується стійким больовим синдромом та ознаками порушення функцій судинної (переважно мікроциркуляції), нервової, імунної та ендокринної систем. Перший варіант спостерігається при гострому перебігу та загостренні хронічного процесу. Другий варіант характерний для хронічного перебігу захворювання.

Больовий синдром є провідним симптомом хронічного запалення незалежно від його локалізації. Його морфологічна основа – це фібротизація, склерозування тканин, втягнення в процес нервових гангліїв з розвитком тазових гангліоневритів і таких же уражень у віддалених органах (солярит та ін.). біль має різний характер: тупий, ниючий, тягнучий, такий, що посилюється, постійний, або періодичний. Для хронічних запальних процесів характерний рефлекторний біль, що виникає за

механізмом вісцеро-сенсорних і вісцеро-кутанних рефлексів. Біль внизу живота буває дифузний, нерідко локалізується в правому або в лівому паху, іррадіює в ділянку поперека, у піхву, у пряму кишку, у крижі, у нижні кінцівки. Інші симптоми залежать від ураження різних анатомічних структур.

Діагностичні критерії ЗЗОМТ

Групи критеріїв	Критерії діагностики ЗЗОМТ	Коментарі
Мінімальні	При гінекологічному обстеженні: - болючість при зміщенні шийки матки; - болючість при пальпації матки; - болючість при пальпації придатків матки.	Наявність одного з цих критеріїв АБО біль у ділянці органів малого таза чи нижній частині живота, якщо неможливо визначити іншу причину захворювання – є підставою для початку лікування ЗЗОМТ.
Додаткові	-температура тіла >38,3°C; - аномальні слизисто-гнійні виділення з шийки матки; - наявність великої кількості лейкоцитів при мікроскопії вагінальних виділень; - підвищення ШОЕ; - підвищення С-реактивного білка; - лабораторне підтвердження <i>N. gonorrhoeae</i> або <i>S. trachomatis</i> у матеріалі із шийки матки	Можна використовувати один із цих критеріїв для посилення специфічності мінімальних клінічних критеріїв і підтвердження діагнозу ЗЗОМТ
Специфічні	- біопсія ендометрія з патологістологічним дослідженням при ендометриті; - ТВ УЗД або МРТ органів малого таза, що демонструють потовщені, заповнені рідиною маткові труби з або без вільної тазової рідини або тубооваріальне утворення, доплерометричні ознаки запального процесу при УЗД; - результати лапароскопії, що відповідають ЗЗОМТ	Діагностична оцінка за допомогою вказаних процедур може бути доцільною

Лабораторні методи дослідження за підозри на ЗЗОМТ

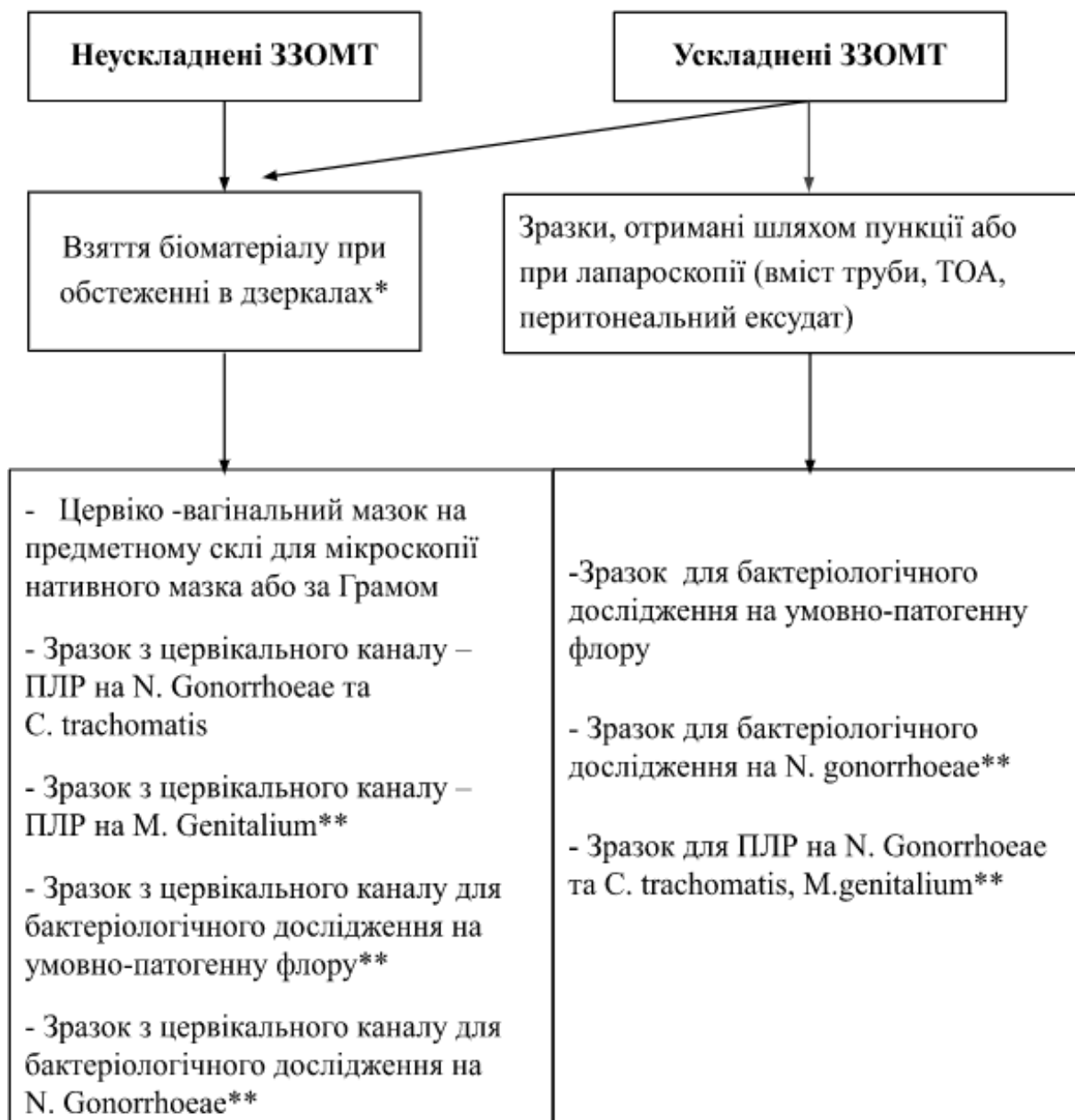
Метод	Біологічний матеріал	Мета дослідження
Бактеріоскопія нативного мазка або мазка за Грамом	Цервікальні виділення	Наявність підвищеної кількості лейкоцитів в цервікальному каналі – додатковий діагностичний критерій ЗЗОМТ (неспецифічний). Додатково – дані щодо бактеріального вагінозу та вагінальних інфекцій.
ПЛР (МАНК) для виявлення <i>S. trachomatis</i> , <i>N. gonorrhoeae</i> ПЛР (МАНК)	Цервікальні виділення Вміст тубооваріальний	Наявність ППСШ - додатковий діагностичний критерій ЗЗОМТ, який

для виявлення <i>M. Genitalium</i>	абсцес (ТОА), перитонеальний ексудат	впливає на вибір антибіотикотерапії, обстеження та лікування статевого партнера, контрольного обстеження після закінчення лікування.
Бактеріологічне дослідження <i>N. gonorrhoeae</i>	Цервікальні виділення Вміст ТОА, перитонеальний ексудат	Виявлення антибіотикорезистентних форм <i>N. gonorrhoeae</i> .
Бактеріологічне дослідження на умовно- патогенну флору	Цервікальні виділення Вміст ТОА, перитонеальний ексудат	Визначення збудника та чутливості до антибіотиків.
Загальний аналіз крові	Кров	Ознаки запалення (лейкоцитоз, підвищення ШОЕ, підвищення С- реактивного білка) – додаткові діагностичні критерії ЗЗОМТ.
С-реактивний білок	Кров	Оцінка тяжкості перебігу.
бета-ХГЛ загальний	Кров	Виключення вагітності (при сумнівному тесті на вагітність)
Загальний аналіз сечі	Сеча	Диференційна діагностика з інфекціями сечовивідних шляхів
Тест на вагітність	Сеча	Виключення вагітності у статево активних і потенційно фертильних жінок

Інструментальні методи дослідження за підозри на ЗЗОМТ

Метод	Мета дослідження
УЗД органів малого таза	Ознаки запалення – додаткові діагностичні критерії ЗЗОМТ. Візуальна діагностика ТОА, топічний діагноз. Диференційна діагностика.
МРТ, КТ органів малого таза	Візуальна діагностика ТОА, топічний діагноз. Диференційна діагностика.

Мікробіологічні обстеження при ЗЗОМТ

**Примітки:**

* - ситуації, коли використання дзеркал неможливе - вагінальні зразки

** - обстеження належить до бажаних критеріїв якості медичної допомоги

Ультразвукові критерії ЗЗОМТ**Ранні ультразвукові ознаки ЗЗОМТ:**

- нечіткі межі матки;
- підвищення ехогенності жирової тканини у порожнині малого таза;
- потовщення маткової труби.

Неспецифічні ультразвукові ознаки ЗЗОМТ:

- наявність вільної рідини у порожнині малого таза та/або в порожнині матки;
- збільшення розмірів яєчників;
- збільшення товщини і васкуляризації ендометрія.

Ультразвукові ознаки сальпінгіту включають:

- потовщення/розширення маткових труб;
- неповні перегородки в матковій трубі;
- накопичення рідини в трубі (гідросальпінкс);
- збільшення васкуляризації навколо труби при кольоровій доплерографії;
- підвищена ехогенність жирової тканини навколо труби та наявність вільної рідини в порожнині малого таза;
- наявність рідини з ехогенною зависсю в трубі (піосальпінкс);
- ознака «зубчастого колеса»:
- вигляд розширених складок маткової труби на поперечному розрізі, які нагадують зубчасте колесо;
- ознака «намиста на струні»:
- візуалізується у вигляді складних виступів схожих на вузлики в просвіті маткової труби.

У разі ускладненого перебігу ЗЗОМТ при УЗД можна виявити утворення у ділянці додатків матки з неоднорідним ехо-паттерном. ТОА при УЗД візуалізується у вигляді мультилокулярного комплексу позаматкового/придаткового утворення з товстими неправильними стінками, перегородками. ТОА зазвичай двосторонні.

Запальні захворювання нижнього відділу геніталій (**вульвіт, бартолініт, кольпіт, екзоцервіцит**) звичайно мають інфекційне походження (часто мікробні асоціації) і передаються статевим шляхом. Спостерігається тенденція щорічного збільшення частоти їх поширення. У значного числа пацієнок (не менше 25%), наслідком цих процесів є позаматкова вагітність.

В сучасних умовах запальні захворювання жіночих статевих органів нерідко мають довготривалий рецидивуючий перебіг і тенденцію до хронізації процесу.

Вульвіт – це запальний процес зовнішніх статевих органів. Розділяють: первинний вульвіт (недотримання гігієни, опрілості при ожирінні, сечостатеві нориці, цистит, гельмінтоз, ендокринні хвороби, хімічні, термічні та механічні подразнення, нераціональне вживання антибіотиків та інших препаратів), вторинний вульвіт (внаслідок запальних процесів внутрішніх статевих органів – кольпітів, ендоцервіцитів та інших).

Етіологія: неспецифічна умовна патогенна мікрофлора, трихомонади, дрожжеподібний грибок, віруси (простого герпесу, папіломи людини, контагіозного молюска).

Клінічно поділяють: гострий вульвіт та хронічний вульвіт.

Гострий вульвіт – скарги на біль, відчуття свербіжу та печії в області вульви, які посилюються при ходьбі та сечовипусканні, рясні виділення, загальне нездужання, підвищення температури тіла. Об'єктивно: набряк зовнішніх статевих органів, гіперемія великих та малих статевих губ дифузного характеру, або у вигляді обмежених ділянок, мілкі ерозивні подразнення зовнішніх статевих органів із гнійними виділеннями, загальна слабкість, підвищення температури тіла, іноді можуть бути збільшені пахові лімфатичні вузли. Хронічний вульвіт – вказані симптоми менш виражені.

Обстеження:

1. Загальний аналіз крові.
2. Загальний аналіз сечі.

3. Аналіз крові на RW, ВІЛ.

4. Мазок вагінальних виділень на флору.

5. Посів вагінальних виділень на мікрофлору та чутливість до антибіотиків.

6. Обстеження на папіломовірус людини, вірус контагіозного малюска (ПЛР), трихомонади, *Candida albicans* (за необхідністю).

7. Посів на гонокок.

Лікування:

I) Утримання від статевого контакту.

II) Місцеве лікування:

1) вагінальні ванночки та санація зовнішніх статевих органів 0,5 % розчином хлоргексидина або декаметоксина.

2) Обробка піхви та вульви бетадином, вокадином, цитеалом, мірамістином, інстиллагелем.

3) Введення вагінальних таблеток, тампонів, свічок що містять препарати етіотропної дії:

а) При неспецифічній коковій флорі – тержинан, поліжинакс, мератин – комбі, мікожинакс, бетадин.

б) При гарднеллерах – Ung. Dalacini 2%, метронідазол (флагіл, трихопол, ефлоран, нідазол), тержинан, міратін – комбі, клеон – Д.

в) При трихомоніазі (загальне та місцеве лікування проводити на протязі 10 днів після менструації – 3 цикла) – таблетки трихопола, тінідазола, фазижина, клеон – Д, міратін – комбі, тержинан, трихомонацид, нео-пенотран.

г) При дрожжеподібних грибах – препарати полієнового ряду: ністатін, леворін, танаміцин, пімафукоорт; препарати імідазолowego ряду: кетоконазол, клотрімазол, міконазол, гінезол, еконазол, гіналгін; комплексні препарати: декамін, тержинан.

При генітальному герпесу – препарати прямої противірусної дії: ацикловір (зовіракс, віролекс, герпевір); шарики з інтерферонами: альфа –інтерверон, віферон; мазі з противірусними препаратами рослинного походження: алпізарин і мегасин.

4) Підсушуючі засоби.

Rp.: Camphorae 0,5

Zinci oxydi 2,5

Talcі 47,0

M.D.S. Присипати поверхність вульви.

5) Протизудні засоби

Rp.: Mentholi 1,0

Anaesthesini 3,0

Folliculini 300000ЕД

Streptocidi alba 4,0

M.D.S. Протирати поверхності,що сверблять

Rp.;Sol.Dicaini 3% - 2 ml

D.S.Для змазування вульви.

III. Загальне лікування проводити при значних клінічних проявах в залежності від виду збудника.

IV Імунотерапія. Вітамінотерапія: тіамінохлорид по 0,002 г 3 раз/на добу.,

30-40 днів, рибофлавін –по 0,005 г 2 раз/на добу, віт. С (200 мг) з віт.Е (100мг) – по 1 капсулі 3 раз на добу,аевіт – по 1 капсулі 2-3 раз/ на добу.

VI. Фітотерапія – відвари та настої для сидячих ванночок та шпринцувань (дуб звичайний, ромашка аптечна, листя кропиви, спориша трави).

VII.Фізіотерапія:

1) УФО зовнішніх статевих органів.

2) Електрофорез з 1% раствором новокаїну або 10% розчином кальцію хлориду на зону зовнішніх статевих органів.

Бартолініт – це запальний процес великої залози передмісця піхви.

Етіологія – неспецифічна умовно-патогенна мікрофлора, гонокок, трихомонади, кандиди, хламідії, уреоплазми, мікоплазми, віруси.

Клініка

I.По локалізації запального процесу розрізняють:

1) **каналікуліт** (мікроорганізми вражають вивідний протік залози без закупорювання протоку),

2) **несправжній абсцес** бартолінової залози.

3) **абсцес** бартолінової залози.

II. По процесу: гострий та хронічний.

Каналікуліт

Загальний стан жінки не суттєво змінюється.

Locus morbi: навколо зовнішнього отвору вивідного протоку бартолінової залози відмічається червоне пляно і виступаючий запальний валик; при надавленні на протік виділяється капелька гною (беруть для бактеріологічного дослідження).

Несправжній абсцес бартолінової залози – виникає при закупорюванні вивідного протоку бартолінієвої залози.

Загальний стан змінюється не суттєво, температура звичайно субфебрильна, періодично можуть виникати різкі болі при ходьбі, дискомфорт та виникнення болі при статевому акті, зіткнення з одягом.

Locus morbi: припухлість овоїдної форми на межі середньої та нижньої великої статевої губи, шкіра над припухлістю рухлива, гіперемія шкіри, псевдоабсцес випинає на внутрішню поверхню великої статевої губи і закриває вхід у піхву; іноді відмічається незначна болючість при пальпації.

Абсцес бартолінової залози – виникнення гнійної порожнини з піогенною капсулою в області великої залози предмістя піхви.

Причини: інфекційна етіологія. Частіше за все збудники інфекції (строгі анаероби) проникають в паренхіму залози та навколишню клітковину внаслідок чого відбувається розплавлення паренхіми.

Первинний осередок – вагініт, уретрит.

Клініка: постійний гострий, пульсуючий біль в області зовнішніх статевих органів на боці запалення, який посилюється під час сидіння та при ходьбі; погіршення загального стану, підвищення температури тіла до 38,5 С та вище, підвищення РОЕ, лейкоцитоз.

Locus morbi: припухлість в області великої та малої статевих губ, серповидна статева щилина, гіперемія та набряк на враженій стороні, нерухлива шкіра над абсцесом, пальпація залози різко болюча, визначається симптомом флюктуації, іноді збільшуються пахові лімфатичні вузли.

Хронічний бартолініт – характеризується маловиразними проявами запалення, незначним болем, більш щільною структурою залози.

Хронічний бартолініт часто рецидивує при довготривалому існуванні у порожнині залози рідкого ексудату та утворюється кіста бартолінової залози.

Обстеження при захворювання бартолінової залози:

- 1) Загальний аналіз крові;
- 2) Загальний аналіз мочі;
- 3) Аналіз крові на RW ВІЧ;
- 4) Мазок виділень на флору;
- 5) Бактеріоскопічне дослідження виділень з протока великої залози;
- 6) Посів виділень з бартолінової залози та виділень піхви на мікрофлору до АБ;
- 7) При необхідності дослідження на хламідії, уреоплазми, мікоплазми, трихомонади, герпетичну інфекцію, посів на гонокок, СМВ.

Лікування:

- 1) Канікуліта в гострій стадії:
 - а) холод на область враженої залози;

- б) обробка дезінфікуючими розчинами;
- в) при підвищенні температури – антибактеріальна температура з урахуванням чутливості збудника до антибіотиків;
- г) фізіопроцедури (УВЧ-УФО) на 3 - 4 день на область осередка у «холодний період».

2) Абсцеса бартолінової залози:

- а) госпіталізація в стаціонар;
- б) розтин порожнини абсцеса з дренажуванням вогнища та інстиляціями антисептичними розчинами;
- в) антибактеріальна терапія з урахуванням мікрофлори та чутливості до АБ;
- г) десенсибілізуюча терапія (діазолін 0,05 г, кларітин 0,01г);
- д) анальгетики;
- е) седативна терапія(фітосет,настойка валеріани);
- ж) фізіотерапія у холодному періоді;

У разі кісти бартолінової залози та рецидивуючих псевдоабсцесів роблять екстирпацію бартолінової залози.

Кольпіт – запальний процес слизової оболонки піхви. супроводжується гнійними виділеннями, атрофією і запальними змінами слизової оболонки піхви різного ступеня. При цьому захворюванні зменшується кількість лактобацил, підвищується рН піхви, переважають аеробні мікроорганізми, такі як *Escherichia coli*, стрептококи групи В і золотистий стафілокок. Часто зустрічаються змішані інфекції.

Етіологія – часто інфекційна визвана трихомонадами, грибами роду кандіда, вірусами генітального герпеса, мікоплазмами, уреоплазмами, флорою кишечника, умовно-патогенними збудниками (ешеріхії, протей, гемофільна вагінальна паличка та інші).

Клініка – за клінічним перебігом розрізняють 3 стадії: гостру, підгостру та хронічну.

При *гострому* кольпіті хворі скаржаться на виділення рясні або помірні, сирозні або гнійні, відчуття важкості в області піхви, іноді внизу живота, свербіж, печію в області піхви іноді біль при сечовипусканні.

При огляді за допомогою дзеркал: виражена гіперемія та набряк слизової оболонки піхви ,петехіальна сип, червоні вузли інфільтрати, пігментні утворення епітеліального покриву, ерозійні виразки слизової оболонки.

У *підгострій* стадії: клінічні прояви помірні, біль стихає, кількість виділень, гіперемії та набряк слизової зменшується.

В *хронічній* стадії клінічні прояви незначні, Захворювання довготривале характеризується рецидивами. Головними симптомами є виділення серозного іноді гнійного характеру, часто виникає свербіж.

Обстеження:

- 1) Об'єктивне обстеження: огляд зовнішніх статевих органів на наявність виділень та запальних змін;
- 2) Огляд піхви та шийки матки в дзеркалах з проведенням необхідних клініко-лабораторних тестів;
- 3) Бімануальне та ректальне дослідження.

Клініко-лабораторна діагностика.

Обов'язкові дослідження:

- 1) Мікроскопія виділень з цервікального каналу, піхви та уретри, на бактеріальну флору, в тому числі на трихомонади, гарднерели, гонококи та гриби;
- 2) Бактеріологічний посів досліджуваного матеріалу з виявленням збудника та чутливості його до антибіотиків;
- 3) Мазок на онкоцитологію.

Додаткові дослідження:

- 1) Загальний аналіз крові, загальний аналіз сечі, аналіз крові на RW ВІЧ, посів на гонок;
- 2) Діагностика інфекцій, що передаються статевим шляхом (герпес, папіломо-вірус, хламідіоз, мікоплазмоз, уреоплазмоз);
- 3) Кольпоскопія.

Лікування.

В основі лікування кольпітів знаходяться методи загальні та місцеві, які подавляють активність або різко знижують численність збудника, з послідуочим відновленням нормальної мікрофлори, проводиться модуляція місцевих та загальних захисних сил організму.

Місцеве лікування складає 2 етапа: етіотропне лікування та відновлення звичайного біоценозу піхви.

I. Етіотропне лікування(в залежності від виду збудника):

- 1) У гострій стадії починають із застосування теплих сидячих ванночок із калія перманганата 1:500 – 1:10000, або ромашки, шавлії, дубової кори у поєднанні з антибактеріальною терапією з урахуванням чутливості збудника.

Обробка піхви: 4% хлоргексидином, розчином цитеала 1 раз/добу 10-15 днів, аплікації інстиллагелем, 10% бетадином, 5% вокадином, 5% мірамістином,

2) Після затихання гострих запальних явищ призначають спринцювання піхви 2% розчином борної кислоти, або 0,02 % розчином фурациліну, при гнійних виділеннях розчином натрію бікарбоната, розчином ріванола, розчином хлорфіліпта, розчином ротокана, хлоргексидина, біглюконата.

3) введення вагінальних тампонів, свічок, шариків, таблеток:

а) при неспецифічній бактеріальній флорі: поліжинакс (комбінація неоміцина поліміксина, ністатина), тержинан (комбінація тернидазола, неоміцина сульфата, ністатина, преднізолону), міратин – комбі (орнідазол, неоміцина, ністатина, преднізолону), мікожинакс (метронідазол, хлорамфенікол, дексаметазон, ністатин), бетадін, вокадін (йодполівінілпіролідон);

б) при гарднереллах: гіналгін (метронідазол хлорхінальдон, далацин (вагінальний крем 2% інтравагінально), тержинан, міратин – комбі, мікожинакс, метронідазол, кліон –Д 100 (метранідазол, міконазол нітарат);

в) при трихомоніазі (курси по 10 днів на протязі 3 менструальних циклів): метронідазол (гіналгін, кліон, ефлоран, трихопол, флагіл, пітрід), тінідазол, фазижин), тержинан (міратин – комбі, мікожинакс), трихомонацид, неопенотран, гексікон);

г) при грибковій інфекції: клотримазол, міконазол, еконазол, інтраконазол, ністатин)

препарати вводять у піхву 1 раз на добу протягом 3 діб. Призначають пімафуцин протягом 6 днів, діфлюкан по 150 мг усередину та інші;

д) при генітальному герпесі: ацикловір (цикловір, зовіракс, віворакс, герпевір, віролекс, ацик), бонафтон, епіген, 4-5 раз на добу протягом 5-10 днів; інтерферони та їх індуктори (віферон, альфаінтерферон, полудан, гепон); препарати рослинного походження (алпизарин, мегосин, місцево 3-4 рази на добу).

II. Відновлення нормального біоценозу піхви.

Проводиться після завершення курсу етіотропної терапії: біфідумбактерін, біфікол, лактобактерін, колибактерін, вагілак, ацелак, сімбітер -2, на протязі 10 днів.

Загальне лікування проводиться при значних клінічних проявах в залежності від виду збудника при відсутності ефекта від проведеного місцевого лікування.

В комплексі лікування – вітамінотерапія, імунотерапія, фітотерапія, вакцинопрофілактика (полівалентна, протигерпетична вакцина, солкотріховак).

При старечому кольпіті неспецифічної етіології слід застосувати місцеві етіотропні протизапальні засоби, лікувати обмінні порушення, тощо.

Екзоцервіцит – запальний процес в області слизової оболонки вагінальної частини шийки матки. Збудниками екзоцервіциту являються: стафілококи, стрептококи, гонококи, трихомонади, мікоплазми, вірус папіломи людини,

кандиди, гарднерелли, хламідії. Екзоцервіциту передують псевдоерозії шийки матки, ектропіон, кольпіт. Довготривалість захворювання сприяють травми шийки

матки під час абортів діагностичного вишкрябання матки, пологів. Гістологічно виявляють: гіперемію слизової оболонки, її набряк, злущування поверхневого епітелія, утворення інфільтратів. Клінічно хворі скаржаться на слизо-гноїні виділення із піхви, іноді тягучі болі у нижніх відділах живота та поясниці. Лікування залежить від гостроти процесу. Активні місцеві процедури протипоказані через можливе поширення інфекції на вище розташовані відділи статевого апарату. Антибіотики та сульфаніламідні препарати вводять у поєднанні із загальнозміцнювальною терапією. Місцево призначають свічки, шарики, таблетки. У разі хронічного ектоцервіциту проводять більш активне місцеве лікування: спринцювання розчином срібла нітрату 2 %, 10 % розчином протарголу.

Ендоцервіцит – запальний процес слизової оболонки цервікального каналу. Збудниками його є: стафілококи, стрептококи, кишкова паличка, гонококи, трихомонади, хламідії, мікоплазми, папілома вірус людини, кандиди, гарднерели.

Ендоцервіцит може проявлятися скаргами на слизово-гнійні вагінальні виділення. Іноді спостерігаються тягучі болі в нижніх відділах живота та в попереку. При огляді шийки матки за допомогою дзеркал та кольпоскопії виявляється: гіперемія в зоні зовнішнього зіву шийки матки, значні слизово-гнійні або гнійні виділення, ерозивна поверхня.

При запаленні статевих органів у відділі спостереженню підлягають жінки з персистуючими або рецидивуючими симптомами.

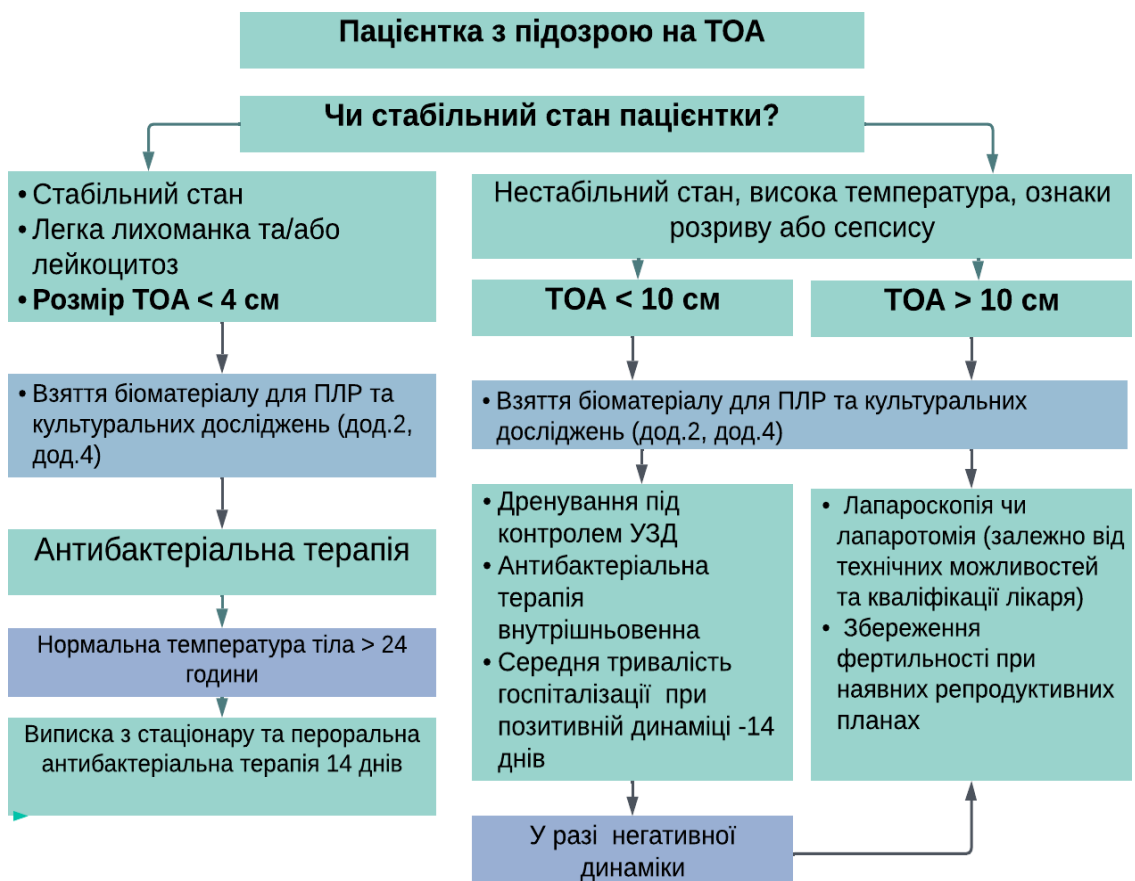
Ендометрит – це запальний процес, який локалізується тільки у поверхневому шарі ендометрія. Його особливістю є дуже частий перехід інфекції у маткові труби. Збудниками частіше за все є мікроорганізми, які вражають циліндричний епітелій каналу шийки матки: гонококи та хламідії, міко- та уреоплазма. Рідше – умовно-патогенні анаероби – збудники бактеріального вагіноза (*Prevotella* spp., *Peptostreptococcus* spp., *Gardnerella vaginalis*).

Гострий ендометрит розвивається гостро. Підвищується температура тіла, погіршується загальний стан, з'являється біль, надмірні серозно-гнійні або кров'янисто-гнійні виділення, іноді метроррагія. Під час піхвого дослідження матка збільшена, болісна. У крові спостерігається лейкоцитоз, збільшується ШОЄ. Гостра фаза запалення в разі правильного лікування триває 5-7 днів. У більшості випадків перебіг хвороби прогресує: процес поширюється лімфатичними і кровоносними судинами на м'яз матки. У процес можуть також втягуватись очеревина, що вкриває матку і оточуюча клітковина. В особливо несприятливих випадках розвивається флебіт судин матки і навіть сепсис. Гострий ендометрит частіше закінчується видужуванням, рідше переходить у хронічний ендометрит (метроендометрит).

Клінічні симптоми у разі хронічного ендометриту виражені значно менше, ніж у разі гострого: температура тіла нормальна, виділення слизисто-гнійні, не надмірні, біль незначний. Нерідко відзначаються розлади менструального циклу типу мено- або метрорагії, що пов'язано з порушенням скоротливої функції матки. При вагінальному дослідженні матка дещо збільшена, щільної консистенції стрептококи, кишкова паличка, ентерококи, хламідії, міко- та уреоплазми та ін. Інфекція проникає у маткові труби висхідним шляхом із матки,

або низхідним – у разі проникнення збудників із очеревини через лійку маткової труби. Можливі також лімфогенний та гематогенний шляхи ураження. У початковій стадії запального захворювання у стінці маткової труби розвивається гіперемія, відбувається набухання слизової оболонки і посилена секреція її епітелію. Розвивається катаральний сальпінгіт. Стінка труби при цьому рівномірно стовщується, і труба легко пальпується під час піхвового дослідження. Складки слизової оболонки стають набряклими, стовщуються, маткова частина труби стає непрохідною, а у разі закриття лійки маткової труби надмірний секрет розтягує стінки труби, перетворюючи її на мішковату, довгасту пухлину, заповнену серозним вмістом – *сактосальпінкс* або *гідросальпінкс*, частіше двобічний. Якщо порожнина маткової труби заповнена гноєм, її називають *піосальпінксом*. При сальпінгіті в процес швидко втягується черевний покрив маткової труби, у наслідок чого утворюється зрощення з суміжними органами, найчастіше з яєчником, і яєчник теж утягується в запальний процес. Розвивається сальпінгоофорит або аднексит. Якщо піосальпінкс зростається з яєчником, у товщі якого теж є абсцес, перетинка між ними розсмоктується і утворюється загальна порожнина, наповнена гноєм – *тубооваріальний абсцес*. Клінічний перебіг залежить від характеру ураження. У разі розвитку запального процесу у маткових трубах і яєчниках раптово підвищується температура тіла до 40 градусів. Хворі скаржаться на слабкість, нездужання, порушення сну і апетиту. Турбує спочатку різкий, а потім пульсуючий біль внизу живота. Відзначають лейкоцитоз, зсув лейкоцитарної формули вліво, підвищення ШОЕ, збільшення кількості лейкоцитів.

Тактика ведення пацієток з тубооваріальним абсцесом



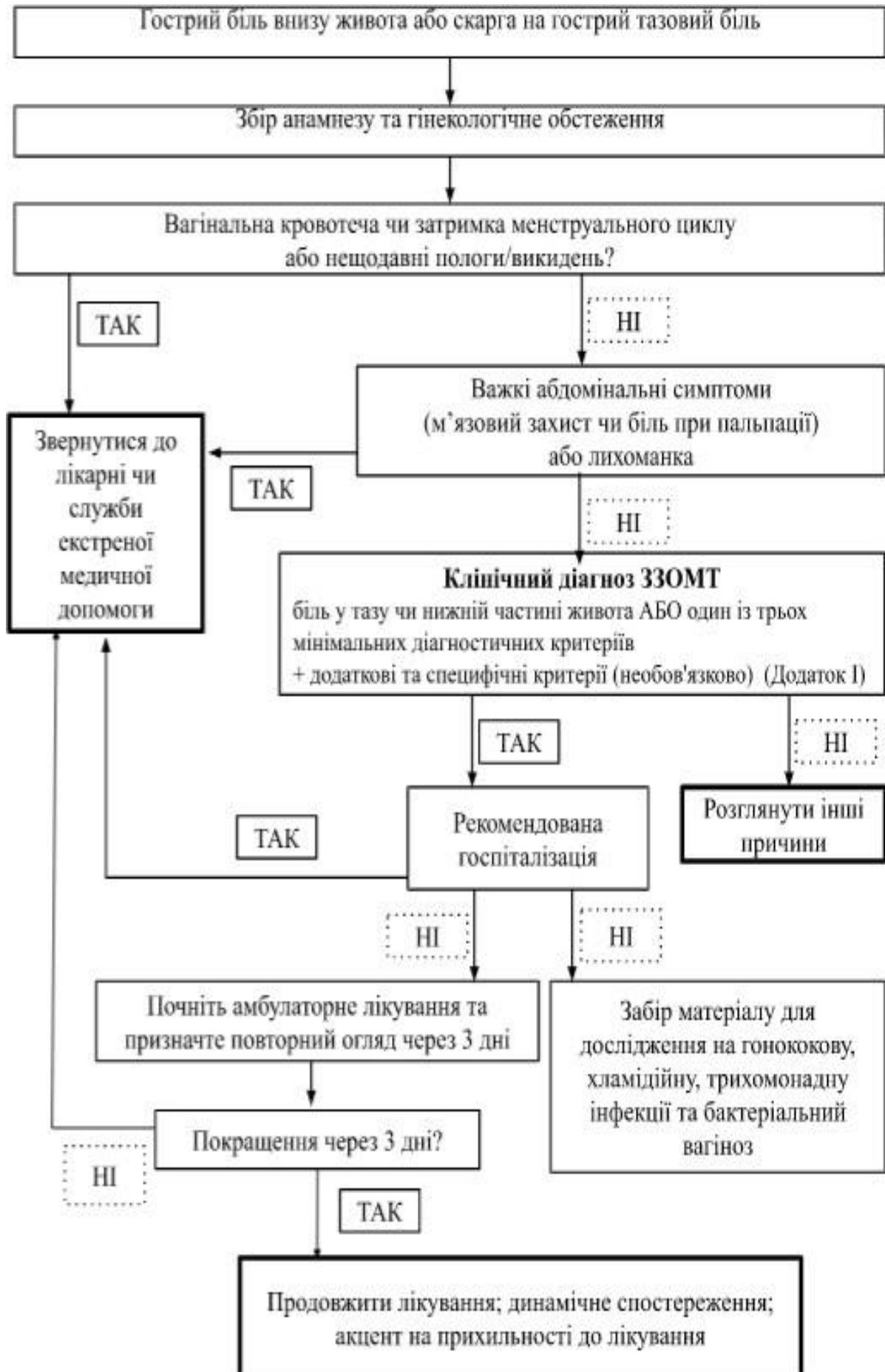
Запальні захворювання матки та маткових труб можуть поширитися на очеревинні покриви цих органів з розвитком *периметриту* і *периаднекситу*, а у разі прогресування запалення у процес втягується вся очеревина малого тазу, тобто розвивається *пельвіоперітоніт*. Захворювання починається з появи високої температури тіла, ознобу, сильного болю внизу живота, нудоти і блювання. Частий пульс слабкого наповнення і напруги. Нерідко відзначається виражений метеоризм, атонія кишок, затримка випорожнення або пронос, іноді часте та болісне сечовипускання. Черевна стінка напружена, симптом Щоткіна-Блумберга різко позитивний. В крові визначаються лейкоцитоз, підвищена кількість нейтрофілів, лімфопенія, підвищена ШОЕ, низький гемоглобін.

Лікування

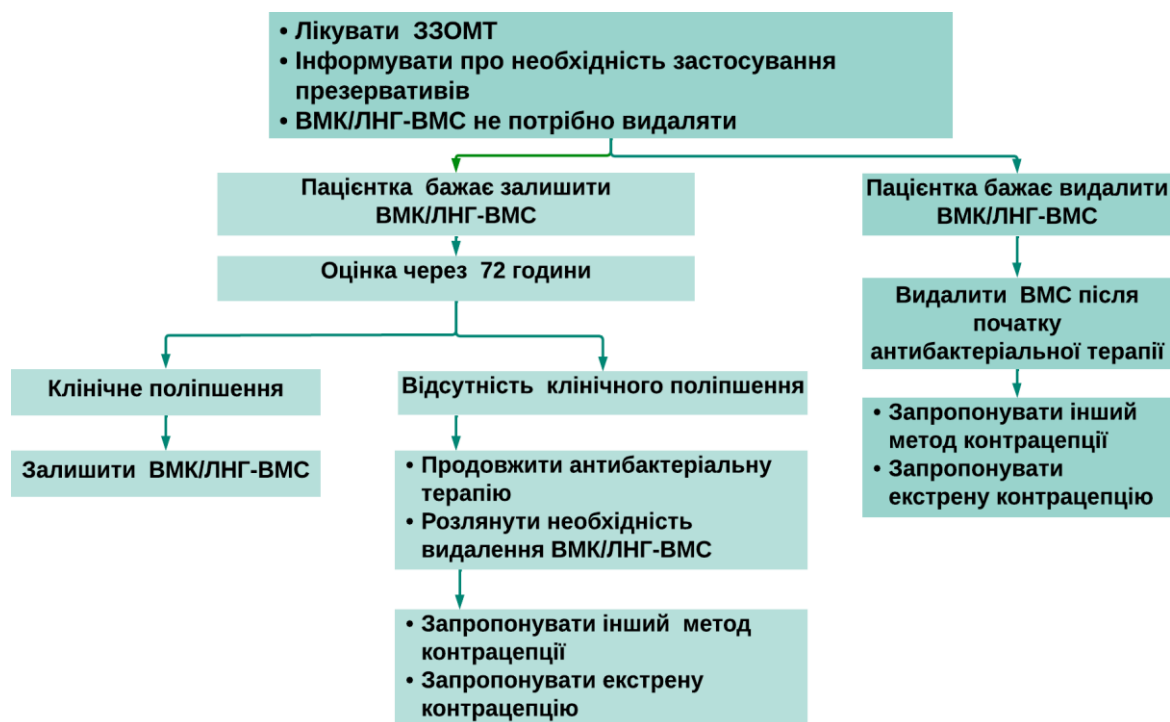
При гострому запальному процесі

- I. лікування проводиться як в амбулаторних так і в стаціонарних умовах.
- II. Антибактеріальна терапія. Основне місце посідають антибіотики

Тактика ведення пацієток із підозрою на ЗЗОМТ



Тактика ведення пацієток з ВМК або ЛНГ-ВМС при ЗЗОМТ



Схеми антибіотикотерапії при неускладнених ЗЗОМТ

Режим терапії	Антибіотики	Дозування	Шлях введення	Тривалість	Коментарі
Амбулаторний (перша лінія)	Цефтриаксон + доксициклін + метронідазол	1000 мг 100 мга x 2 р/д 400-500 мг x 2 р/д	парентерально п/о	1 раз 14 днів 14 днів	Не призначати доксициклін і метронідазол без стандартної дози цефтриаксону. Режим охоплює <i>Cl. trachomatis</i> , <i>N. gonorrhoeae</i> та анаероби, а також грамнегативні бактерії та стрептококи на 24–48 годин
	Офлоксацин + метронідазол +/- цефтриаксон	200-400 мг x 2 р/д 400-500 мг x 2 р/д 1000 мг	п/о п/о парентерально	14 днів 14 днів 1 раз	

					винятком лікування ЗЗОМТ, асоційованого з <i>M. genitalium</i>
	Левофлоксацин +метронідазол +/- цефтриаксонс	500 мг/д 500 мг х 2 р/д 1000 мг	п/о п/о парентерально	14 днів 14 днів 1 раз	
	моксифлоксацин +/- цефтриаксон	400 мг/д 1000 мг	п/о парентерально	14 днів 1 раз	Необхідно дотримуватися застережень при застосуванні
Стаціонарний (перша лінія)	Цефтриаксон + доксидиклін + метронідазол	1000-2000 мг 100 мга х 2 р/д 400 -500 мг х 2 р/д	в/в п/о в/в, п/о	1 раз 14 днів 14 днів	Режим, що охоплює <i>C.trachomatis</i> , <i>N.gonorrhoeae</i> та анаероби, а також грамнегативні бактерії та стрептококи на 24-48 годин
Стаціонарний (альтернативні)	Кліндаміцин + гентаміцин, що потім замінюється на кліндаміцин	900 мг х 3 р/д 2 мг/кг, потім 1,5 мг/кг х 3 р/д або 5 мг/кг/д 450 мг х 4 р/д	в/в в/в п/о	< 3 днів 14 днів	Кліндаміцин ефективний для <i>Chl. trachomatis</i> та анаеробів; Гентаміцин ефективний для грамнегативних бактерій та <i>N.gonorrhoeae</i>
	цефтриаксон негайно, потім азитроміцин	1000 мг 1000 мг на тиждень	в/в п/о	1 раз 14 днів	Одноразові дози азитроміцину потенційно можуть викликати резистентність <i>M. genitalium</i> до макролідів, і застосування слід обмежити жінками, у яких відомо, що обстеження на <i>M. genitalium</i> негативне
	Ампіцилін сульбактам + доксидиклін	3000 мг х 4 р/д 100 мг х 2 р/д	в/в п/о	14 днів 14 днів	Ампіцилінсульбактам плюс доксидиклін ефективні проти <i>Chl. trachomatis</i> , <i>N. gonorrhoeae</i>

					та анаеробів у жінок з ТОА	
	Кліндаміцин + гентаміцин	900 мг кожні 8 годин 2 мг на кг, потім 1,5 мг на кг кожні 8 годин або 3-5 мг на кг 1 р/д	в/в в/в або в/м	14 днів		
Вагітні (перша лінія)	Цефтриаксон + еритроміцин + метронідазол	2000 мг х 1 р/д 500 мг х 4 р/д 500 мг х 3 р/д або 400 мг х 2 р/д	в/в п/о в/в, п/о	1 раз 14 днів 14 днів	Слід уникати застосування гентаміцину. Доксициклін і фторхінолони протипоказані під час вагітності. Усі інші препарати в рекомендованих режимах вважаються безпечними під час вагітності. Необхідно забезпечити адекватний моніторинг плода відповідно до терміну вагітності	
	Вагітні (альтернативні)	Цефтриаксон + азитроміцин (у разі сумнівів щодо дотримання вагітною режиму прийому еритроміцину) + метронідазол	2000 мг х 1 р/д 1000 мг в перший день лікування та повторно через тиждень 500 мг х 3 р/д або 400 мг х 2 р/д	в/в п/о в/в, п/о		1 раз двократно 14 днів

Схеми антибіотикотерапії при ускладнених ЗЗОМТ

Режим терапії	Антибіотики	Дозування	Шлях введення
Стационарний (перша лінія)	Цефтриаксон + Метронідазол + Доксициклін	1000-2000 мг на добу 500 мг х 3 р/д 100 мг х 2 р/д	в/в в/в, п/о п/о

Стационарний (альтернативні)	Кліндаміцин + Гентаміцин	600 мг x 4 р/д 5 мг/кг x 1 р/д	в/в в/в
	Доксициклін + Метронідазол	100 мг x 2 р/д 500 мг x 3 р/д	п/о в/в, п/о
	Кліндаміцин	600 мг x 3 р/д	п/о
	Офлоксацин + Метронідазол	200-400 мг x 3 р/д 500 мг x 3 р/д	п/о в/в, п/о
	Левофлоксацин + Метронідазол	500 мг x 1 р/д 500 мг x 3 р/д	п/о в/в, п/о
	Моксифлоксацин	400 мг x 1 р/д	п/о
	Ампіцилін- сульбактам + доксициклін	3000 мг x 4 р/д 100 мг кожні 12 годин	в/в п/о

Примітки:

Загальна тривалість лікування – 14 днів.

- а) при ознаках погіршення перебігу додати гентаміцин 5 мг/кг 1 раз на добу в/в 5 днів з урахуванням функції нирок після отримання висновку лікаря анестезіолога;
- б) висока пероральна біодоступність метронідазолу та доксицикліну вказує на те, що їх слід призначати перорально, як тільки дозволить клінічна ситуація;
- в) зазначені антибіотики підтверджені клінічними дослідженнями, але не забезпечують покриття аеробних грамнегативних паличок і забезпечують субоптимальне покриття стрептококів; якщо виявлено бактерії, що не покриваються (стрептококи, грамнегативні бактерії), поверніться до фторхінолонів або додайте цефтриаксон;
- г) на підставі фармакологічних даних та клінічних досліджень левофлоксацин у дозі 500 мг 1 раз на добу може замінити офлоксацин;
- д) застосування моксифлоксацину потребує проведення електрокардіограми. Лікування моксифлоксацином протипоказано при наявності проаритмогенних станів і одночасному призначенні препаратів, які можуть спричинити подовження інтервалу QT.

Антибактеріальне лікування жінок з неускладненим клінічним перебігом ЗЗОМТ проводиться в амбулаторних умовах відповідно до схем, наведених у таблиці. При амбулаторному лікуванні ЗЗОМТ здійснюється повторний огляд акушера-гінеколога через 72 години після початку антибактеріальної терапії для оцінки

клінічного поліпшення Критеріями поліпшення стану є покращення загального стану; нормалізація температури; зменшення болючості при зміщенні шийки матки, при пальпації матки та її придатків; значне зменшення болючості живота і симптомів подразнення очеревини протягом 72 годин після початку антибактеріальної терапії. Відкладення лікування збільшує ризик довготривалих наслідків ЗЗОМТ, таких як ектопічна вагітність, безпліддя та синдром хронічного тазового болю.

У профільному стаціонарі слід лікувати жінок, які мають неускладнений та ускладнений клінічний перебіг ЗЗОМТ у випадках: тяжкого загального стану, що супроводжується нудотою, блюванням та постійною лихоманкою вище 38,3°C; наявності ТОА, пельвіоперитоніту; вагітності; непереносимості пероральних антибактеріальних препаратів, нездатності пацієнтки дотримуватись рекомендацій лікаря або відмови пацієнтки від амбулаторного лікування; відсутності клінічного поліпшення від амбулаторного антибактеріального лікування; наявності показань для ургентного хірургічного втручання. Схеми антибактеріальної терапії при ускладнених ЗЗОМТ наведені у таблиці. При ускладнених ЗЗОМТ проводиться аспірація перитонеального ексудату під контролем УЗД, або за наявності показань до хірургічного лікування – лапароскопія чи лапаротомія з розділенням тазових перитонеальних спайок і дренажуванням тазових абсцесів. Консервативне лікування ТОА призначається за умови відповідності пацієнтки усім наступним критеріям: гемодинамічно стабільний стан без ознак розриву ТОА (гострий живіт, сепсис), який зберігається протягом усього курсу лікування; тривале клінічне поліпшення під час лікування антибактеріальними лікарськими засобами; діаметр абсцесу <4 см, репродуктивний вік. Тактика ведення пацієнток з ТОА передбачає проведення моніторингу можливих ускладнень. Неєфективність консервативного лікування ТОА слід запідозрити, якщо у пацієнтки з'явилася нова або постійна лихоманка, посилення тазового або абдомінального болю, постійний або наростаючий лейкоцитоз та/або збільшення розмірів тазових утворень при повторному УЗД органів малого таза. Показаннями до ургентного хірургічного лікування є великі розміри абсцесу (≥ 10 см), розрив абсцесу та сепсис. За наявності зазначених показань проводиться сальпінгооваріоектомія. При наявності ТОА або двосторонніх ТОА розміром більше 4 см, на фоні антибактеріальної терапії проводиться дренажування абсцесу за допомогою пункції під контролем УЗД або під час лапароскопії. Перевага надається трансвагінальному дренажуванню порівняно з лапароскопічним. У пацієнток з ТОА у постменопаузі проводиться оперативне лікування, враховуючи високу ймовірність злоякісної пухлини. Слід розглянути можливість лапароскопічної або трансабдомінальної тотальної гістеректомії з двосторонньою сальпінгооваріоектомією.

II. Для подавлення росту та розмноження грибів при антибіотико терапії одночасно застосовують різні анти грибкові препарати:

- ністатин – по 500000 ОД 4 рази на добу всередину та вагінальні свічки 1-2 рази на день,
- флюказол – по 150 мг одноразово.

III. Для профілактики та лікування вагінального дисбіозу після проведення антибіотикотерапії показане застосування препаратів біфідо- та лактобактерій:

- ацилак (по 1 свічці 2 рази на день протягом 10 днів),
- біфідумбактерин (в тому ж режимі),
- вагілак (по 1 капсулі в піхву на ніч 10 днів) ті ін.

Слід зазначити, що перорально доцільно приймати еубіотики: апілак, біфідумбактерін, біфікол, лінекс та ін. Під час антибіотико терапії слід обов'язково призначати вітаміни В, С, полівітаміни.

IV. Дезінтоксикаційна терапія здійснюється^

- низькомолекулярними плазмозамінниками (неогемодез, неокомпенсан, сольові розчини). Загальний об'єм рідини, що вводиться в організм, залежить від важкості стану і визначається по 40-45 мл/кг маси хворої під контролем гематокриту та діурезу.
- препаратами, що покращують реологічні властивості крові (реополіглюкін, реоглюман, плазмастерил, волекам). Також застосовують гепарин, аспірин, курантил.

V. Для підвищення імунітету застосовують:

- препарати плазми (суха, нативна, гіперімунізована, антистафілококова, антиколі-плазма, антишеріхії-плазма – по 100-150 мл в/в 3-5 разів щоденно або через день,
- гамаглобулін по 3 дози через 3 дні 3 рази).

VI. Знеболення досягається призначенням анальгетиків, спазмолітиків, дозованою гіпотермією.

VII. При стабілізації запального процесу та відсутності ознак нагноювання через 10-12 днів можна призначити фізіотерапевтичні методи лікування: ультрафіолетову еритемотерапію, магнітотерапію, діадинамічні струми.

При амбулаторному лікуванні ЗЗОМТ рекомендується повторний огляд акушера-гінеколога після закінчення антибактеріальної терапії для надання рекомендацій щодо профілактики рецидивів та вибору методів контрацепції. Для профілактики рецидивів рекомендовано обстеження та лікування статевих партнерів протягом останніх 60 днів після появи симптомів ЗЗОМТ; утримання від статевих стосунків, використання бар'єрної контрацепції до завершення лікування та зникнення симптомів. Для проведення реабілітації функції уражених систем через 4-6 місяців показано санаторно-курортне лікування.

При хронічному запальному процесі:

В сучасних умовах більшість жінок с хронічними запальними захворюваннями геніталій лікується амбулаторно. Але при тяжких формах висхідної інфекції формуються тубооваріальні абсцеси, є ознаки ураження очеревини, пацієнтки підлягають обов'язковій госпіталізації. Лікування у хронічній стадії має бути комплексним і включати біологічні, фармакологічні і фізіотерапевтичні методи.

1. З біологічних засобів застосовують:

- 1) гоновакцинотерапію (лікування починають з дози 0,2 мл – 200000000 мікробних тіл і повторюють через 2 дні зі збільшенням дози під час кожного повторного введення на 0.» мл, усього на курс – 2 мл гоновакцини);
- 2) аутогемотерапію (від 0,5 мл крові, поступово підвищуючи дозу до 10 мл);
- 3) плазмол або екстракт плаценти (по 1 мл п/ш у передню черевну стінку через день, усього 15 ін'єкцій);
- 4) алое або ФІБС (по 1 мл п/ш щоденно, 30 разів);
- 5) полібіолін – препарат, який отримують з сироватка донорської крові людини, має значний розсмоктуючий ефект. Призначається по 0,5 г (в 5 мл 0,25% розчині новокаїну), в/м, щоденно, 10 разів.

II. Десенсибілізуюча терапія:

- антигістамінні препарати - димедрол – 0,05, тавегил – 0,05, супрастин або піпольфен – 0,025 по 1 таб. 2 рази на день протягом 7-10 днів.

III. Одночасно призначають нестероїдні протизапальні засоби:

--індометацин, диклофенак-натрій та ін..

IV. Ферментотерапія. Ферментативні препарати покращують мікроциркуляцію, позитивно впливаючи на гемореологічні показники, підвищують імунітет:

-вобензим-

- по 3 таб. 3 рази на день. Максимальна доза 30 таб.

- флогензим – по 2 таб 3 рази на день.

- мусал – по 3-4 таб 3 рази на день.

V. Фізіотерапія.

Фізіотерапевтичне лікування повинне бути достатньо тривалим (20-25 процедур) та багато курсовим (2-3 курси з інтервалом 2 місяці). Бажано виконувати переважно внутрішньовагінальні та ректальні методики виконання фізіотерапевтичних процедур.

Для фізіотерапії ЗЗСО застосовують такі штучні фізіотерапевтичні фактори:

- 1) світлолікування – УФ-промені, лазерні промені;
- 2) вібраційна терапія – масаж, ультразвукова терапія;
- 3) електролікування – перемінні електромагнітні поля високої частоти (ВЧ), ультрависокої частоти (УВЧ) та надвисокої частоти (НВЧ); індуктотермія; постійні магнітні поля (ПМП) та перемінні (ПеМП); діадинамічні токи; мікрохвилі сантиметрового діапазону (СМХ) та дециметрового діапазону (ДМХ) та ін.;
- 3) сполучення фізіотерапії – електрофорез, іонофорез лікарських засобів; парафін, озокерит або грязі у вигляді трусів і піхвових тампонів у дні, вільні від діатермії, через день, 15-20 процедур.

VI.. Голкорексфлексотерапія.

VII. При ббезплідді, пов'язаному з непрохідністю маткових труб – ферменти (лідаза 32-64 ОД, хімотрипсин 5-10 мг в ін'єкціях , ронідаза за допомогою іонофорезу на низ живота). Зважаючи на те, що ферменти діють при безпосередньому контакті з тканинами, оптимальним шляхом введення цих препаратів є ін'єкції через заднє склепіння , або введення їх у порожнину матки за допомогою гідротубації.

VIII. Седативна терапія (анальгетики, спазмолітики).

IX. Санаторно-курортне лікування (Любен Великий, Одеса, Хаджибей, Євпаторія, Бердянськ, Слав'янськ, Миргород).

Крім перелічених методів лікування гострих та хронічних запальних процесів геніталій, що відносяться до консервативних, застосовуються також **хірургічні методи**.

Показанням до термінового хірургічного втручання при гострому запаленні геніталій є:

- 1) дифузний перитоніт;
- 2) розрив піосальпінксу;
- 3) відсутність ефекту протягом 24 год після дренивання черевної порожнини за допомогою лапароскопії.

В плановому порядку операція виконується при наявності гнійного запалення придатків, мішечкуватих запальних пухлин. Оптимальним терміном для операції є період ремісії процесу. Об'єм операції залежить від характеру та розповсюдження процесу, віку хворої, анамнезу, потенційної онкобезпеки. В молодому віці операція обмежується видаленням ураженого органу (частіше за все це маткова труба), а у віці після 45 років – об'єм операції розширюється (видалення матки, можливо й яєчника).

VI. План та організаційна структура заняття.

№ п/п	Основні етапи заняття, їх функції та зміст	Цілі	Методи контролю навчання	Матеріали методичного забезпечення	Час
1	2	3	4	5	6
Підготовчий етап					
I	Організаційні заходи				2%
II	Постановка навчальних цілей та мотивація			Див.п.2"Навчальні цілі" Див.п.1"Актуальність теми"	3%
III	Контроль вихідного рівня знань, навиків, вмінь: -Причини та патогенез розвитку запальних захворювань жіночих статевих органів.	(α= 2)	- індивідуальне теоретичне опитування - тестовий контроль	- питання для теоретичного опитування - тести - типові задачі	15 %

	<p>-Класифікація запальних захворювань жіночих статевих органів.</p> <p>-Діагностика запальних захворювань жіночих статевих органів.</p> <p>-Клініка запальних захворювань жіночих статевих органів.</p> <p>-Лікарська тактика запальних захворювань жіночих статевих органів.</p> <p>-Методи лікування запальних захворювань жіночих статевих органів.</p> <p>-Методи профілактики запальних захворювань жіночих статевих органів.</p>		- рішення типових задач	-структурно-логічні схеми, таблиці - муляжі	
Основний етап					
IV	<p>Формування професійних навичок:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Збирати гінекологічний анамнез - Виконувати гінекологічне дослідження. <p>Формування професійних вмінь:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Зібрати анамнез і виділити ознаки, притаманні запальним захворюванням жіночих статевих органів. -Скласти план обстеження для діагностики запальних захворювань жіночих статевих органів. -Оцінити результати основного та додаткового обстеження при запальних 	($\alpha=3$)	Метод формування навичок: практичний тренінг	Алгоритми методів обстеження гінекологічних хворих, муляжі для тренінгу, гінекологічний інструментарій,	65 %
		($\alpha=4$)	Метод формування вмінь: тренінг у вирішенні типових і нетипових ситуаційних задач - реальних клінічних, імітованих, тестових	Тематичні хворі, історії хвороби; УЗД –знімки або УЗД в реальному часі, результати інших додаткових методів обстеження ситуаційні задачі IV рівня, інтерактивні завдання.	

	<p>захворювань жіночих статевих органів.</p> <p>-Провести діагностику запальних захворювань жіночих статевих органів.</p> <p>-Визначити тактику ведення хворої з запальними захворюваннями жіночих статевих органів.</p> <p>-Призначити лікування при запальних захворюваннях жіночих статевих органах.</p> <p>-Визначати показання до хірургічного лікування при запальних захворюваннях жіночих статевих органів.</p> <p>-Скласти план щодо реабілітації хворих з запальними захворюваннями жіночих статевих органів.</p>				
Підсумковий етап					
V	<p>Контроль та корекція рівня практичних навиків.</p> <p>Контроль та корекція рівня професійних вмій</p> <p>Підведення підсумків заняття:</p>	<p>($\alpha=3$)</p> <p>($\alpha=4$)</p>	<p>Індивідуальний контроль практичних навиків</p> <p>Аналіз результатів клінічної роботи студентів, рішення задач і тестів IV рівня</p>	<p>Тематичні хворі, муляжі Гінекологічний інструментарій</p> <p>Результати клінічної роботи, нетипові задачі і тести IV рівня</p>	20 %

VI	Теоретичного, практичного, організаційного Домашнє завдання		Підсумкове оцінювання студентів за критеріями знань, навиків, вмінь	Орієнтовна карта для самостійної роботи з літературою. Рекомендована література (основна, додаткова, електронні джерела)	
----	--------------------------------------------------------------------	--	---------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

VII. Матеріали методичного забезпечення заняття

7.1. Матеріали контролю для підготовчого етапу заняття

Питання ($\alpha=2$) :

- Причини та патогенез розвитку запальних захворювань жіночих статевих органів.
- Класифікація запальних захворювань жіночих статевих органів.
 - Клініка запальних захворювань жіночих статевих органів.
- Діагностика запальних захворювань жіночих статевих органів.
- Фактори ризику запальних захворювань жіночих статевих органів.
- Лікарська тактика при запальних захворюваннях жіночих статевих органів.
- Методи лікування запальних захворювань жіночих статевих органів.

Ситуаційні задачі ($\alpha=2$)

1. Хвора В. скаржиться на біль внизу живота, сукровичні виділення, які з'явилися через 3 дні після проведення діагностичного вищрабання порожнини матки. $T=38,7^{\circ}C$, пульс – 100 ударів за хвилину. При огляді: живіт м'який, чутливий у нижніх відділах, симптомів подразнення очеревини немає. З боку зовнішніх статевих органів патології немає. Вагіна містка, Шийка матки циліндрична, вічко закрите, виділення кров'яністі, з неприємним запахом. Тіло матки трохи збільшене, м'якої консистенції, болоче. Доданки не пальпуються, параметрії вільні.

Поставити попередній діагноз, скласти план обстеження.

Еталон відповіді: Д-з: гострий ендометрит.

План обстеження: бактеріологічне дослідження вмісту порожнини матки, виявлення збудника в цервікальному каналі методом ПЛР, УЗД органів малого тазу.

2. Хвора Н. доставлена в стаціонар каретою швидкої допомоги зі скаргами на різкі болі внизу живота, підвищення Т до 39,6 °С. Протягом останніх 2 років хворіє хронічним запаленням додатків матки. 2 дні тому з метою поновлення прохідності труб проведена гідротубація. При огляді: живіт м'який, різко болючий у нижніх відділах. Симптоми подразнення очеревини негативні. З боку зовнішніх статевих органів патології немає. Шийка матки циліндрична, чиста, вічко закрите. Тіло матки не збільшене, обмежено рухливе, не болюче. Праворуч від матки пальпується пухлиноподібне утворення розміром 3x7 см, різко болюче, обмежено рухливе. Ліві додатки оточені злуками, не болючі. Праве склепіння глибоке, болюче; ліве – без особливостей. Параметрії вільні, виділення гноєподібні.

Поставте попередній діагноз, складіть план обстеження.

Еталон відповіді: Д-з: Правосторонній гідросальпінкс. Хронічний аднексит в стадії загострення. Злуковий процес органів малого тазу

План обстеження: загальний АН крові з формулою, біохімія крові з визначенням маркерів запалення, коагулограма, бактеріологічне та бактеріоскопічне дослідження виділень, УЗД органів малого тазу.

3. Хвора К. доставлена в стаціонар каретою швидкої допомоги зі скаргами на різкі болі внизу живота, підвищення температури до 39,8°С. Тиждень тому з метою переривання вагітності ввела в шийку матки катетер. При огляді: живіт напружений, різко болючий при пальпації. Симптом подразнення очеревини позитивний в нижніх відділах до рівня пупка. При вагінальному дослідженні: зовнішні статеві органи без особливостей, шийка матки циліндрична, вічко пропускає кінчик пальця, виділення гнійні. Склепіння вкорочені, заднє випнуто, різко болюче. Тіло матки та додатки пальпувати неможливо внаслідок болючості та напруження живота.

Поставити попередній діагноз, скласти план обстеження, призначити лікування.

Еталон відповіді: Д-з: пельвіоперітоніт.

План обстеження: загальний АН крові з формулою, біохімія крові з маркерами запалення, пункція черевної порожнини через заднє склепіння, бактеріологічне та бактеріоскопічне дослідження виділень, УЗД органів малого тазу.

4. Хвора 48 років скаржиться на різкий біль внизу живота, підвищення температури тіла до 38,6°C. З анамнезу: протягом 6 років використовує ВМК. При гінекологічному дослідженні: шийка матки циліндричної форми, в ділянці зовнішнього вічка – псевдоерозія, визначаються нитки ВМК, виділення сукровичні. Поставте діагноз, складіть план обстеження.

Еталон відповіді: Д-з: гострий ендометрит на тлі ВМК.

План: витягти ВМК, загальний розгорнутий акліз крові, бактеріологічне та бактеріоскопічне дослідження виділень, біохімія крові з маркерами запалення.

5. Хвора В., 30 років, звернулась до лікаря зі скаргами на ниючий біль в паховій ділянці справа, що віддає в попереk, посилюється під час місячних. Хвора відмічає зниження працездатності, підвищення втомлюваності, дратівливість, значні виділення зі статевих шляхів з неприємним запахом. При піхвовому дослідженні виявлено: справа від матки пальпується болісне, щільне утворення, зліва область додатків без особливостей. При зміщенні шийки матки відмічається болючість. Встановити попередній діагноз, скласти план обстеження для установки остаточного діагнозу.

Еталон відповіді: Д-з: правосторонній хронічний сальпінгоофарит.

План обстеження:

- загальний аналіз крові;
- загальний аналіз сечі;
- бактеріологічне та бактеріоскопічне обстеження;
- УЗД.
- Біохімія матки з маркерми запалення.

6. Хвора М. скаржиться на біль внизу живота, нудоту, $T=38,5^{\circ}\text{C}$. Захворіла 15 днів тому після штучного аборту. Об'єктивно: пульс – 100 уд/хв., язик сухий, живіт напружений в нижніх відділах, симптом Щоткіна – позитивний. При бімануальному дослідженні: різкий біль при зміщенні шийки матки, контури матки і додатків чітко не визначаються. Праворуч через склепіння визначається полюс утворення ретортовидної форми, болючий при пальпації. Виділення з піхви – гноєподібні. Який діагноз? Тактика ведення.

Еталон відповіді: Д-з: піосальпінкс, пельвіоперітоніт.

Госпіталізація в стаціонар, обстеження (аналіз крові, аналіз сечі, бактеріологічне та бактеріоскопічне обстеження, визначення чутливості до антибіотиків, УЗД), антибактеріальна та дезінтоксикаційна терапія, знеболення.

7. Хвора В звернулася до лікаря з приводу різкого болю в області зовнішніх статевих органів, набряку статевих губ, біль при ходьбі, неможливість статевого життя. Температура тіла 38,5°C, пульс 100 ударів за 1 хв., задовільних властивостей. При огляді ділянки великої статевої губи праворуч визначається пухлиноподібне утворення розміром 3x4 см, різко болюче, тверде з ділянкою флюктуації. Шкіра в області зовнішніх статевих органів гіперемована. Вагінальне дослідження неможливе внаслідок різкої болючості. Встановіть попередній діагноз, призначити лікування.

Еталон відповіді: Діагноз: правосторонній абсцес бартолінієвої залози. Необхідно: 1) госпіталізація в стаціонар; 2) антибактеріальна терапія цефалоспорино III покоління, у комбінації з метрогілом; 3) розтин абсцесу з наступним дрениванням та інстиляцією антисептичних розчинів; 4) анальгетики, седативна терапія.

8. Мама привела у відділення невідкладної допомоги 5 річну дочку. У дівчинки протягом 4 днів болить горло, в останні 2 дні, з'явилися рясні виділення з піхви, які не супроводжувалися болем. При огляді статевих органів: серозно-геморагічні виділення. Результати обробки препаратів мазка розчином КОН (рибний тест) негативний. Який найбільш ймовірний етіологічний фактор захворювання? Який попередній діагноз?

Еталон відповіді: Діагноз: неспецифічний вульвовагініт. Етіологія: найбільш ймовірний збудник Streptococcus.

9. Хвора К звернулася до лікаря з приводу виділень з піхви білого кольору та контактних кров'янисті виділення зі статевих шляхів. Температура тіла 36,5°C, пульс 78 ударів за 1 хв., задовільних властивостей. При огляді визначено: зовнішні статеві органи розвинуті правильно без патології, шийка матки конічної форми, слизова навколо зовнішнього вічка шийки матки червоного кольору, вкрита гнійними виділеннями, легко кровоточить при дотику. У матці та додатках патології не виявлено. Встановіть попередній діагноз, складіть план обстеження..

Еталон відповіді: Кольпіт, ендоцервіцит. Необхідно: 1) бактеріологічне та бактеріоскопічне обстеження виділень 2) кольпоскопія шийки матки; 3) цитологічне дослідження з шийки матки; 4) УЗД органів малого тазу.

10. Хвора Л., 29 років, скаржить на біль внизу живота, T=38,5°C, загальну слабкість. Захворіла 6 днів тому після штучного аборт. Об'єктивно: пульс – 92 уд/хв., задовільних властивостей, язик вологий, живіт болючий в нижніх відділах, симптом подразнення очеревини – негативні. При огляді в дзеркалах та бімануальному дослідженні визначено: виділення з цервікального каналу гнійні рясні, різкий біль при зміщенні шийки матки,

матка дещо збільшена, м'якої консистенції, болюча при пальпації, додатків не визначаються. Який діагноз та план обстеження?

Еталон відповіді: Д-з: Гострий метроендометрит.

Госпіталізація в стаціонар, обстеження (аналіз крові, аналіз сечі, бактеріологічне та бактеріоскопічне обстеження виділень, визначення чутливості до антибіотиків, УЗД).

Тестові задачі

1. Хвора 25 років госпіталізована до гінекологічного відділення зі скаргами на підвищення температури тіла до $38,7^{\circ}\text{C}$, болі внизу живота, гнійні виділення з піхви. Захворіла гостро через тиждень після штучного аборта. Об'єктивно: пульс 100/хв., АТ – 110/70 мм рт ст., живіт м'який, болючий у нижніх відділах. Гінекологічний статус: матка збільшена у розмірах, м'яка, болюча, придатки без змін, склепіння вільні. Виділення з піхви значні, гноєподібні. Який діагноз найбільш імовірний?

А. Септицемія.

В. Гострий аднексит.

С. Пельвіоперитоніт

Д. Гострий метроендометрит

С. Лохіометра.

2. Хвора М. скаржить на біль внизу живота, нудоту, $T=38,5^{\circ}\text{C}$. Хворіє 15 днів. В анамнезі – ВМС в матці 8 років. Об'єктивно: пульс – 100 уд/хв., язик сухий, живіт напружений в нижніх відділах, симптом Щоткіна – позитивний. При бімануальному дослідженні: різкий біль при зміщенні шийки матки, контури матки і придатків чітко не визначаються, Праворуч через склепіння визначається полюс утворення ретортовидної форми, болючого при пальпації. Виділення з піхви – гноєподібні. Який діагноз?

А. Гострий аднексит

В. Метроендометрит, піосальпінкс, пельвіоперитоніт.

С. Гострий аднексит.

Д. параметрит.

Е. Гонорейний пельвіоперитоніт.

3. Хвора К., скаржиться на підвищення Т тіла до 38,5°C, болі внизу живота і в попереку, хворіє 10 днів. Із анамнезу – ВМС в матці 10 років. При огляді в дзеркалах та бімануальному дослідженні виявлено: шийка матки циліндричної форми, в цервікальному каналі вуси ВМС та гнійні виділення, в порожнині малого тазу визначається пухлинний конгломерат щільної консистенції, який розповсюджується з обох боків

до стінок тазу, і в який входять матка з додатками, Склепіння згладженні та болючі. Який діагноз?

- А. Гострий сальпінгоофарит
- В. Метроендометрит. Двобічний параметрит
- С. Піосальпінкс.
- Д. Гострий аднексит.
- Е. Пельвіоперітоніт.

4. В гінекологічний стаціонар доставлена жінка зі скаргами на різкі болі в нижніх відділах живота, озноб, підвищення Т тіла до 38°C, загальну слабкість, які з'явилися після переохолодження. З анамнезу – має хронічний аднексит, з приводу якого проходить щорічно лікування. Об'єктивно: пульс 88 уд./хв., АТ – 110/70 мм рт ст., живіт м'який, болючий у нижніх відділах, симптоми подразнення очеревини негативні. При бімануальному дослідженні визначається справа та позаду матки утворення щільної консистенції, з м'якими ділянками, болісне та малорухоме, гноєподібні білі. Для встановлення діагнозу доцільно:

- А. УЗД органів малого тазу.
- В. Загальний аналіз крові
- С. Бактеріоскопічне дослідження виділень.
- Д. Бактеріологічне дослідження виділень зі статевих шляхів з визначенням чутливості збудника до антибіотиків.
- Е. Все вище зазначене.

5. В гінекологічний стаціонар доставлена жінка зі скаргами на різкі болі в нижніх відділах живота, озноб, підвищення Т тіла до 38°C, загальну слабкість, які з'явилися після переохолодження. З анамнезу – має хронічний аднексит, з приводу якого проходить щорічно лікування. Об'єктивно: пульс 88 уд./хв., АТ – 110/70 мм рт ст., живіт м'який, болючий у нижніх відділах, симптоми подразнення очеревини негативні. При бімануальному дослідженні визначається справа та позаду матки

утворення щільної консистенції, з м'якими ділянками, болісне та малорухоме, гноєподібні білі. Який діагноз?

А. Гострий сальпінгоофарит

В. Метроендометрит. Двобічний параметрит

С. Піосальпінкс.

Д. Гострий аднексит.

Е. Пельвіоперітоніт.

6. В гінекологічний стаціонар доставлена жінка зі скаргами на різкі болі в нижніх відділах живота, озноб, підвищення Т тіла до 38°C , загальну слабкість, які з'явилися після переохолодження. З анамнезу – має хронічний аднексит, з приводу якого проходить щорічно лікування. Об'єктивно: пульс 88 уд./хв., АТ – 110/70 мм рт ст., живіт м'який, болючий у нижніх відділах, симптоми подразнення очеревини негативні. При бімануальному дослідженні визначається справа та позаду матки утворення щільної консистенції, з м'якими ділянками болісне та малорухоме гноєподібні білі. Встановлено діагноз – правосторонній гідросальпінкс. Яка лікувальна тактика?

А. Роздільне вишкрібання стінок порожнини матки.

В. Антибіотикотерапія.

С. Операція – видалення маткової труби.

Д. Гістероскопія, антибіотикотерапія.

Е. Антибіотикотерапія на тлі фізіотерапевтичних методів.

7. Хвора 28 років звенулась зі скаргами на інтенсивні болі в нижніх відділах живота, підвищення температури до 39°C , нудоту, які турбують два дні. Згідно анамнезу хвороби – два місяці тому проходила лікування у гінекологічному стаціонарі з приводу правосторонньої тубооваріальної пухлини. Живіт болісний при пальпації в нижніх відділах. Симптом Щоткіна-Блюмберга позитивний. При дослідженні: контури матки та додатків матки чітко не визначаються через напруження передньої черевної стінки. Заднє склепіння різко болісне. Виділення гнійні. Який діагноз найбільш ймовірний?

А. Перекрут ніжки кісти яєчника.

- В. Параметрит.
- С. Аденоміоз.
- Д. Апендицит
- Е. Розрив тубооваріальної пухлини. Пельвіоперитоніт.

8. Хвора 28 років звенулась зі скаргами на інтенсивні болі в нижніх відділах живота, підвищення температури до 39°C, нудоту, які турбують два дні. Згідно анамнезу хвороби – два місяці тому проходила лікування у гінекологічному стаціонарі з приводу правосторонньої тубооваріальної пухлини. Живіт болісний при пальпації в нижніх відділах. Симптом Щоткіна-Блюмберга позитивний. При дослідженні: контури матки та додатків матки чітко не визначаються через напруження передньої черевної стінки. Задне склепіння різко болісне. Виділення гнійні. Яка лікувальна тактика?

- А. Роздільне вишкрібання стінок порожнини матки.
- В. Антибіотикотерапія.
- С. Оперативне – видалення тубооваріальної пухлини з послідуочим дренажуванням черевної порожнини.
- Д. Гістероскопія, антибіотикотерапія.
- Е. Антибіотикотерапія на тлі фізіотерапевтичних методів.

9. Хвора 25 років поступила до гінекологічного відділення зі скаргами на підвищення Т тіла до 38,8°C, біль внизу живота, гнійні виділення з піхви. З анамнезу: 10 років тому введена внутрішньоматкова спіраль. При вагінальному дослідженні: шийка матки циліндрична з явищами ендочервіциту, виділення з цервікального каналу гнійні, пальпуються вуси спіралі. Тіло матки дещо збільшено, болюче, тістоватої консистенції. Додатки з обох боків не змінені. Параметрії вільні. Який діагноз?

- А. Перекрут ніжки кісти яєчника.
- В. Параметрит.
- С. Аденоміоз.
- Д. Метрондометрит
- Е. Розрив тубооваріальної пухлини. Пельвіоперитоніт.

10. Хвора 25 років поступила до гінекологічного відділення зі скаргами на підвищення Т тіла до 38,8°C, біль внизу живота, гнійні виділення з піхви.

З анамнезу: 10 років тому введена внутрішньоматкова спіраль. При вагінальному дослідженні: шийка матки циліндрична з явищами ендocerвіциту, виділення з цервікального каналу гнійні, пальпуються вуси спіралі. Тіло матки дещо збільшено, болоче, тістоватої консистенції. Додатки з обох боків не змінені. Параметрії вільні. Яка тактика?

- A. Роздільне вишкрібання матки.
- B. Протизапальне лікування.
- C. Видалення внутрішньої маткової спіралі, антибактеріальна терапія.
- D. Гістероскопія, антибіотикотерапія.
- E. Аналіз вагінальних досліджень.

11. Хвора 62 років, скаржиться на значне свербіння та почуття сухості та печії у ділянці зовнішніх статевих органів. При гінекологічному дослідженні, зовнішні статеві органи атрофічні, шкіра великих статевих губ зморщена, гіперемована вхід до піхви значно звужений. Який діагноз?

- A. Цукровий діабет
- B. Алергійний дерматит.
- C. Віковий кольпіт.
- D. Кроуроз вульви.
- E. Канікуліт бартолінової залози

12. Жінка 22 років скаржиться на біль ,дискомфорт при ходьбі, та зіткненні з нижньою білизною зовнішніх статевих органів. Підвищення температури тіла до 37,2°C, гнійні виділення зі статевих шляхів. Захворіла 5 днів тому після випадкового статевого контакту. При огляді : в зоні вивідних протоків бартолінієвих залоз гіперемія та інфільтрація, при надавленні на протоки, виділяються краплини гною. Який діагноз:

- A. Вульвіт.
- B. Каналікуліт.
- C. Уретрит.
- D. Кольпіт.

13. Нормальний біоценоз вагіни підтримується усіма перерахованими факторами крім:

- A. рН - 4,5
- B. Палочок Дедерляйна.
- C. Естрогенів.
- D. Кишкової палочки.

7.2. Матеріали методичного забезпечення основного етапу заняття

Завдання для формування навичок ($\alpha=3$) :

1. Зібрати скарги і гінекологічний анамнез.
2. Провести основні методи гінекологічного обстеження: огляд зовнішніх статевих органів, огляд в дзеркалах, бімануальне дослідження

Завдання для формування вмінь ($\alpha=4$)

- 1.Зібрати анамнез і виділити ознаки, притаманні запальним захворюванням жіночих статевих органів.
- 2.Скласти план обстеження для діагностики запальних захворювань жіночих статевих органів.
- 3.Оцінити результати основного та додаткового обстеження при запальних захворюваннях жіночих статевих органів.
- 4.Провести діагностику запальними захворювань жіночих статевих органів.
- 5.Призначати лікування при запальних захворюваннях жіночих статевих органів.
- 6.Визначати показання до хірургічного лікування при запальних захворюваннях жіночих статевих органів.

1. Інтерактивне завдання ($\alpha=4$) :

1. Групу студентів поділити на 3 підгрупи, завдання для формування вмінь надати кожній підгрупі
2. Групу студентів поділити на 3-4 підгрупи, кожній групі надати різні знімки УЗ досліджень з різними формами запальних захворювань жіночих статевих органів.
3. Групу студентів поділити на 2 підгрупи:
Підгрупа 1 – проводить аналіз ведення тематичної хворої на підставі наданої історії хвороби
Підгрупа 2 - оцінює правильність проведеного аналізу

7.2. Матеріали методичного забезпечення підсумкового етапу заняття

А) Оцінити результати виконання наданих інтерактивних завдань в підгрупах студентів.

7.3. Матеріали методичного забезпечення самостійної роботи студентів.

Література.

Навчальна.

Основна:

1. Методичні вказівки для викладачів щодо організації навчального процесу з гінекології на медичному факультеті - Венцківський Б.М. 2010
2. Гінекологія: підручник (за ред. Б.М.Венцківського, Г.К.Степанківської, В.П.Лакатоша).- К.: ВСВ Медицина, 2012.- 648 с.
3. Акушерство і гінекологія (у 2-х книгах): підручник (за ред. Грищенко В.І., Щербини М.О.)// Книга І Акушерство.-К.: Медицина, 2011.- 422 с.; Книга ІІ Гінекологія. - К.Медицина,2011.- 375 с.
4. Акушерство і гінекологія (у 4-х томах): національний підручник: 2013

Запорожан В.М., Чайка В.К., Маркін Л.Б.

Допоміжна:

1. Норвітц Єррол Р., Шордж Джон О. Наглядные акушерство и гинекология (перевод с английского).- М.: ГЭОТАР - МЕД, 2003.-141 с.
2. Сенчук А.Я., Вдовиченко Ю.П., Венцковский Б.М., Шунько Е.Е. Руководство по практическим навыкам в гинекологии, акушерстве и неонатологии.- К.: Гидромакс,2006.- 368 с.

Методична

3. Акушерство и гинекология. / Current Obstetric & Gynecologic Diagnosis & Treatment. Eleven Edition / Лорен Натан, Алан Х. ДеЧерни. 2012.
4. Наказ МОЗ «Аномальні маткові виділення» - КН 2022-2264. - 15.12.2022

Тема: «Запальні захворювання жіночих статевих органів, що передаються статевим шляхом»

I. Актуальність теми

Велика кількість запальних захворювань жіночих статевих органів жінок (ЗЗСО) пов'язана з інфекціями, що передаються статевим шляхом. Частота їх загрозово зростає у зв'язку з підвищенням статевої активності в молодому віці, нестабільністю сексуальних контактів, легалізацією абортів та інше. Ці інфекції дуже негативно впливають на репродуктивне здоров'я жінки. Слід зазначити, що інфекція яка передається статевим шляхом вражає як геніталії жінки так й екстрагенітальні органи, що обумовлює вивчення цього питання лікарями всіх спеціальностей.

II. Навчальні цілі

Ознайомитись ($\alpha=1$),

- із частотою запальних захворювань жіночих статевих органів, що передаються статевим шляхом.

Засвоїти ($\alpha=2$) :

- Причини та патогенез розвитку запальних захворювань жіночих статевих органів, що передаються статевим шляхом.
- Фактори ризику запальних захворювань жіночих статевих органів, що передаються статевим шляхом.
- Класифікацію запальних захворювань жіночих статевих органів, що передаються статевим шляхом.
- Діагностика запальних захворювань жіночих статевих органів, що передаються статевим шляхом.
- Клініка запальних захворювань жіночих статевих органів, що передаються статевим шляхом.
- Лікарська тактику запальних захворювань жіночих статевих органів, що передаються статевим шляхом.
- Методи лікування запальних захворювань жіночих статевих органів, що передаються статевим шляхом.
- Методи профілактики виникнення запальних захворювань жіночих статевих органів, що передаються статевим шляхом.

Оволодіти та удосконалити навички ($\alpha=3$):

- Збирати гінекологічний анамнез
- Виконувати гінекологічне дослідження.

- Оцінювати результати додаткових методів дослідження (лабораторних, ультразвукових, ендоскопічних, інструментальних, гістологічних).

Вміти ($\alpha=4$):

- Зібрати анамнез і виділити ознаки, притаманні запальним захворюванням жіночих статевих органів, що передаються статевим шляхом.
- Скласти план обстеження для діагностики запальних захворювань жіночих статевих органів, що передаються статевим шляхом.
- Оцінити результати основного та додаткового обстеження при запальних захворюваннях жіночих статевих органів, що передаються статевим шляхом.
- Провести діагностику запальних захворювань жіночих статевих органів, що передаються статевим шляхом.
- Визначити фактори ризику виникнення запальних захворювань жіночих статевих органів, що передаються статевим шляхом.
- Визначити тактику ведення хворих з запальними захворюваннями жіночих статевих органів, що передаються статевим шляхом.
- Призначати лікування при запальних захворюваннях жіночих статевих органів, що передаються статевим шляхом.
- Скласти план щодо реабілітації хворих з запальними захворюваннями жіночих статевих органів, що передаються статевим шляхом.

III. Виховні цілі

- Виховна (навчити студентів відповідальності і послідовності в роботі, чуйності та толерантного відношення до вагітної, роділлі, породіллі, гінекологічної хворої);
- Наукова (навчити студентів логічного клінічного мислення на підставі нових для нього методів діагностики і лікування);
- Творча (надати можливість студенту самостійно вирішити нетипову задачу з самостійним вибором шляху вирішення);
- Відповідальна (розвинути у студентів почуття відповідальності за правильність професійних дій).

IV. Міждисциплінарна інтеграція:

№ № п/п	Дисципліни	Знати	Вміти

Забезпечуючі дисципліни			
11.	Анатомія людини	Анатомію зовнішніх та внутрішніх статевих органів	Дати характеристику будови жіночих статевих органів
22	Гістологія	Гістологічну будову матки, молочних залоз	Оцінити результати гістологічного дослідження
33	Патологічна анатомія	Гістологічну будову фонових та передракових станів шийки матки та ендометрію та молочних залоз	Оцінити результати гістологічного дослідження
4	Топографічна анатомія	Взаєморозташування жіночих статевих органів з органами сечовидільної та травної системи.	Диференціювати утворення органів малого тазу
5	Хірургія	<ul style="list-style-type: none"> Клініку та діагностику запальних захворювань жіночих статевих органів, що передаються статевим шляхом. 	<ul style="list-style-type: none"> Надати невідкладну допомогу при запальних захворювань жіночих статевих органів, що передаються статевим шляхом.
Забезпечувані дисципліни			
11	Сімейна медицина	<ul style="list-style-type: none"> Клініку, діагностику, методи лікування запальних захворювань жіночих статевих органів, що передаються статевим шляхом. 	<ul style="list-style-type: none"> Діагностувати і скласти план обстеження та лікування при запальних захворюваннях жіночих статевих органах, що передаються статевим шляхом.
Внутрішньопредметна інтеграція			
11.	Методи дослідження в гінекології	Основні та додаткові методи обстеження в гінекології	Провести гінекологічне обстеження. Оцінити результати клініко-лабораторних досліджень та додаткових методів обстеження

--	--	--	--

V. Зміст навчального матеріалу

Запальний процес в статевих органах жінки зумовлений інфекцією, що передаються статевим шляхом. На сьогодні нараховують більше 20 захворювань, що передаються статевим шляхом.

За класифікацією ВОЗ, виділяють три групи запальних захворювань, що передаються статевим шляхом:

I група містить традиційні, «класичні» венеричні хвороби: сифіліс, гонорею, шанкроїд (м'який шанкр), лімфогранульоматоз венеричний, гранульому венеричну.

II група містить захворювання, що передаються статевим шляхом з переважним ураженням статевих органів: хламідіоз, мікоплазмоз, трихомоніаз, уrogenітальний кандидоз, генітальний герпес, бактеріальний вагіноз. Збудників цих захворювань часто називають інфекцією другого (нового) покоління.

Деякі захворювання (III група) можуть мати як статевий, так і нестатевий шляхи передачі (папіломавірусні інфекції статевих органів, гепатит В, лямбліоз та ін.)

Захворюваність інфекціями II групи знаходиться на високому рівні, вони поступово витискають збудників класичних венеричних хвороб (сифілісу та гонореї) за частотою випадків. Для практики гінеколога ці захворювання є найважливішими.

Не втратили свого значення такі збудники, як стрептокок, стафілокок, кишкова паличка, протей та інші. Дослідженнями останніх років доведено роль анаеробної інфекції, її монокультура досягає 20%, поліанаероби – 44%, облигатні та факультативні анаероби – 37,7%.

У більшості випадків запальні процеси носять полімікробний характер. В наслідок цього захворювання втрачає нозологічну специфічність. Особливості сьогодення в тому, що спостерігається значне зниження імунної реактивності жіночого організму, що зумовлено погіршенням екологічної обстановки, наявністю хронічного стресу, особливістю живлення та зміною фізіологічних періодів в житті жінки.

Найчастіше ЗЗОМТ є результатом висхідного інфікування з цервікального каналу *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis*, *Mycoplasma genitalium*, а також численними представниками умовнопатогенної мікрофлори, що призводить до розвитку ендометриту, сальпінгіту, оофориту, тубооваріальних абсцесів та пельвіоперитоніту, проте відсутність лабораторного виявлення зазначених мікроорганізмів не виключає діагноз ЗЗОМТ. Факторами ризику ЗЗОМТ вважають ранній початок статевого життя (до 15 років), вік жінки до 25 років, наявність ПСШ та ЗЗОМТ в анамнезі, відсутність використання бар'єрної контрацепції, наявність статевого партнера з виявленою ПСШ, насильство за ознакою статі. Ризик ЗЗОМТ після введення внутрішньоматкового контрацептиву (ВМК) є низьким, однак підвищується протягом перших 3–4 тижнів використання. ЗЗОМТ може мати симптомний або безсимптомний перебіг, при цьому анамнестичним, фізикальним і лабораторним ознакам, за їхньої наявності, бракує чутливості та специфічності, тому епізоди ЗЗОМТ часто

залишаються нерозпізнаними. Диференційну діагностику ЗЗОМТ необхідно проводити з ектопічною вагітністю, гострим апендицитом, ендометріозом, перекрутом або розривом кісти яєчника, інфекціями сечовивідних шляхів, синдромом подразненого кишечника

Велика кількість запальних захворювань статевого тракту жінок первинно пов'язана з інфекціями, що передаються статевим шляхом. Частота їх загрозливо зростає в зв'язку з підвищенням статевої активності у молодому віці, нестабільністю сексуальних контактів, легалізацією абортів. Ризик цих захворювань є найвищим у незаміжніх жінок з численними сексуальними партнерами. Ці інфекції дуже негативно впливають на репродуктивне здоров'я жінок. Крім того, інфекції, що передаються статевим шляхом, можуть вражати не тільки статеві органи. Значна розповсюдженість захворювань, що передаються статевим шляхом, обумовлює необхідність знання збудників, етіотропність та патогенний механізм розвитку ЗЗСО.

Один із клінічних симптомів запальних захворювань статевого тракту жінок є аномальні вагінальні виділення. Аномальні вагінальні виділення (АВВ) це симптомокомплекс, що об'єднує різні за генезом і анатомічною локалізацією стани, які призводять до відхилень характеристик вагінальних виділень від нормальних (консистенція, кількість, колір, запах). Найрозповсюдженішими причинами АВВ є бактеріальний вагіноз, вульвовагінальний кандидоз, аеробний вагініт та трихомоніаз. В той же час до АВВ можуть призводити хламідійна і гонорейна інфекції та неінфекційні патології.

Гонорея.

Збудник гонореї – грамнегативний диплокок, розташований внутрішньоклітинно в сегментоядерних лейкоцитах та клітинах циліндричного епітелію. Мікроб здатний проникати в міжклітинні щілини з утворенням мікро колоній. Під впливом хіміопрепаратів чи при хронічному перебігу утворюються L-форми гонококів.

Згідно МКХ-10 в Україні введена в практику наступна класифікація гонореї жінок:

- гонорея нижніх відділів сечостатевого тракту без ускладнень;
- гонорея нижніх відділів сечостатевого тракту з ускладненнями;
- гонорея верхніх відділів сечостатевого тракту і органів малого тазу.

Далі надається повний топічний діагноз.

Клінічно виділяють гонорею свіжу (давністю до 2-х місяців) – гостру, подгостру, торпідну, а також хронічну (давністю більше 2-х місяців).

Клініка. В більшості випадків захворювання перебігає торпідно, мало- або асимптомно, часто приймає підгостру, хронічну або персистуючу форми. Симптоми залежать від місця ураження і вкладаються в клінічну картину ендцервіциту, уретриту, ендометриту, аднекситу, пельвіоперитоніту. У жінок навіть при гострому перебігу не виникає помітних больових відчуттів. Характерним є велика кількість вогнищ запалення в місцях локалізації циліндричного епітелію – уретра, цервікальний канал, бартолінієві залози. Зовнішні статеві органи та вагіна у жінок репродуктивного віку, як правило не уражаються.

Діагностика. Діагноз гонореї встановлюється тільки при лабораторному виявленні гонококів.

1. Бактеріоскопія (виявлення гонококів в досліджуваному матеріалі, забарвленому метиленовим синім, або еозином, або за методом Грамма).
2. Бактеріологічне дослідження з визначенням чутливості до антибіотиків.
3. Реакція імуофлюорисценції (РІФ).
4. Імуофлюорисцентний аналіз (ІФА).
5. Молекулярні методи : полімеразна ланцюжкова реакція та лігазна ланцюжкова реакція (ПЛР, ЛЛР).
6. При відсутності гонококів при бактеріологічному та бактеріоскопічному дослідженнях, проводять провокаційні проби з використанням імунологічних, хімічних, термічних методів.

Взяття матеріалу (обов'язково з церві кального каналу, уретри, піхви) бажано проводити відразу після менструації. У дівчаток досліджують виділення з уретри, піхви, прямої кишки.

Лікування.

Препаратами вибору для лікування вважають цефалоспорини,аміноглікозиди та фторхіналони,іноді застосовують пеніцилін.

Препарат	Свіжа, неускладнена гонорея	Хронічна, ускладнена (до антибіотиків завжди додається загальна неспецифічна терапія)
Бензилпеніциліну натрієва сіль	1 млн.ОД в/м кожні 4 год 1 добу	1 млн.ОД в/м кожні 3 год 3 доби
Про каїн-пеніцилін G	6 млн.ОД в/м	3 млн.ОД в/м 1 раз на добу протягом 3 діб
Ампіцилін	1 г в/м кожні 8 год 1 добу	1 г в/м кожні 8 год 3 доби
Амоксицилін	0,5 г усередину 3 рази на день 2 дні	0,5 г усередину 3 рази на день 5 днів
Цефтріаксон	1,0 г в/м одноразово	1,0 г в/м раз на добу 5 днів
Спектіноміцин (тромбі цин)	2 – 4 г в/м одноразово	2 г 1 раз на добу 5 днів
Ципрофлоксацин	0,5 – 1, 0 г кожні 12 год. 1 день	0,5 – 1, 0 г кожні 12 год. 5 днів
Офлоксацин	0,4 – 0,8 г усередину, через 12 год – 0,4 г	0,4 – 0,5 г кожні 12 год 5 днів
Доксициклін (вібраміцин, юнідокс)	0,2 г усередину, через 12 год. – 0,1 г	0,1 г усередину 2 рази на день 5 днів
Азитроміцин (сумамед)	1 – 2 г одноразово	0,5 г 1 раз на день 2 дні

Гентаміцин	0,04 г в/м кожні 8 год 3 рази	0,04 г в/м кожні 8 год 3 рази 5 днів.
Джозаміцин (вільпрофен)	0,5 г усередину 3 рази на добу, 2 дні	0,5 г усередину 3 рази на добу, 7 – 10 днів
Кларитроміцин (клацид)	0,5 г усередину, через 12 годин 0,25 г	0,25 г 2 рази на добу, 3 – 5 днів
Спіраміцин (роваміцин)	6 млн. МО усередину, через 12 год – 3 млн.МО	3 млн МО усередину 3 рази на день 5 днів
Бісептол, гросептол	4 табл. По 0,48 г, через 12 год – 2 таб.	2 табл по 0,48 г 3 рази на день, 7 – 10 днів

Допоміжні методи лікування застосовують при ускладненій, хронічній формах гонореї: імунотерапія, біогенні стимулятори ферменти, фізіотерапія.

Хламідіоз.

Збудник *Chlamydia trachomatis* – облигатні внутрішньоклітинні бактерії. Основними формами хламідій є елементарні та ретикулярні (ініціальні) тільця. Елементарні тільця – дозрілі форми бактерій, що проникають в клітини-мішені (циліндричний епітелій уrogenітального тракту, фагоцити). Ретикулярні тільця – внутрішньоклітинна форма, що має активний метаболізм, поділяється бінарно та утворює в клітинах мікро колонії, відомі під назвою хламідійні включення. Після розвитку ретикулярні тільця знову перетворюються в форму інфекційних елементарних тілець. Тривалість повного циклу розвитку складає 48 – 72 години. Можлива внутрішньоклітинна персистенція протягом багатьох років у вигляді ретикулярних тілець.

Клініка.

Особливістю клінічного перебігу хламідіозу є відсутність специфічних клінічних проявів та патогноманічних симптомів.

В більшості випадків це захворювання перебігає торпідно, мало- або асимптомно, як правило приймає хронічну або персистуючу форми. Характерним є наявність слизових або слизово-гнійних виділень з уретри та церві кального каналу, а також фолікулярних утворень на шийці матки (фолікулярний цервіцит), болі у правому верхньому квадранті живота, спричинений перигепатитом (синдром Фітца-Х'ю–Куртиса). Висхідні форми хламідіозу перебігають мало- або асимптомно. За наявності симптомів вкладаються в клінічну картину ендометриту, аднекситу, пельвіоперитоніту.

Діагностика.

1. Клініко-діагностичні дослідження.

Виявлення морфологічних структур хламідій у досліджуваному матеріалі, забарвленому за методом Романоваського-Гімзи.

Виявлення антигенів хламідій у досліджуваному матеріалі методом флюорисцюючих антитіл (МФА).

Прямий імуофлюоресцентний метод (ПІФ)ю

Непрямий імуофлюоресцентний метод (НІФ).

Виявлення антигенів хламідій у досліджуваному матеріалі методом імуоферментного аналізу (ІФА).

2. Діагностичне виділення хламідій у культурах клітин.
3. Виявлення хламідійних антитіл імунологічними методами.

Реакція непрямой імуофлюоресценції (РНІФ).

Метод імуоферментного аналізу (ІФА).

4. Молекулярно-біологічний метод.

4.1 Полімеразна ланцюгова реакція (ПЛР).

5. Експрес-методи (за допомогою імуохроматографічних тест-систем).

Взяття матеріалу – зіскриби (церві кальний канал, уретра) бажано проводити відразу після менструації. З інших місць (носові ходи, кон'юнктива, глотка) за необхідністю.

Лікування.

Препаратами вибору для лікування хламідіозу вважаються антибіотики групи тетрациклінів, макролітів, фторхінолонів.

Тетрацикліни:

- Тетрациклін – по 2-2,5 г на добу, 14-21 день. Необхідність приймати препарат 4 рази на добу обмежує його застосування.
- Доксидиклін (вібраміцин, доксибене, юнідокс) – по 0,2-0,3 г на добу, 14-21 день. Внутрішньовенне введення підвищує ефективність.

Макроліди:

- Азитроміцин (сумамед) – в перший день 1,0 г в наступні дні по 0,25-0,5 г на добу, курсова доза 3,0 г.
- Джозаміцин (вільпрофен) – по 1,2-1,5 г на добу, 7 днів.
- Кларитроміцин (фромлід, клацид) – по 0,5-1,0 г на добу, 10 днів.
- Рокситроміцин (рулід) – 0,3-0,45 г на добу, 10 днів.
- Спіраміцин (роваміцин) – 6-9 млн. МО на добу, 10 днів.
- Мідекаміцин (макропен) – 1,2-1,6 г на добу, 10 днів.

Фторхінолони:

- Офлоксацин (офлаксин, тари від, занозин), ципрофлоксацин (ципринол,ципрбай), пефлоксацин (абак тал) – по 0,2-0,5 г усередину або внутрішньовенно 2 рази на добу, 10-14 днів.

- Норфллоксацин (Голіцин, уробацид) – 0,8 г на добу, 5-8 тижнів при хронічних аднексітах.

Антибіотики інших груп:

- Кліндаміцин (далацин) – по 0,6 г 3 рази на добу усередину або в/м чи в/в, 10-14 днів.

Терапія включає також підготовку імунної системи, фізіотерапевтичне та місцеве лікування, боротьбу із супровідними захворюваннями. За наявності персистуючої інфекції може бути призначена пульс-терапія (декілька циклів з перервою) з обов'язковою індивідуальною імунотерапією.

Контроль після лікування рекомендований не раніше ніж через 3 тижні після завершення лікування.

Мікоплазмоз та уреоплазмоз

Згідно з сучасною класифікацією родина Mycoplasmataceae поділяється на два роди: рід Mycoplasma, який включає 100 видів, та рід Ureaplasma, який включає три види. Людина є природним хазяїном багатьох видів мікоплазм. До теперішнього часу до патогенних мікроорганізмів цієї родини відносять M. hominis, M. genitalium та U. urealyticum.

Широке розповсюдження уrogenітальних мікоплазм та їх часте виявлення у практично здорових жінок затруднює вирішення питання про їх участь у виникненні запальних захворювань жіночих статевих органів. На теперішній час показана роль мікоплазм у розвитку запальних захворювань жіночих статевих органів полімікробної етіології. Більшість дослідників відносять мікоплазми до умовно-патогенної флори.

Клініка

При мікоплазмах відсутні патогномонічні симптоми. Захворювання вкладається в клінічну картину вагініту, ендocerвіциту, уретриту, ендометриту. Мікоплазм часто виявляють при спонтанних абортах, передчасних пологах, внутрішньоутробному інфікуванні плода.

Діагностика

1. Культуральне дослідження.

- Виявлення мікоплазм в рідких живильних середовищах.
- Виявлення мікоплазм в твердих живильних середовищах.

2. Полімеразна ланцюгова реакція (ПЛР).

3. Реакція імунофлюорисценції (РІФ).

4. Імунофлюорисцентний аналіз (ІФА)

Лікування

Критеріями призначення етіологічної терапії при виявленні мікоплазм є клінічні прояви запальних процесів уrogenітального тракту, ступеню ризику інвазивних втручань (перед абортами, введення ВМС та інші.), обтяженого акушерського анамнезу (звичний аборт, післяпологовий ендометрит тощо); безпліддя, коли крім мікоплазм інших чинників не виявлено. При лікуванні мікоплазм застосовують антибіотики тих самих груп як при хламідіозі: тетрацикліни, макроліди, фторхінолони. Курс лікування 7-10 днів. У вагітних застосовують еритроміцин та вільпрафен.

Контроль після лікування рекомендований не раніше ніж через 3 тижні після завершення лікування.

Трихомоноз

Збудник захворювання - представник джгутикових найпростіших *Trichomonas vaginalis*. Вагінальні трихомонади - це аеротолерантні анаероби. Завдяки наявності на поверхні трихомонад великої кількості ферментів (гіалуронідази, амілази, каталази). Вони можуть проходити в міжклітинні щілини, розповсюджуватися по уrogenітальному тракту. Жінки і чоловіки можуть бути трихомонадоносіями, характерні значні пінисті, зловонні, жовто-зелені виділення. Трихомоніаз у понад 50% пацієнток має безсимптомний перебіг або мінімальні ознаки, зокрема аномальні вагінальні виділення, свербіж, печіння або посткоїтальну кровотечу.

Класифікація

Клінічно виділяють:

- гостру форму (давністю до 2-х місяців)
- подгостру,
 - торпідну,
 - хронічну (давністю більше 2-х місяців).
- Трихомонадоносієство.

Клініка залежить від ураження. Інкубаційний період від 3-5 днів до 30 днів. Основні скарги на рясні пінисті виділення, свербіж, печіння, подразнення вульви, біль при сечовипусканні.

Діагностика.

Клініко-лабораторні дослідження:

1) Мікроскопія

- виявлення трихомонади у нативному мазку:
- виявлення трихомонади у дослідженому матеріалі забарвленому за методом Грама та Романовського-Гімзи,

2) Молекулярно-біологічний метод:

- полімеразна ланцюгова реакція (ПЛР):

3) Культуральні дослідження.

Слід зазначити - культуральне дослідження для виявлення рухливих форм *Trichomonas vaginalis* - найбільш специфічний метод діагностики трихомоніазу, полімеразна ланцюгова реакція метод діагностики трихомоніазу з найбільшою чутливістю.

Показання до терапії трихомоніазу

Позитивний тест на *T. vaginalis* незалежно від наявності симптомів. Епідеміологічне лікування статевих партнерів.

Лікування системне та місцеве:

- препарати групи нітроїмідазолів (метронідазол, тріхопол, флагіл);
- тинідазолу (фазижин);
- орнидазолу (тиберал);
- тенонітразолу (атрикан 250);
- наксоджину (німоразол)

Рекомендовані схеми лікування

Перша лінія: - метронідазол 400–500 мг перорально двічі на день протягом 5-7 днів; або - метронідазол 2 г перорально одноразово. Нітроїмідазоли є єдиним класом ліків, які використовуються для пероральної або парентеральної терапії трихомоніазу, і більшість штамів до них високочутливі. У жінок висока частота інфікування сечовипускного каналу і парауретральних залоз, у зв'язку з чим для лікування слід застосовувати системну терапію з курсом лікування тривалістю 5-7 днів. У пацієнок із істинною алергією на метронідазол застосовується десенсибілізація. Пацієнткам слід рекомендувати не вживати алкоголь під час лікування та не менше 48 годин після закінчення прийому препарату (протягом 72 годин прийому тинідазолу) через можливу дисульфірамоподібну реакцію (ефект AntabuseVR).

При хронічній формі трихомоніозу – імунотерапія, вітамінотерапія, ферментотерапія.

При рецидивуючому трихомоніазі тривалість лікування 14 днів.

Контроль за результатом лікування проводять через 7 – 10 днів після його закінчення, надалі після кожної менструації три рази.

Генітальний кандидоз

Збудники дріжджеподібні гриби роду кандіда (*C.albicans*, *C.tropicalis*, *C. glabrata*), іноді гриби роду *Leptotrix*. Понад 60% здорових жінок в пременопаузі колонізовані грибами роду *Candida* з вищими показниками під час вагітності та нижчими – в дітей і жінок у постменопаузі, які не отримують менопаузальну гормональну терапію. За оцінками фахівців 75% жінок будуть мати принаймні один епізод вульвовагінального кандидозу (ВВК) протягом свого життя, а від 6 до 9% – хронічний рецидивуючий ВВК (не менше 4 епізодів на рік). ГК є результатом надмірного росту *Candida albicans* у 90% жінок (в інших визначаються інші види, наприклад, *C. glabrata*). Провокуючими факторами є порушення біоценозу піхви через застосування антибіотиків, кортикостероїдів, ендокринні захворювання, вагітність, ендогенна або екзогенна імуносупресія (включаючи цукровий діабет та імунодепресанти, алергічну реакцію).

Класифікація

Виділяють три клінічні форми сечостатевого кандидозу:

- неускладнений кандидоз без патологічного фону;
- неускладнений кандидоз, обумовлений ендогенними причинами;
- ускладнений висхідний уrogenітальний кандидоз на тлі значного зниження захисних сил організму.

Клініка.

Характерні специфічні сироподібні виділення.

Клініко-лабораторні дослідження:

- бактеріоскопія, виявлення дріжджеподібних грибів у нативному мазку, та виявлення дріжджеподібних грибів у матеріалі зафарбованими 1% водним розчином метиленового синього, фуксину, генціанового фіолетового.
- культуральне дослідження.

Лікування: протигрибкові препарати – кетоконазол (низорал), флуконазол (дифлюкан, дифлазон, медофлюкон), інтраконазол (орунгал), ністатин.)

Контроль за результатом лікування проводять протягом трьох місяців.

Рекомендовані схеми лікування вагінального кандидозу

Пероральні препарати включають:

- флуконазол 150 мг у вигляді разової дози;
- ітраконазол 200 мг двічі протягом однієї доби.

Інтравагінальні препарати включають:

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

Неальбікантні види *Candida* та стійкість до азолів

Рекомендований режим:

- Песарії ністатину 100 000 ОД вагінально на ніч протягом 12-14 днів поспіль - Вагінальні свічки з борною кислотою 600 мг на день протягом 14 днів.
- Вагінальні свічки амфотерицину В по 50 мг 1 раз на добу протягом 14 днів
- Флуцитозин 5 г крему або 1 г песарій вагінально з амфотерицином або ністатином щодня протягом 14 днів

Для інфекції, спричиненої стійкими до азолів видами *Candida*, потрібні довші курси препаратами, що не належать до групи азолів.

Альтернативні або додаткові методи лікування

Доказові методи лікування:

Протиалергічні: - Цетиризин 10 мг перорально щодня протягом шести місяців може спричинити ремісію у жінок, у яких не вдалося досягти повного усунення симптомів за допомогою флуконазолу.

Бактеріальний вагіноз.

Бактеріальний вагіноз (БВ) - це дисбактеріоз вагінальної мікробіоти, характеризується змінами екосистеми піхви, які полягають у заміщенні домінуючих у мікрофлорі вагіни мікроорганізмів роду *Lactobacillus* асоціацією різних бактерій, переважно анаеробних організмів піхви в тому числі *Gardnerella vaginalis*, анаеробів (*Bacteroides*, *Prevotella*, *Porphyromonas*, *Peptostreptococcus*, *Mobiluncus*) *Mycoplasma hominis* та інші.

БВ це Всі перераховані мікроби є представниками нормальної флори піхви, але при бактеріальному вагінозі різко підвищується їх кількість, порушується співвідношення аеробів та анаеробів(в нормі 1:5, при бактеріальному вагінозі 1:100). Наслідком різкого зменшення або відсутності лактобацил є підвищення рН вагінального середовища, що також сприяє розвитку інших, умовно-патогенних мікробів. Клінічне значення бактеріального вагінозу полягає в тому, що велика кількість умовно-патогенних мікробів у піхві є фактором ризику, виникнення висхідної інфекції, а також розвитку запалення у статевому партнері.

Клінічні прояви бактеріального вагінозу не мають характерних ознак, переважно жінки скаржаться на значні вагінальні виділення, з неприємним запахом «гнилої риби» (наслідок метаболізму гарднерелла виробляє летючі аміни). Ознаки запалення піхви відсутні, що дозволяє диференціювати бактеріальний вагінозу із вагінітом.

Диференційно-діагностичні критерії вагінальних виділень

Ознаки	Нормальний стан	Бактеріальний вагіноз	Кандидоз	Трихомоніаз
Тип вагінальних виділень	Утворюються згортки	Гомогенні сливкоподібні	Творожкові виділення	Гомогенні пінисті
pH	< 4,5	> 4,5	< 4,5	< 4,5
Аміачний запах	Відсутній	Присутній	Відсутній	Присутній або Відсутній
Ключові клітини	Відсутні	Присутні	Відсутні	Присутні
Трихомонади	Відсутні	Відсутні	Відсутні	Присутні
Дріжжеподібні спори	Відсутні	Відсутні	Присутні	Відсутні
Лактобацили	Присутні	Відсутні	Присутні	Присутні або відсутні
Запалення	Відсутні	Відсутні	Присутні	Присутні

Діагностика:

1) **Мікроскопія пофарбованого за Грамом** препарату є еталонним методом діагностики БВ.

А) Оцінка за шкалою Nugent. Вона використовується як золотий стандарт для досліджень і заснована на оцінці вмісту бактеріальних морфотипів в пофарбованому за Грамом піхвовому мазку.

Оцінка варіює від 0 до 10:

- показник < 4 є нормальним,
- показник 4-6 – проміжним,
- показник > 6 свідчить про БВ.

В) Критерії **Нау-Ison**. Він також заснований на результатах мазка, пофарбованого за Грамом,

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

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

Клінічні критерії:

1. Гомогенні сіро-білі виділення (більше 150 мл).
2. рН вагінальної рідини > 4,5 (виміряний за допомогою рН-паперової смужки).
3. Рибний запах (якщо не визначається, потрібно додати кілька крапель 10% КОН до вагінальної проби).
4. При нативній мікроскопії наявні ключові клітини (> 20% всіх епітеліальних клітин).

3) **Інші методи діагностики БВ** Існують комерційні тести для визначення БВ: зокрема, OSOM BV Blue (Sekisui Diagnostics, Framingham, MA, США) – тест на рівень сіалідази, має чутливість 91,7% порівняно з мікроскопією; вагінальна панель BD MAXTM (Becton, Dickinson and Company, Franklin Lakes, штат Нью-Джерсі, США) – аналіз на ампліфікацію нуклеїнових кислот на основі мікробіомів, який виявляє БВ, трихомонади та декілька видів кандид. Виробник зазначає чутливість 90,7% для діагностики БВ.

Показання до лікування БВ:

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

Рекомендовані схеми лікування БВ

- Метронідазол 400-500 мг перорально двічі на добу протягом 5-7 днів; або Метронідазол гель (0,75%) інтравагінально один раз на добу впродовж 5 днів;
- Кліндаміцин крем (2%) інтравагінально один раз на добу протягом 7 днів.

Альтернативні схеми лікування БВ

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

- Секнідазол 2 г пероральні гранули в одній дозі

Принципи лікування БВ

I етап – лікування обох партнерів - загальна та місцева терапія антибактеріальними препаратами та антибіотиками (метронідозол, далацин Ц, кліндаміцин (таблетки для перорального та вагінального застосування, гель та мазі);

II етап – відновлення вагінального біоценозу (вагілак, апілак, екобіол та інші)

III етап – вакцинація (солкотриховак по 0,5 мл 1 раз у три тижні, загалом три раз. Повторна вакцинація через рік.

Контроль лікування проводиться після закінчення другого етапу.

Симптоми і ознаки при різних причинах вагінальних виділень

Бактеріальний вагіноз	Вульвовагінальний кандидоз	Трихомоніаз
Близько 50% пацієток не мають симптомів	Близько 60% жінок колонізовані. Симптоми відзначаються у небагатьох із них.	10-50% жінок асимптомні, 5-15% не мають патологічних ознак
Виділення у вигляді тонкого білого нальоту на стінках піхви і присінку піхви	Виділення, можуть бути нерясними та без запаху.	Виділення з неприємним запахом у 70%, пінисті виділення жовтого кольору в 10-30%
Неприємний рибний запах	Біль, свербіж у піхві й еритема	Свербіж/ подразнення в піхві й еритема
Вагініт відсутній	Тріщини на слизовій оболонці піхви Легка диспареунія Ураження шкіри пахової ділянки Набряк слизової оболонки піхви	Дизурія Зрідка дискомфорт унизу живота Вагініт У 2% випадків – «полунична шийка матки», видима неозброєним оком

Подальше спостереження European (IUSTI/WHO) International Union against sexually transmitted infections (IUSTI) World Health Organisation (WHO) guideline on the management of vaginal discharge (2018)

Бактеріальний вагіноз Спостереженню підлягають тільки жінки з персистуючими симптомами. Якщо лікування призначається під час вагітності для зниження ризику передчасних пологів, повторну діагностику необхідно провести через один місяць і запропонувати подальше лікування при рецидиві БВ. Кандидоз Спостереженню підлягають тільки жінки з персистуючими або рецидивуючими симптомами. Необхідно виключити інші

діагнози, наприклад, дерматит вульви. Трихомоніаз Спостереження не потрібне для жінок і чоловіків, у яких в результаті лікування зникають симптоми інфекції або якщо вони мали безсимптомний перебіг з самого початку. Контрольні дослідження рекомендуються тільки в тих випадках, якщо в пацієнта залишаються або рецидивують симптоми після лікування

Генітальний герпес

Збудники двох типів: вірус простого герпесу Herpes Simplex I (ВПГ-1) та Herpes Simplex II (ВПГ-2). В 90% випадках захворювання викликає ВПГ-2. Інфекція передається переважно при сексуальних контактах від хворого або носія ВПГ, який немає клінічних симптомів. Виділяють 3 форми герпетичної інфекції: *первинна інфекція*, *непервинна інфекція* (у пацієток, які вже мають антитіла до одного з типів до одного з типів ВПГ), рецидивуюча інфекція. Факторами, які сприяють рецидивам є зниження імунологічної реактивності.

Класифікація

За клінічними формами:

- 3) маніфестна
- 4) атипова;
- 5) абортівна;
- 6) субклінічна.

За стадіями

- 7) I стадія (ураження зовнішніх статевих органів);
- 8) II стадія (ураження піхви, цервікального каналу, сечівника)
- 9) III стадія (ураження ендометрія, маткових труб, сечового міхура)

Маніфестна форма характеризується болем в зоні вульви та появою везикульозних елементів, ознаки загального нездужання, високою або субфебрильною температурою. В подальшому на місті везикул утворюються ерозії, які поступово епітелізуються. Загальна тривалість клінічних проявів складає до 5-6 тижнів.

Атипова – характеризується тим, що вогнище ураження виглядають як тріщини слизової вульви, іноді як набряк вульви. Тріщини епітелізуються протягом 5-7 днів.

Абортівна форма – вогнище ураження, минає стадії характерні для маніфестної форми і виглядає як пляма чи папула, що свербить. Ця форма спостерігається у пацієток, що раніше отримували протівірусну терапію.

Субклінічна форма характеризується мікросимптоматикою, прояви герпетичної інфекції короточасні і швидко зникають.

Клініко-лабораторне дослідження:

- 10) полімеразна ланцюгова реакція,
- 11) серологічні дослідження (ІФА),
- 12) виділення та ідентифікація вірусу герпесу,
- 13) цитологічні дослідження.

Лікування загальне та місцеве:

- 14) протівірусні препарати (ацикловір, валоцикловір, фамцикловір),
- 15) інтерферони та їх індуктори (віферон, генферон, циклоферон, протекфлазид та інші)
- 16) симптоматична терапія.

Вакциноterapia після лікування при стійкій ремісії (герпетична вакцина (вітагерпанак) по 0,2 мл внутрішньошкірно 1 раз на тиждень впродовж 5 тижнів. Повторний курс через 6 місяців.

VI. План та організаційна структура заняття.

№ п\п	Основні етапи заняття, їх функції та зміст	Цілі	Методи контролю навчання	Матеріали методичного забезпечення	Час
1	2	3	4	5	6
Підготовчий етап					
I	Організаційні заходи				2%
II	Постановка навчальних цілей та мотивація			Див.п.2"Навчальні цілі" Див.п.1"Актуальність теми"	3%
III	Контроль вихідного рівня знань, навиків, вмій: -Причини та патогенез розвитку запальних захворювань жіночих статевих органів, що передаються статевим шляхом. -Класифікація запальних захворювань жіночих статевих органів, що передаються статевим шляхом. -Діагностика запальних захворювань жіночих статевих органів, що передаються статевим шляхом. -Клініка запальних захворювань жіночих статевих органів, що передаються статевим шляхом. -Лікарська тактика запальних захворювань жіночих статевих органів, що передаються статевим шляхом. -Методи лікування запальних захворювань жіночих статевих органів, що передаються статевим шляхом. -Методи профілактики запальних захворювань жіночих статевих органів, що передаються статевим шляхом.	(α=2)	- індивідуальне теоретичне опитування - тестовий контроль - рішення типових задач	- питання для теоретичного опитування - тести - типові задачі -структурно-логічні схеми, таблиці - муляжі	15%
Основний етап					
IV	Формування професійних навичок:	(α=3)	Метод формування навичок:	Алгоритми методів обстеження	65%

<p>- Збирати гінекологічний анамнез</p> <p>- Виконувати гінекологічне дослідження.</p> <p>Формування професійних вмінь:</p> <p>-Зібрати анамнез і виділити ознаки, притаманні запальним захворюванням жіночих статевих органів, що передаються статевим шляхом.</p> <p>-Скласти план обстеження для діагностики запальних захворювань жіночих статевих органів, що передаються статевим шляхом.</p> <p>-Оцінити результати основного та додаткового обстеження при запальних захворювань жіночих статевих органів, що передаються статевим шляхом.</p> <p>-Провести діагностику запальних захворювань жіночих статевих органів, що передаються статевим шляхом.</p> <p>-Визначити тактику ведення хворої з запальними захворюваннями жіночих статевих органів, що передаються статевим шляхом.</p> <p>-Призначити лікування при запальних захворюваннях жіночих статевих органах.</p> <p>-Визначати показання до хірургічного лікування при запальних захворюваннях жіночих статевих органів, що передаються статевим шляхом.</p> <p>-Скласти план щодо реабілітації хворих з запальними захворюваннями жіночих статевих органів, що передаються статевим шляхом.</p>	<p>(α=4)</p>	<p>практичний тренінг</p> <p>Метод формування вмінь: тренінг у вирішенні типових нетипових ситуаційних задач - реальних клінічних, імітованих, тестових</p>	<p>гінекологічних хворих, муляжі для тренінгу, гінекологічний інструментарій.</p> <p>Тематичні хворі, історії хвороби; УЗД –знімки або УЗД в реальному часі, результати інших додаткових методів обстеження ситуаційні задачі IV рівня, інтерактивні завдання.</p>	
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

Підсумковий етап					
V	Контроль та корекція рівня практичних навиків.	($\alpha=3$)	Індивідуальний контроль практичних навиків	Тематичні хворі, муляжі Гінекологічний інструментарій	20 %
	Контроль та корекція рівня професійних вмінь	($\alpha=4$)	Аналіз результатів клінічної роботи студентів, рішення задач і тестів IV рівня	Результати клінічної роботи, нетипові задачі і тести IV рівня	
VI	Підведення підсумків заняття: Теоретичного, практичного, організаційного Домашнє завдання		Підсумкове оцінювання студентів за критеріями знань, навиків, вмінь	Орієнтовна карта для самостійної роботи з літературою. Рекомендована література (основна, додаткова, електронні джерела)	3

VII. Матеріали методичного забезпечення заняття

7.1. Матеріали контролю для підготовчого етапу заняття

Питання ($\alpha=2$) :

- Причини та патогенез розвитку запальних захворювань жіночих статевих органів, що передаються статевим шляхом.
- Класифікація запальних захворювань жіночих статевих органів, що передаються статевим шляхом.
- Клініка запальних захворювань жіночих статевих органів, що передаються статевим шляхом.
- Діагностика запальних захворювань жіночих статевих органів, що передаються статевим шляхом.

- Фактори ризику запальних захворювань жіночих статевих органів, що передаються статевим шляхом.
- Лікарська тактика при запальних захворюваннях жіночих статевих органів, що передаються статевим шляхом.
- Методи лікування запальних захворювань жіночих статевих органів, що передаються статевим шляхом.

Ситуаційні задачі ($\alpha=2$)

1. Хвора 32 років скаржиться на біль при сечовипусканні, підвищення температури тіла до $37,4^{\circ}\text{C}$. Незаміжня, має декілька статевих партнерів. При гінекологічному дослідженні: зовнішні статеві органи без патології. Слизова зовнішнього отвору уретри гіперемована. Слизова піхви без патології. Шийка матки циліндрична, гіперемія зони зовнішнього отвору церві-кального каналу. Внутрішні статеві органи без патології. Виділення гноєподібні.

Призначте план обстеження хворої. Встановіть попередній діагноз.

Д-з: Гонорейний ендocerвіцит.

План обстеження: бактеріоскопічне та бактеріологічне дослідження, молекулярно-біологічні методи (полімеразна ланцюгова реакція та лігазна ланцюгова реакція).

2. Хвора 26 років скаржиться на значні гнійні виділення з піхви та підйом температури тіла до 38°C . При гінекологічному дослідженні: зовнішні статеві органи та слизова піхви без ознак запалення, слизова зовнішнього отвору уретри гіперемована. Внутрішні статеві органи без патології. Виділення гноєподібні. При бактеріоскопії виділень з уретри та церві-кального каналу виявлені грам-негативні, внутрішньоклітинні диплококи бобовидної форми, кількість лейкоцитів до 100 в полі зору.

Встановити діагноз, призначити лікування.

Д-з: гостра гонорея.

Лікування: амоксицилін 0,5 г усередину 3 рази на день 2 дні.

3. В гінекологічний стаціонар госпіталізована хвора зі скаргами на різкий біль в нижніх відділах живота, підвищення T тіла до 38°C , виділення з піхви гноєподібного характеру. Пологів та абортів не було. Статеве життя безладне. При бімануальному дослідженні: шийка матки конічної форми, зів закритий. Матка не збільшена, болюча при пальпації. Придатки збільшені, болісні з обох сторін. Виділення з піхви – значні, гноєподібні. Що доцільніше зробити для встановлення діагнозу?

Необхідно провести бактеріологічне та бактеріоскопічне дослідження виділень з піхви.

4. Хвора, 25 років звернулася зі скаргами на підвищення Т тіла до 37,9°C, ниючий біль внизу живота, біль при сечовипусканні, гноєподібні виділення. Занедужала гостро. Відмічає випадкові статеві зносини 5 днів тому. Відмічаються симптоми подразнення очеревини у гіпогастральній ділянці. Гінекологічні захворювання в минулому заперечує. При зсуві шийки матки спостерігається різка болючість. Матка та придатки чітко не визначаються через напруження передньої черевної стінки. Можливий діагноз? Що треба зробити для уточнення діагнозу?

Д-з: пельвиоперитоніт.

Треба провести обстеження : загальний аналіз крові та сечі, бактеріоскопічне та бактеріологічне обстеження на гонорею, УЗД.

5. Хвора 32 років, скаржиться на біль при сечовипусканні, підвищенні температури до 37,4°C. Незаміжня, має декілька статевих партнерів. При гінекологічному огляді отвір уретри гіперемований. Слизова піхви без патології. Шийка матки циліндрична. Гіперемія зони зовнішнього отвору цервікального каналу. Внутрішні статеві органи без патології. Виділення гноєподібні. Призначте план обстеження хворої. Встановіть попередній діагноз.

Еталон відповіді:

Гострий уретрит, екзоцервіцит. Бактеріоскопія мазка. Бакпосів з трьох точок. ПЦР на гонорею.

6. Хвора 26 років скаржиться на значні виділення з піхви із неприємним запахом «гнилої риби» при гінекологічному дослідженні зовнішні статеві органи та слизова піхви без ознак запалення. Виділення з піхви значні, білісуваті з неприємним запахом. Внутрішні статеві органи без патології. При бактеріоскопії виявлені «ключові клітини». Встановіть діагноз. Призначте лікування.

Еталон відповіді:

Бактеріальний вагіноз.

I етап - лікування: метронідазол 0,5 г 2 рази на добу -7днів. Далацин – гель 2% інтравагінально по 5 г на добу 3-6 днів.

II етап – відновлення флори піхви

7. Хвора А звернулась до лікаря жіночої консультації зі скаргами на свербіж та печіння у ділянці зовнішніх статевих органів та вагіні, біль при статевому акті, гнійні виділення. При огляді: шкіра та слизова оболонка в області зовнішніх статевих органів гіперемована, стінка вагіни гіперемована, болюча, виділення гноєподібні. Шийка матки гіперемована, циліндричної форми, вічко закрите. Внутрішні органи без патології. Встановіть попередній діагноз, складіть план дослідження та план лікування.

Еталон відповіді:

Д-з: Вульвовагініт. Кольпіт.

Лабораторне обстеження: мікроскопія виділень. Бакпосів на флору та чутливість збудника до АБ. Обстеження на герпетичну, хламідійну інфекції, мікоплазму, уреоплазму методом ПЦР. Посів на гонорею. Кольпоскопія. Лікування етіотропне в залежності від збудника та чутливості до АБ (специфічна АБ терапія при ЗПСШ). Місцево: обробка піхви розчином цитеалу 1 раз на добу 10 днів, тержинан - по 1 свічці на ніч 10 днів.

8. Для лікування інфекції сечовивідних шляхів жінці було призначено антибіотики протягом 1 тижня. По закінченні прийому антибіотика з'явилися густі сироподібні білі виділення з піхви, які супроводжувалися сильним свербіжом вульви. Який попередній діагноз? Яке лікування?

Еталон відповіді: Д-з: Кандидозний кольпіт. Лікування: протигрибкові препарати.

9. Жінка скаржиться на зловонні пінисті виділення із піхви та сильний свербіж вульви. Додатково повідомляє, що у її партнера також з'явилися неприємні незначних виділення. При обстеженні піхви в дзеркалах виявлені яскраво червоні плями на шийці матки. Який етіологічний фактор кольпіту? Яке лікування?

Еталон відповіді: трихомоніаз. Лікування: метронідазол 0,5 г - 2 рази на добу - 7 днів протягом 3 менструальних циклів. Місцево: гелі або свічки з метронідазолом по 500 мг - 1 раз на добу. Солкотріховак –К – вакцинація.

10. Пацієнтка 24 років звернулась до жіночої консультації зі скаргами на надмірні виділення, свербіж в області зовнішніх статевих органів, болючість при сечовипусканні. Захворіла гостро, після випадкового статевого контакту.

Об'єктивно: стінки піхви гіперемовані, виділення надмірні, гноєподібні, пінисті. Яке дослідження найбільш достовірне в плані діагностики захворювання?

Еталон відповіді: бактеріоскопія піхвових мазків.

11. При обстеженні жінки на прийомі в жіночій консультації з приводу постановки ВМС, аналіз мазка був такий: лейкоцити до 30 в полі зору, флора коково – бацилярна, в значній кількості виявлені «ключові клітини», палички Дедерляйна відсутні, рН середовища піхви – 5,6. Який діагноз?

Еталон відповіді: бактеріальний вагіноз.

12. У жінки 34 років періодично виникають скарги на набряк піхви, тріщини слизової піхви, які самостійно епітелізуються протягом 5-7 днів. Виділення водянисті, рясні. Під час ходьби та тертя білизни виникає біль. Загальний стан погіршується, виникає загальна слабкість. Який попередній діагноз? Яке лікування?

Еталон відповіді: герпетичний вульвовагініт атипова форма. Лікування: ацикловір по 200 мг 5 раз на добу протягом 10 днів. Індуктори інтерферонів: циклоферон, неовір. Гропринозин. Аплікації з оксоліновою маззю.

ТЕСТОВІ ЗАДАЧІ

1. Пацієнтка 29 років звернулась до жіночої консультації зі скаргами на надмірні виділення, біль і набряк вульви, подразнення та свербіж.

Загальне нездужання та появу везикульозних висипань на внутрішній поверхні бедер. Температура тіла 37,5°C. Хворіє на проятзі 4-5 днів. Об'єктивно: набряк та гіперемія вульви, везикули болісні при пальпації, стінки піхви гіперемовані. Поставте попередній діагноз:

А.Трихомонадний кольпіт.

В.Бактеріальний вагіноз.

С.Дріжджевий кольпіт.

Д.Генітальний герпес.

2. Хвора 18 років звернулась в жіночу консультацію зі скаргами на біль внизу живота, підвищення температури тіла до $37,5^{\circ}\text{C}$, значні слизово-гнійні виділення зі статевих шляхів, різі при сечовиділенні. При огляді в дзеркалах та піхвовому дослідженні: уретра інфільтрована, шийка матки гіперемована, еродована, матка пальпаторно болюча, додатки болючі, потовщені, склепіння вільні. При бактеріоскопічному дослідженні виділень виявлені диплококи. Який найбільш імовірний діагноз?

- A. Хронічна гонорея
- B. Трихомоніаз
- C. Кандидомікоз
- D. Свіжа гостра висхідна гонорея
- E. Хламідіоз.

3. У 25 літньої жінки з метою лікування гострого пієлонефриту, був призначений комплекс антибіотикотерапії протягом 10 днів. Після закінчення прийому АБ з'явилися густі білі виділення з піхви сирнистого характеру, які супроводжувалися вираженим зудом вульви. Для описаного типу кольпіту виберіть раціональну терапію:

- A. Протигрибкові препарати.
- B. Спринцювання розчином борної кислоти.
- C. Естрогенміські креми.
- D. Метронідазол.

4. Мати привела до гінеколога дівчину 7 років зі скаргами на біль, печію у ділянці промежини, статева формула: $Ax - 0, P - 0, Ma - 0, Me - 0$. Визначається гіперемія в ділянці промежини і входу до піхви. Виділення із статевих шляхів сирнисті рясні. Яке обстеження в першу чергу допоможе уточнити діагноз:

- A. Загальний аналіз крові.
- B. Мазок на флору піхви.
- C. Мазок на кольпоцитологію.
- D. Аналіз кала на яйця глистів.

5. До лікаря загальної практики звернулась мати дівчинки 10 років зі скаргами на печію, свербіж у ділянці зовнішніх статевих органів. Дівчинка напередодні хворіла на гострий бронхіт та приймала антибіотики. При огляді: зовнішні статеві органи

набрякли, гіперемовані, в складках скупчення білих нашарувань. Визначте найбільш імовірний діагноз:

- A. Кандидозний вульвіт.
- B. Трихомоніаз.
- C. Неспецифічний вульвіт.
- D. Глистна інвазія.

6. Хвора 27 років звернулася зі скаргами на виникнення неприємного відчуття під час статевого акту, відчуття жару, велику кількість піхвових виділень кремovidних, з неприємним запахом, свербіж. При мікроскопічному дослідженні знайдено: до 30 лейкоцитів у полі зору, «ключові клітини», позитивний амінний тест. Ваш діагноз:

- A. Бактеріальний вагіноз.
- B. Вульвовагініт.
- C. Простий гострий кольпіт.
- D. Вагінізм.

7. Хвора 24 років звернулася зі скаргами на свербіж вульви, сироподібні виділення. З анамнезу відомо, що хвора довгий час приймала антибактеріальні препарати. При огляді слизова оболонка вагіни набрякла, гіперемована в складках накопичення білих нашарувань. При мікроскопічному дослідженні виділень знайдено міцелій грибів. Виберіть препарат для лікування хворої:

- A. Трихопол.
- B. Флагіл.
- C. Метранідазол.
- D. Дифлюкан.

8. Хвора 19 років звернулася зі скаргами на свербіж у піхві, біль та свербіння при сечовипусканні. Хворіє 3 дні. Тиждень тому був статевий акт. Незаміжня. При огляді в дзеркалах: слизова піхви набрякла, гіперемована, виділення в надмірній кількості гноєподібні, пінисті. Поставте попередній діагноз:

- A. Вульвовагініт.
- B. Дріжджевий кольпіт.
- C. Трихомонадний кольпіт.

D. Вульвіт.

9. Хвора 25 років звернулась до лікаря зі скаргами на значні пінисті виділення з неприємним запахом, печіння та свербіж в ділянці зовнішніх геніталій. Хворіє протягом тижня. Статеве життя поза шлюбом. При огляді слизова оболонка піхви гіперемована. При дотику кровоточить. Виділення пінисті, жовтозелені. Яке лікування є етіотропним?

A. Ністатін.

B. Метронідазол.

C. Кліндаміцин.

D. Ацикловір.

10. 8. Хвора 25 років звернулась до лікаря, зі скаргами на значні пінисті виділення з неприємним запахом, печіння та свербіж в ділянці зовнішніх геніталій. Хворіє на протязі тижня. Статеве життя поза шлюбом. При огляді слизова оболонка піхви гіперемована. При дотику кровоточить. Виділення пінисті, жовтозелені. Який діагноз?

A. Бактеріальний вагіноз.

B. Дріжджевий кольпіт.

C. Трихомонадний кольпіт.

D. Вульвіт

7.2. Матеріали методичного забезпечення основного етапу заняття

Завдання для формування навичок ($\alpha=3$) :

3. Зібрати скарги і гінекологічний анамнез.

4. Провести основні методи гінекологічного обстеження: огляд зовнішніх статевих органів, огляд в дзеркалах, бімануальне дослідження

Завдання для формування вмінь ($\alpha=4$)

- 1.Зібрати анамнез і виділити ознаки, притаманні запальним захворюванням жіночих статевих органів, що передаються статевим шляхом.
- 2.Скласти план обстеження для діагностики запальних захворювань жіночих статевих органів, що передаються статевим шляхом.
- 3.Оцінити результати основного та додаткового обстеження при запальних захворюваннях жіночих статевих органів, що передаються статевим шляхом.
- 4.Провести діагностику запальними захворювань жіночих статевих органів, що передаються статевим шляхом.
- 5.Призначати лікування при запальних захворюваннях жіночих статевих органів, що передаються статевим шляхом.

2. Інтерактивне завдання ($\alpha=4$) :

2. Групу студентів поділити на 3 підгрупи, завдання для формування вмінь надати кожній підгрупі
2. Групу студентів поділити на 3-4 підгрупи, кожній групі надати різні знімки УЗ досліджень з різними формами запальних захворювань жіночих статевих органів, що передаються статевим шляхом.
3. Групу студентів поділити на 2 підгрупи:
Підгрупа 1 – проводить аналіз ведення тематичної хворої на підставі наданої історії хвороби
Підгрупа 2 - оцінює правильність проведеного аналізу

7.2. Матеріали методичного забезпечення підсумкового етапу заняття

- A) Оцінити результати виконання наданих інтерактивних завдань в підгрупах студентів.

7.3. Матеріали методичного забезпечення самостійної роботи студентів.

Література.

Навчальна.

Основна:

5. Методичні вказівки для викладачів щодо організації навчального процесу з гінекології на медичному факультеті - Венцківський Б.М. 2010
6. Гінекологія: підручник (за ред. Б.М.Венцківського, Г.К.Степанківської, В.П.Лакатоша).- К.: ВСВ Медицина, 2012.- 648 с.

7. Акушерство і гінекологія (у 2-х книгах): підручник (за ред. Грищенко В.І., Щербини М.О.)// Книга I Акушерство.-К.: Медицина, 2011.- 422 с.; Книга II Гінекологія. - К.Медицина,2011.- 375 с.

8. Акушерство і гінекологія (у 4-х томах): національний підручник: 2013

Запорожан В.М., Чайка В.К., Маркін Л.Б.

Допоміжна:

5. Норвітц Єррол Р., Шордж Джон О. Наглядные акушерство и гинекология (перевод с английского).- М.: ГЭОТАР - МЕД, 2003.-141 с.

6. Сенчук А.Я., Вдовиченко Ю.П., Венцовский Б.М., Шунько Е.Е. Руководство по практическим навыкам в гинекологии, акушерстве и неонатологии.- К.: Гидромакс,2006.- 368 с.

Методична

7. Акушерство и гинекология. / Current Obstetric & Gynecologic Diagnosis & Treatment. Eleven Edition / Лорен Натан, Алан Х. ДеЧерни. 2012.

8. Наказ МОЗ «Аномальні маткові виділення» - КН 2022-2264. - 15.12.2022

Європейське агентство з лікарських засобів опублікувало нові рекомендації, у яких підкреслюється можливість інвалідизації та постійних побічних ефектів після використання фторхінолонових антибіотиків. Керівництво рекомендує не застосовувати фторхінолони при легких та помірних бактеріальних інфекціях, якщо доступна альтернативна антибіотикотерапія. Тому рекомендації щодо ЗЗОМТ було оновлено, фторхінолони перенесені з першої лінії терапії на другу, за винятком жінок із ЗЗОМТ, асоційованих з *M. genitalium*.

- Національні рекомендації Великобританії щодо лікування гонореї оновлено, рекомендовано використання підвищеної дози 1 г цефтриаксону. Рекомендації щодо ЗЗОМТ оновлені, щоб також рекомендувати цю підвищену дозу.

- Рекомендації щодо використання антибіотиків на дуже ранніх термінах вагітності (до того, як тест на вагітність стане позитивним) оновлені відповідно до порад Терапевтичної інформаційної служби Великобританії. У такій ситуації переваги терапії переважатимуть ризики.

- золотого стандарту для точної діагностики ЗЗОМТ немає, тому в багатьох клінічних дослідженнях використовується прагматичний підхід до діагностики та лікування;

Докази РКД щодо того, чи слід залишати або видаляти внутрішньоматковий контрацептив (ВМК) у жінок із ЗЗОМТ, обмежені[17-19]. У жінок із легким та помірним ЗЗОМТ ВМК можна залишити на місці, але слід 16 провести огляд через 48–72 години та видалити ВМК, якщо не відбулося значного клінічного покращення. Рішення про видалення ВМК має бути збалансоване з ризиком небажаної вагітності для тих жінок, які мали незахищений статевий акт протягом попередніх 7 днів. Екстрена гормональна контрацепція після видалення ВМК може бути доречною для деяких жінок у цій ситуації.

Тема: « НЕ В І Д К Л А Д Н І С Т А Н И В Г І Н Е К О Л О Г І Ч Н І Й П Р А К Т И Ц І »

I. Науково - методичне обґрунтування теми

Гострий живіт — це клінічний симптомокомплекс, який розвивається при пошкодженнях і гострих захворюваннях органів черевної порожнини і зачеревного простору, що загрожує життю і вимагає невідкладної допомоги. Поняття «гострий живіт» є збиральним. Під цим терміном об'єднують гостро виникаючі патологічні процеси в черевній порожнині, різні по етіології і клінічному перебігу. Всі захворювання, що супроводжуються клінічною картиною «гострого живота», вимагають негайної госпіталізації хворих, проведення діагностики і надання невідкладної допомоги.

II. Навчально-виховні цілі

Для формування умінь студент повинен знати:

1. Сучасні погляди на етіологію та патогенез захворювань, що призводять до розвитку «гострого живота» в гінекології.
2. Класифікацію захворювань, що призводять до розвитку «гострого живота» в гінекології.
3. Особливості клінічної симптоматики, характеру перебігу, частота ускладнень при захворювань, що призводять до розвитку «гострого живота» в гінекології.
4. Діагностичні можливості додаткових методів дослідження (лабораторних, інструментальних) при «гострому животі» в гінекології.
5. Диференційну діагностику захворювань, що призводять до розвитку «гострого живота» в гінекології.
6. Методи лікування «гострого живота».

Для формування умінь студент повинен вміти:

1. Скласти план обстеження при захворюваннях, що призводять до розвитку «гострого живота».
2. Аналізувати результати загально-клінічних, інструментальних та апаратних методів дослідження при даній патології.
3. Провести диференціальну діагностику захворювань, що призводять до розвитку «гострого живота».
4. Надати невідкладну допомогу хворим з даною патологією до госпіталізації в гінекологічний стаціонар.
5. Скласти план лікування захворювань, що призводять до розвитку «гострого живота», в гінекологічному стаціонарі.

III. Базові знання

1. Фізіологія кровообігу.
2. Васкуляризація внутрішніх статевих органів.
3. Фізикальні методи дослідження порушень функцій органів черевної порожнини та малого тазу.

IV. Зміст навчального матеріалу

Гострий живіт — це клінічний симптомокомплекс, який розвивається при пошкодженнях і гострих захворюваннях органів черевної порожнини і зачеревного простору, що загрожує життю і вимагає невідкладної допомоги. Поняття «гострий живіт» є збиральним. Під цим терміном об'єднують гостро виникаючі патологічні процеси в черевній порожнині, різні по етіології і клінічному перебігу.

Причини «гострого живота» умовно можна розділити на чотири групи:

- 1 група — гострі внутрішньочеревні кровотечі (порушена позаматкова вагітність, апоплексія яєчника);
- 2 група — порушення кровообігу у внутрішніх статевих органах (перекрут ніжки пухлин і пухлиноподібних утворень яєчника, перекруті некроз міоматозного вузла);
- 3 група – ятрогенні причини (перфорація матки);
- 4 група — гострі запальні захворювання внутрішніх статевих органів із залученням до процесу очеревини.

Всі захворювання, що супроводжуються клінічною картиною «гострого живота», вимагають негайної госпіталізації хворих, проведення діагностики і надання невідкладної допомоги.

Не дивлячись на різноманіття причин, які викликають картину острого живота, **клінічна картина** має багато загальних ознак.

Основною і постійною ознакою гострого живота є біль. Вона може виникати раптово (наприклад, при розриві плодовместилища в разі позаматкової вагітності, при перекрутні ніжки пухлини яєчника) або наростати поступово (при запаленні додатків матки). В деяких випадках біль носить переймоподібний характер (при трубному аборті, народженні підслизового фіброматозного вузла). При запальному процесі біль частіше всього постійна і її інтенсивність залежить від вираженості запального процесу.

Біль, обумовлена гінекологічними захворюваннями, найчастіше локалізується внизу живота, в надлобкових, клубових і крижових ділянках; часто віддає в

пряму кишку, пахові ділянки, у внутрішні поверхні стегон і навіть в лопатку (френікус-симптом).

До загальних симптомів перитоніту, окрім больового чинника, відноситься послаблення черевного дихання, а при розлитому перитоніті хворий щадить черевну стінку і вона перестає брати участь в акті дихання.

Наголошується виражена ригідність передньої черевної стінки. Цей симптом визначається шляхом пальпації живота всією долонею, а не кінчиками пальців, оскільки в останньому випадку може відбуватися рефлекторне скорочення черевної стінки і з'являється несправжнє відчуття її ригідності.

Ригідність передньої черевної стінки добре виражена при пельвіоперитоніті, а також при перитоніті на фоні запальних процесів внутрішніх статевих органів. Цей симптом також визначається при перекрутні ніжки пухлини яєчника. В той же час при позаматковій вагітності ригідність передньої черевної стінки може бути відсутньою.

Для перитоніту характерний симптом Щеткина—Блюмберга. Перкусія живота супроводжується вираженою хворобливістю, яка з'являється на ранньому етапі захворювання.

Метеоризм дуже характерний для розлитого перитоніту в зв'язку з порушенням перистальтики кишечника.

Для перитоніту характерна наявність рідини в черевній порожнині, яка скупчується в пологих місцях черевної порожнини і визначається шляхом перкусії передньої черевної стінки і при УЗД.

Ранніми ознаками перитоніту є відсутність стільця і затримка відходження газів, що обумовлене парезом кишечника і запаленням вісцеральної очеревини.

Незрідка при перитоніті різного генезу виникає гикавка, яка залежить від роздратування діафрагмального нерва, який визиває скорочення діафрагми.

При явищах гострого живота, обумовленого перитонітом, часто наголошуються підвищення температури тіла і почастишання пульсу. Для гінекологічного перитоніту характерна розбіжність між температурою тіла і частотою пульсу. Частий пульс при субфебрильній або нормальній температурі тіла є раннім симптомом перитоніту. При важкому перебігу перитоніту спостерігаються висока температура тіла і частий пульс слабого наповнення. При масивній кровотечі в черевну порожнину, наприклад при позаматковій вагітності, температура тіла знижена, пульс частий, слабого наповнення.

Перитоніт завжди супроводжується лейкоцитозом, зрушенням лейкоцитарної формули вліво, збільшенням процентного вмісту палочкоядерних лейкоцитів, а для запальних процесів додатків матки характерна також збільшена ШЗЕ. *Всі захворювання, що супроводжуються клінічною картиною «гострого жи-вота», вимагають негайної госпіталізації хворих, проведення діагностики і надання невідкладної допомоги.*

ПОРУШЕНА ПОЗАМАТКОВА ВАГІТНІСТЬ

Клінічний перебіг позаматкової вагітності відрізняється великою різноманітністю симптомів. Найбільш типовим результатом трубної вагітності є її переривання звичайно на 4-6-ому або 7-8-му тижні. Ворсини хоріону, упродовжуючись в стінку маткової труби, викликають її руйнування і розплавлення, утворюючи шар фибринозного некрозу, що сприяє стоншуванню і розтягуванню стінки з подальшим розтинном стінок кровеносних судин і деструкцією нервових волокон.

Одним з варіантів порушення трубної вагітності є трубний аборт. Переривання вагітності за типом розриву маткової труби відмічається в 31 % випадків. Досить рідким результатом трубної вагітності є рання загибель зародка і резорбція його з подальшим утворенням гемато- або гідросальпінксу. При повному трубному аборті, коли плодове яйце цілком виганяє в черевну порожнину, воно найчастіше гине, а потім може підвергнутися звапнінню і муміфікації. Кровотеча з труби, що виникає при цьому, в край окремих випадках може зупинитися самостійно.

Порушення позаматкової вагітності за типом трубного аборту супро- вождається строкатою клінічною картиною: у деяких хворих спостерігаються ознаки гострої внутрішньої кровотечі, в інших симптоматика настільки мізерна, що виявити захворювання важко. Жінки не завжди відмічають затримку менструації, болі і кров'яні виділення із статевих шляхів. Суб'єктивні ознаки вагітності також можуть бути відсутніми. Нагрубання молочних залозі виділення з сосків можуть бути обумовлені іншими патологічними станами. Розрив маткової труби, як правило, протікає гостро, з вираженою клінічною картиною, обумовленою гострою кровотечею в черевну порожнину. Наголошуються анемізація і зниження артеріального тиску, запаморочення, непритомність, перитонеальний шок, що супроводиться больовим нападом, викликаним як розривом труби, так і роздратуванням очеревини кров'ю. Біль може ірадіювати в ділянку прямої кишки («крик Дугласа»), підребер'я, міжлопаткову ділянку, ключицю («френікус-симптом»). У багатьох хворих при розриві маткової

труби розвивається масивна крововтрата і геморагічнийшок.

Для діагностики трубного аборту важливим є детальне вивчення анамнезу, при якому особлива увага приділяється з'ясуванню особливостей останніх 2-4 менструальних циклів. Болі частіше мають нападopodobний характер (від декількох хвилин до декількох годин), кровотеча із статевих шляхів або збігається з першим больовим нападом, або з'являється після нього. Кров'яні виділення нагадують «кавову гущу». При вагінальному дослідженні удається пальпувати незначне збільшення і розм'якшення тіла матки, не відповідне терміну затримки менструації, пастозність і хворобливість придатків матки, згладжування і напругу задньої свода піхви, різко хворобливої при пальпації. При «старій» позаматковій вагітності може визначатися перитубарная гематома у вигляді утворення без чітких контурів в проекції придатків матки або позаду неї.

При дослідженні крові виявляються зниження вмісту гемоглобіну, зрушення лейкоцитарної формули вліво.

Диференціювати ектопічну вагітність, що уривається за типом трубного аборту, найчастіше слідує від мимовільного аборту при маточній вагітності

острення хронічного сальпінгофориту, апоплексії яєчника, а також від харчової інтоксикації. Незрідка хворих з позаматковою вагітністю госпіталізують в хірургічні стаціонари з підозрінням на гострий апендицит.

Симптоматика, супроводжуюча розрив маткової труби, досить яскрава. Больовий синдром виявляється на тлі повного благополуччя (частіше різкий біль виникає на стороні «вагітної» труби) і відрізняється характерною ірадіацією, незрідка виникають тенезми і рідкий стілець. При огляді хворої спостерігаються апатія, загальмованість, блідість шкірних покривів і видимихслизових оболонок, холодний піт, задишка. У деяких пацієнток наголошується падіння систоличного тиску нижче 80 мм рт. ст. Пальпація живота різко болюча, симптоми роздратування очеревини, притуплювання перкуторного звуку в пологих місцях живота, межа якого переміщається із зміною положення тіла. При бімануальному дослідженні наголошуються надмірна рухливість матки (симптом «плаваючої матки»), різка хворобливістьпри зсувішийки, нависання і виражена хворобливість заднього зведення піхви.

При масивній крововтраті показано екстрене хірургічне втручання, оскільки будь-яке зволікання може привести до летального результату.

Велику роль в діагностиці позаматкової вагітності грають додаткові методи дослідження.

Специфічне лабораторне дослідження: якісний або кількісний тест на ХГЛ.

Інструментальні методи обстеження:

УЗД:

- Відсутність в порожнині матки плодового яйця;
- Візуалізація ембріона поза порожниною матки;
- Виявлення утвору неоднорідної структури в області проекції маткових труб;
- Значна кількість вільної рідини в дугласовому просторі.

Лапароскопія:

- Візуально встановлений розрив маткової труби;
 - Кровотеча з ампулярного отвору або з місця розриву маткової труби;
 - Наявність в черевній порожнині крові та елементів плідного яйця.
- Діагностичне вишкрібання стінок порожнини матки:
- відсутність у вишкрібі елементів плідного яйця;
 - наявність у вишкрібі децидуальної тканини.

Діагностичне вишкрібання стінок порожнини матки виконується за відсутності апарату УЗД та за умови поінформованої згоди пацієнтки на цю маніпуляцію.

Пункція черевної порожнини через заднє склепіння піхви проводиться за відсутності апарату УЗД для діагностики трубного аборт. Наявність у пунктаті рідкої крові - одна з ознак позаматкової вагітності. *У разі клінічних ознак внутрішньочеревної кровотечі пункція черевної порожнини через заднєсклепіння піхви не проводиться - затримка часу початку лапаротомії.*

Розрив маткової труби слід **диференціювати** від апоплексії яєчника, перекрута ніжки цистаденоми, перитоніту при проривній виразці шлунку, травми органів черевної порожнини.

Диференційна діагностика трубного аборт і апоплексії яєчника має особливі труднощі із-за схожості симптоматики. На користь апоплексії говорить відсутність затримки менструації і об'єктивних ознаках вагітності. Діагностичними ознаками є визначення ХГТ, а також дані лапароскопії. Разом з тим, за наявності картини внутрішньої кровотечі виконувати ці дослідження недоцільно, оскільки в цьому випадку показаний терміновий череворозтин.

Багато однакових симптомів є при **трубному аборті і загостренні запального процесу в придатках матки**. Це в значній мірі пов'язано з тим, що при позаматковій вагітності в анамнезі є вказівки на перенесені запальні захворювання придатків матки. Загальними симптомами при запальному процесі придатків матки і трубному аборті є біль внизу живота, порушення менструальної функції, кров'яні виділення з піхви із-за порушення функції яєчників при запаленні і відходження децидуальної оболонки при трубному аборті, збільшення придатків матки в обох випадках. Характерні також субфебрильна температура тіла, пульсація судин при вагінальному дослідженні. Велике значення в диференціальній діагностиці трубного аборт і запалення придатків матки мають ретельно зібраний анамнез і спостереження за хворий в динаміці.

Відмінність цих двох нозологічних форм полягає в тому, що при запаленні придатків матки, як правило, не наголошується затримки менструації. При позаматковій вагітності тіло матки звичайне дещо збільшено, розм'якшено, при запаленні придатків матка рідко буває збільшеною, консистенція її щільна. При запальному процесі придатки збільшені і мають щільнішу консистенцію і досить обкреслену конфігурацію, але малу рухливість. При трубному аборті придатки м'якої консистенції, тестовати на дотик, з неясними контурами. Задня частина зведення піхви при запаленні придатків зазвичай не випнута; випинання її характерний для позаматкової вагітності.

Велике значення для встановлення правильного діагнозу мають гравімур-тест, лапароскопія, а також пункція через задню частину зведення піхви, яка при позаматковій вагітності дає цінну інформацію.

Позаматкову вагітність потрібно диференціювати з перекрутом ніжки пухлини

яєчника. Перекрут ніжки пухлини яєчника найчастіше відбувається раптово, рідше - поволі, поступово. Діагноз гострого живота при перекруті ніжки пухлини яєчника заснований на даних анамнезу (є вказівка на наявність пухлини яєчника), наявності різкого болю внизу живота, що віддає в ноги і поясицю (іноді біль носить нападаподібний характер), нудоту, блювоту, затримки стільця, поганого відходження газів. З'являються вираз переляку на обличчі, холодний піт, частішає пульс, може наступити больовий шок. Температура тіла спочатку нормальна, потім субфебрильна. Живіт зазвичай роздутий, іноді виявляється вибухання одного його половини, де розташовується пухлина яєчника, при пальпації визначаються ригідність передньої черевної стінки і симптом роздратування очеревини. При вагінальному і ректальному дослідженнях визначається пухлина в області придатків, яка при зсуві викликає різкий біль, тіло матки і придатки з протилежного боку зазвичай не змінені. Слід звернути увагу на те, що бімануальное вагінальне дослідження часто буває утруднено із-за напруги передньої черевної стінки у зв'язку з роздратуванням очеревини. Дуже цінну інформацію можна отримати при лапароскопії, а також УЗД і дослідженні ХГТ.

Для некрозу фіброматозного вузла на відміну від **позаматкової вагітності** характерна наявність фіброміоми матки в анамнезі, збільшення розмірів матки при виконанні вагінального дослідження, її хворобливість, наявність горбистої поверхні, особливо при субсерозному розташуванні вузлів, відсутність випинання задньої частини зведення піхви, збільшення придатків матки, рівня ХГЧ в крові і сечі. При некрозі фіброматозного вузла в крові визначаються лейкоцитоз і зрушення лейкоцитарної формули вліво. Інформативними є УЗД і лапароскопія.

Дуже часто **позаматкову вагітність** доводиться диференціювати з **гострим апендицитом**. Поява нападаподібного болю в правій клубовій області, блювота і симптом роздратування очеревина, яка може бути при правосторонній трубній вагітності, вимагає виключення гострого апендициту.

Діагностичні ознаки форм трубної вагітності

Клінічні ознаки	Трубний викидень	Розрив маткової труби
Ознаки вагітності	Позитивні	Позитивні
Загальний стан хворої	Періодично погіршується, короткочасні втрати свідомості, тривалі періоди задовільного стану	Прогресивне погіршення стану, клініка геморагічного шоку
Біль	Характер нападів, що періодично повторюються	З'являється у вигляді гострого нападу
Виділення	Кров'яні виділення темного кольору, з'являються після болю	Відсутні або незначні
Піхвове дослідження	Матка не відповідає терміну затримки місячних, болючість при зміщенні матки, утворення без чітких	Такі самі, симптоми «плаваючої матки», болючість матки і додатків з

Диференційна діагностика трубного і маточного абортів

	контурів, заднє склепіння сгладжене	ураженого боку, нависання заднього склепіння
Додаткові методи обстеження	Кульдоцентез Лапароскопія	Не проводяться

Трубний аборт	Матковий аборт
Порушення трубної вагітності між 4 – 6 тижнями	Самостійне переривання маткової вагітності між 8 – 12 тижнями
Характер нападів, що періодично повторюються в одній із пахвинних ділянок; бурний початок	Біль має схватко подібний характер, локалізується внизу і посеред живота; поступове наростання болі
Наружна кровотеча незначна	Наружна кровотеча значна
Спостерігається відходження децидуальної оболонки повністю, ворсин хоріона не відмічено	Відходження децидуальної оболонки з ворсинками хоріона
Матка не відповідає терміну затримки місячних, болючість при зміщенні матки, утворення без чітких контурів, заднє склепіння сгладжене, зовнішнє вічко закрите	Матка відповідає терміну затримки місячних, болючість при зміщенні матки, заднє склепіння сгладжене, зовнішнє вічко відкрите

Диференційна діагностика позаматкової вагітності та апендициту

Позаматкова вагітність	Апендицит
Ознаки вагітності є	Ознак вагітності немає
Кров'яні що мажуться виділення, різкий схватко образний біль, що супроводжується обмороком, нудота, блювання слабо виразні або відсутні, температура тіла нормальна або субфебрильна, рідко вище 38 С	Кров'яні виділення відсутні. Біль нетака гостра, нудота та блювання більш різко виразні, лихоманка
Напруга м'язів передньої черевної стінки слабо виразна, часто зовсім відсутня. Френікус – симптом є чивідсутній	Напруга м'язів передньої черевної стінки завжди виразна, симптоми Щьоткіна-Блюмберга, Ровзинга позитивні. Френікус – симптом відсутній
Характерний габітус хворої, різка блідість лиця, синюшність губ та ногтей	Хвора знаходиться в стані збудження (червоне лице)

Лейкоцитозу немає, вторинна анемія	Лейкоцитоз зі зсувом формули вліво, анемія не виражена
Матка часто збільшена, задня стінка своду вагіни опущена, в ній часто пальпується малорухлива болюча пухлина	Матка та додатки в нормі
При кульдоцентезі рідка кров	При кульдоцентезі кров відсутня
Спостерігається відходження децидуальної оболонки	Децидуальна облонка не відходить

Лікування. Вигляд оперативного втручання повинен вибиратися з врахуванням клінічної картини захворювання, розмірів і локалізації плодового яйця, наявності і виразності злукового процесу, кваліфікації хірурга, стану хворої, зацікавленості її в збереженні репродуктивної функції. Операцію проводять як лапаротомічним, так і лапароскопічним доступом. Показаннями до лапаротомії є геморагічний шок і наявність вираженого злукового процесу в черевній порожнині.

Комплексний підхід до лікування жінок з позаматковою вагітністю:

- 1) оперативне лікування
- 2) боротьба за кровотечею, гем. шоком, крововтратою
- 3) ведення післяопераційного періоду
- 4) реабілітація репродуктивної функції.

Операції, які застосовують у разі трубної вагітності:

1. Сальпінгостомія (туботомія)
2. Сегментарна резекція маткової труби
3. Сальпінгектомія (у разі масивної кровотечі).

АПОПЛЕКСІЯ ЯЄЧНИКА

Апоплексія яєчника визначається як крововилив, що раптово настав, в яєчник при розриві судин граафової бульбашки, строми яєчника, фоллику-лярної кісти або кісти жовтого тіла, що супроводиться порушенням цілості його тканини і кровотечею в черевну порожнину.

Апоплексія яєчника зустрічається у віці від 14 до 45 років, частіше в 20-35 років. Проте відомі випадки крововиливу в яєчнику маленьких дівчаток.

Частота апоплексії яєчника серед гінекологічної патології складає близько 3%, частота рецидиву захворювання від 40 до 60%.

Апоплексія — складний по патогенезу процес, обумовлений фізіологічними циклічними змінами кровонаповнення органів малого тазу. Виділяють

«критичні моменти» для пошкодження яєчника. Так, у більшості хворих апоплексія яєчника відбувається в середині і в II фазі менструального циклу. Це пов'язано з

підвищеною проникністю судин і збільшенням їх кровонаповнення, що виникають в період овуляції і перед менструацією.

Апоплексія правого яєчника зустрічається в 2-4 рази частіше, ніж лівого, що пояснюється ряснішим кровообігом правого яєчника, оскільки права яєчникова артерія відходить безпосередньо від аорти, ліва — від ниркової артерії.

Одним із сприяючих чинників виникнення розриву яєчника є запальні процеси органів малого тазу, що наводять до склеротическим змін як в тканині яєчника (склероз стромы, фіброз епітелиальних елементів, периоофорит), так і в його судинах (склероз, гіаліноз), а також виникаюча застійна гіперемія і варікозне розширення вен. Кровотечу з яєчника можуть сприяти захворювання крові і тривалий прийом антикоагулянтів, що наводять до порушення згортаючої системи крові. Вказані умови створюють фон для екзогенних і ендогенних чинників, що наводять до апоплексії яєчника. Серед екзогенних причин виділяють: травму живота, фізичну напругу, бурхливі або перервані статеві зносини, верхову їзду, спринцювання, вагінальне дослідження і ін. Ендогенними причинами можуть бути: неправильне положення матки, механічне здавлення судин, що порушує кровотік в яєчнику, тиск на яєчник пухлиною, злукові процеси в малому тазу. У деяких хворих розрив яєчника відбувається без причин і виникає в стані спокою або під час сну.

Провідну патогенетичну роль у виникненні апоплексії яєчника грають порушення гормонального статусу. Вважають, що однією з основних причин розриву яєчника є надмірне збільшення кількості і співвідношення гонадотропних гормонів гіпофіза (ФСГ, ЛГ, пролактину), яке сприяє гіперемії

тканини яєчника. Важливе значення у виникненні апоплексії яєчника має дисфункція вищих відділів нервової системи, що реєструється при ЕЕГ і РЕГ. Її причиною можуть бути стресові ситуації, психоемоційна лабільність, зовнішні дії, пов'язані з екологічними чинниками, технічний прогрес, умови життя.

Основним **клінічним симптомом апоплексії яєчника** є раптово виниклий біль в нижніх відділах живота. Її пов'язують з роздратуванням рецепторного поля яєчничкової тканини і дією на очеревину кров'ю, що вилася. Певна роль у виникненні больового синдрому відводиться спазму в басейні яєчничкової артерії. Такі клінічні прояви, як слабкість, запаморочення, нудота, блювота, непритомний стан, пов'язані з внутрішньочеревною кровотечею і ступенем її вираженості.

Больова форма апоплексії яєчника спостерігається при крововиливі в тканину фолікула або жовтого тіла без кровотечі в черевну порожнину. Захворювання виявляється нападом болів внизу живота без іррадіації. Інколи больовий синдром супроводиться нудотою і блювотою, проте ознаки внутрішньочеревної кровотечі відсутні.

Клінічна картина больової форми і геморагічної форми легкого ступеня важкості схожа. При огляді шкірні покриви і видимі слизові оболонки звичайного забарвлення. Частота пульсу і артеріальний тиск в межах норми. Язик чистий, вологий. Живіт м'який, проте можлива незначна напруга м'язів передньої черевної стінки в нижніх відділах. Пальпаторно наголошується хворобливість в клубової області, частіше справа, перитонеальні симптоми відсутні. Перкуторно вільна рідина в черевній порожнині не визначається. При гінекологічному дослідженні визначається матка нормальних розмірів, декілька збільшений, болючий яєчник; зведення піхви глибокі, вільні. При УЗД органів малого тазу розрив яєчника візуалізувати майже ніколи не вдається, проте можна виявити скупчення рідини в позадиматковому (Дугласовому) просторі. Для

больової форми апоплексії яєчника характерна наявність незначної кількості рідини в просторі Дугласа і гіпоэхогенне

утворення з дрібнодисперсною суспензією (фолікулярна рідина з домішкою крові). У крові не наголошується виражених змін, інколи має місце помірний лейкоцитоз без зрушення формули вліво.

У клінічній картині геморагічної форми апоплексії яєчника середнього і важкого ступеня основні симптоми пов'язані з внутрішньочеревною кровотечею. Захворювання починається гостро, часто пов'язано із зовнішніми причинами (статевий акт, фізична напруга, травма і ін.). Біль локалізується в нижніх відділах живота і часто ірадіює в задній прохід, ногу, крижі, зовнішні статеві органи. Больовий синдром супроводиться слабкістю, запамороченням, нудотою, блювотою, непритомними станами. Вираженість симптомів залежить від об'єму крововтрати.

При огляді шкірні покриви і видимі слизові оболонки бліді, наголошується холодний липкий піт. Артеріальний тиск понижений, є тахикардія. Мова рідка, живіт напружений, можливе його незначне здуття. При пальпації визначається різка хворобливість в одній з клубових ділянок або по всій гіпогастральній області. Перитонеальна симптоматика найбільш виражена в нижніх відділах. Перкуторно можливо визначити наявність вільної рідини в пологих місцях живота.

При гінекологічному дослідженні слизова оболонка піхви нормального забарвлення або бліда. Дворучне дослідження може бути утруднене із-за вираженої хворобливості передньої черевної стінки. Матка звичайних розмірів, хвороблива, на стороні апоплексії пальпується хворобливий, злегка збільшений яєчник. Зведення піхви нависають, тракції за шийку матки різко хворобливі.

У крові наголошується зниження вмісту гемоглобіну, проте при гострій крововтраті в перші години можливе підвищення його рівня за рахунок згущування крові. У деяких хворих наголошується незначне збільшення вмісту лейкоцитів без зрушення формули вліво.

Інформативним методом діагностики геморагічної форми апоплексії яєчника є УЗД, при якому визначається значна кількість вільної дрібно-середньодисперсної рідини в черевній порожнині із структурами неправильної форми, підвищеною ехогенністю (кров'яні згустки).

Для постановки діагнозу у хворих без виражених порушень гемодинамічних показників до теперішнього часу застосовується пункція черевної порожнини через заднє зведення піхви. Проте методом вибору діагностики апоплексії яєчника є лапароскопія.

Діагностика. Вважаючи, що патогномонічних симптомів апоплексії яєчника немає, діагноз встановлюється на підставі ретельно зібраного анамнезу, скарг хворої, перкусії і пальпації живота й вагінального обстеження. Особливе значення мають додаткові методи дослідження: УЗД, пункція через заднє зведення піхви, лапароскопія.

Диференціальну діагностику слід проводити з такими захворюваннями, як позаматкова вагітність, гострий апендицит, перекрут ніжки кісти яєчника, перитоніт та ін.

Лікування хворих з апоплексією яєчника залежить від форми захворювання і вираженості клінічних симптомів внутрішньочеревної кровотечі. При больовій формі і при незначній крововтраті (менше 150 мл) без клінічних ознак наростаючої внутрішньочеревної кровотечі можна проводити консервативну терапію: дотримання спокою, лід на низ живота (сприяє спазму судин), призначення препаратів

гемостатичної дії (етамзилат), спазмолітичних засобів (папаверин, Но-шпа), вітамінів (тіамін, піридоксин, цианокобаламін). Консервативна терапія проводиться в стаціонарних умовах під добовим спостереженням медичного персоналу. При повторному нападі болі, погіршенні загального стану, нестабільності гемодинаміки, збільшенні кількості крові в черевній порожнині клінічно і при ультразвуковому скануванні встає питання про необхідність оперативного втручання (лапароскопія, лапаротомія).

Свідчення до лапароскопії:

- наявність в черевній порожнині більше 150 мл крові, підтверджене фізикальними і ультразвуковими методами дослідження, при стабільних показниках гемодинаміки і задовільному стані хворого;
- неефективність консервативної терапії протягом 1-3 днів, ознаки внутрішньочеревної кровотечі, що продовжується, підтвердженої при УЗД (збільшення об'єму вільної рідини в черевній порожнині);
- необхідність диференціальної діагностики між гострою гінекологічною гострою хірургічною патологією.

Об'єм оперативного втручання при апоплексії яєчника має бути максимально щадним: коагуляція місця розриву, розтин кісти і видалення вмісту за допомогою аспілятора, резекція яєчника.

При великих пошкодженнях і відсутності можливості збереження яєчника виробляється його видалення.

Свідчення до лапаротомії:

- наявність ознак внутрішньочеревної кровотечі, що наводить до порушення гемодинаміки і важкому стану хворого (геморагічний шок);
- неможливість проведення лапароскопії (внаслідок злукового процесу, посилення кровотечі з пошкоджених судин яєчника).

Оперативне втручання проводиться нижнесрединним доступом або надлобковим розрізом по Пфаненштілю. Об'єм втручання не відрізняється від такого при лапароскопії. При лапаротомії можлива реінфузія крові, що вилася в черевну порожнину.

ПЕРЕКРУТ НІЖКИ ПУХЛИНИ ПРИДАТКІВ МАТКИ

Найчастіше зустрічається перекут ніжки пухлини яєчника, але може статися перекут ніжки будь-якої пухлини (субсерозний міоматозний вузол), перекут маткової труби, незміненого яєчника і навіть всієї матки або її придатків. Найчастіше до перекруту схильні ті, що мають високу рухливість зрілі тератоми, а також пароваріальні кісти, щільні фіброми яєчника. У клінічній практиці розрізняють поняття анатомічної і хірургічної ніжки пухлини яєчника. **Анатомічна ніжка** складається з розтягнутих воронко-тазової і власною зв'язкою яєчника і його брижі. У ніжці проходять судини, живляча пухлина і тканина яєчника (яєчничова артерія, гілка восходящого відділу маткової артерії), лімфатичні судини і нерви. У **хірургічну ніжку**, що утворюється в результаті перекрута, окрім анатомічної входить розтягнута маткова труба.

Етіологія і патогенез. Причини перекрута ніжки пухлин не завжди ясні. Вважають, що для виникнення перекрута мають значення раптова зупинка обертального руху тулуба (гімнастичні вправи, танці), фізичні навантаження, різка зміна

внутрішньочеревного тиску. В цьому випадку обертання пухлини довкола ніжки продовжується за інерцією, що наводить до перекручення. Сприяють перекруту ніжки асиметрична форма пухлини, нерівномірна її щільність, величина.

В момент перекрута перегинаються, що живлять яєчник, гілки маткової артерії і яєчникова артерія разом з супроводжуваними їх венами. У пухлині порушується кровообіг, потім настає некроз і асептичне запалення, що поширюється на очеревину малого тазу. Перекрут може бути повним (більш ніж на 360°) і частковим (менш ніж на 360°). При частковому перекруті перш за все порушується венозний відтік при відносно збереженому артеріальному кровопостачанні. Всі явища носять значно менш виражений характер, чим приповному перекруті, і можуть зникнути навіть без лікування. Вторинні зміни в пухлині (некроз, крововиливу) виявляються у хворих під час операції.

Клінічна картина визначається порушенням кровообігу в пухлині. При швидкому перекруті ніжки картина настільки характерна, що можливо відразу встановити правильний діагноз. Захворювання починається раптово з появи різкого болю внизу живота на стороні поразки, нудоти, блювоти, затримки стільця і газів (парез кишечника). При повільному перекруті симптоми захворювання виражені менш різко, мають схильність періодично підсилюватись або зникати.

Діагностика заснована на скаргах, даних анамнезу (вказівка на наявність кісти або пухлини яєчника), характерних симптомах захворювання, даних об'єктивного дослідження. Шкірні покриви стають блідими, виступає холодний піт, підвищується температура тіла (зазвичай до 38°C), частішає пульс. Язик сухий, обкладений нальотом. Живіт роздутий, хворобливий в місці проекції пухлини, м'язи передньої черевної стінки напружені, визначається позитивний симптом Щьоткіна—Блюмберга. У крові визначається лейкоцитоз, підвищення ШОЕ.

При **гінекологічному дослідженні** виявляється об'ємне утворення в області придатків матки. Зазвичай овальної форми, тугоеластичної консистенції, обмежено рухливе, різко хворобливе при пальпації і спробі зсуву. Матка і придатки з іншого боку не змінені. Незрідка дворучне гінекологічне дослідження утруднене із-за виразної болючості і напруги м'язів передньої черевної стінки, особливо у дівчаток, що викликає необхідність проводити їх огляд під наркозом.

Важливим методом діагностики перекрута ніжки пухлини є ультразвукове сканування, при якому в області придатків матки визначається об'ємне утворення з ознаками, характерними для пухлини або кісти яєчника. Найбільш точні відомості про характер захворювання можна отримати при лапароскопії. Ендоскопічне дослідження дозволяє виявити в малому тазу багрово-ціанотичне утворення яєчника з перекрутом ніжки, ознаками некрозу або без них, а також наявність серозного або серозно-геморагічного випоту.

Перекрут ніжки пухлини яєчника перш за все слід **диференціювати** від гострого перитоніту внаслідок перфорації піосальпінкса, гострого апендициту (особливо при тазовому розташуванні червоподібного відростка), ниркової коліки. При цьому вважають послідовність появи болю в животі і підвищення температури тіла у хворої. У хворих з перекрутом ніжки яєчника зпочатку появляється біль, нудота і блювання, а підвищення температури тіла виникає пізніше. При перфорації піосальпінкса спочатку появляється загальна слабкість і підвищення температури тіла, а пізніше – перитонеальні симптоми і біль внизу живота. У цій ситуації можуть допомогти додаткові методидослідження — оглядовий рентгенівський знімок органів черевної порожнини, УЗД органів черевної порожнини і зачеревного простору.

Лікування оперативне (лапароскопічний або лапаротомический доступ). Зволікання з виконанням операції наводить до некрозу пухлини, приєднання вторинної інфекції, розвитку перитоніту. Після огляду макропрепарату, аінколи і термінового гістологічного дослідження, кінцево вирішується питання про об'єм оперативного втручання. Оперативне лікування при перекруті ніжки пухлини яєчника передбачає видалення кисті, кістоми (цистектомія). За наявності запущених випадків (некроз пухлини) виконується видалення некротизованої пухлини з обов'язковим дренажуванням черевної порожнини.

Прогноз. При своєчасній діагностиці й адекватному хірургічному лікуванні перекрута ніжки пухлини яєчника прогноз сприятливий, в запущених випадках при розвитку перитоніту прогноз менш сприятливий, оскільки збільшується післяопераційна летальність хворих.

РОЗРИВ СТІНКИ КИСТИ ПУХЛИНИ ЯЄЧНИКА

Розривши капсули кисти або пухлини яєчника зустрічається досить рідко. Найчастіше це ускладнення виникає унаслідок травми черевної порожнини, бурхливого статевого акту, під час грубої маніпуляції черевної порожнини і бімануального дослідження, а також унаслідок проростання капсулі пухлини злоякісними новоутвореннями. При розриві капсули пухлини хворий відчуває сильний біль в черевній порожнині, яка може супроводжуватися симптомами шоку, а у разі пошкодження судин - явищами внутрішньочеревної кровотечі.

Діагностика розриву стінки кисти або пухлини яєчника досить складна. Особливо в тих випадках, коли в анамнезі відсутні дані про наявність у хворої кисти або пухлини яєчника. Тому діагностика даного ускладнення повинна базуватися на даних анамнезу (травма черевної порожнини, груба пальпація або бімануальне дослідження), клінічної картини, бімануального дослідження, особливо повторного (коли під час першого дослідження пухлина пальпувалася, а під час другого вона не визначається), а також даних додаткових методів обстеження (УЗД, пункція заднього зведення піхви, лапароскопія).

Особливої уваги заслуговує розрив капсули *псевдоміксоми яєчника і ендометріоїдної кисти яєчника*.

Псевдоміксома характеризується великими розмірами, тоненькою капсулою, схильною до розриву. Вміст псевдоміксоми яєчника - густа желеподібна маса. При розриві капсули цієї пухлини у хворого розвивається псевдоміксома очеревини. Псевдоміксома очеревини характеризується реактивним запаленням листків очеревини, черевна порожнина заповнюється желеподобною масою у вигляді кіст. Ці кісти імплантуються в органах черевної порожнини, сальнику, легко злипаються з сусідніми органами і утворюють конгломерати, які приводять до порушення функції цих органів, венозному і лімфатичному стазу, розвитку асцити, з'являються болі, які наростають і стають постійними. Іноді має місце повільний розвиток псевдоміксоми. При цьому клінічні прояви незначні, а захворювання протікає за типом хронічного апендициту. Діагностувати дане захворювання до оперативного втручання практично неможливо. Під час операції псевдоміксому часто приймають за дісемінований рак яєчника. Тому остаточний діагноз можливий тільки після гістологічного дослідження. Псевдоміксома яєчника підлягає хірургічному лікуванню. Проводять радикальне оперативне лікування в об'ємі екстирпації матки з придатками, з резекцією сальника, видалення всіх

желеподібних мас черевної порожнини, апендектомії. У післяопераційному періоді призначають рентгенотерапію. Прогноз при псевдоміксомі яєчника найчастіше сприятливий. Проте при розвитку псевдоміксоми очеревини хворі можуть гинути від порушення функції травної системи.

При *розриві стінки ендометріюїдної кісти яєчника* часто розвивається клінічна картина «гострого живота». Домінують біль в черевній порожнині

різної інтенсивності, диспепсичні проявлення (нудота, блювота), запаморочення або короткочасна втрата свідомості, перитонеальні симптоми. Вміст ендометріюїдної кісти дратує очеревину, внаслідок чого утворюються спайки з прилеглими органами (матка, сечовий міхур, пряма кишка). Ендометріюїдні імплантації викликають нові вогнища ендометріозу на очеревині малого тазу і кишках. Наявність гострого болю в черевній порожнині і симптомів роздратування очеревини є свідченням до *оперативного лікування в ургентному порядку*. Операція обмежується, якщо це можливо, резекцією яєчника в межах здорової тканини, особливо у молодих жінок. Радикальніше оперативне втручання, яке передбачає екстірпацію матки з придатками, проводять у жінок після 40 років. Особливістю даного захворювання є виражений злуковий процес органів малого тазу, що значно ускладнює проведення оперативного лікування. Прогноз - сприятливий.

НЕКРОЗ МІОМАТОЗНОГО ВУЗЛА

Міома матки відноситься до доброякісних пухлин внутрішніх статевих органів, що найчастіше зустрічаються.

Етіологія і патогенез. Некроз міоматозного вузла може бути зв'язаний або з перекрутом його ніжки при субсерозній локалізації, або з недостатньою його васкуляризацією. Під час вагітності створюються передумови для виникнення некрозу міоматозних вузлів: зниження кровотоку в міометрії з підвищенням судинного тонуусу і порушенням венозного відтоку. Слід враховувати також і швидке збільшення розмірів міоматозних вузлів паралельне із зростанням вагітної матки. Некроз супроводжується розвитком набряку, крововиливів, асептичного запалення у вузлі. При прогресі захворювання може розвинутися перитоніт.

Клінічна картина. При перекруті ніжки міоматозного вузла захворювання розвивається гостро: раптово виникають переймоподібні болі внизу живота, нудота, блювота, озноб, сухість в роті, порушення функції кишечника. При недостатньому кровопостачанні (неповний перекрут ніжки) міоматозного вузла клінічна картина більш «змащена», симптоми з'являються поступово.

Жінку непокоять болі, що тягнуть, внизу живота і попереку, які можуть посилюватися, періодично зменшуватися або зникати. У момент нападу болі можуть бути нудота, озноб, підвищення температури, тахікардія.

Діагностика перекрута ніжки або порушення живлення міоматозного вузла ґрунтується на даних анамнезу з вказівкою на наявність міоми матки, скаргах, клінічних проявах захворювання. При огляді може бути визначена блідість шкірних покривів, язик сухуватий, обкладений нальотом. Живіт роздутий, напружений, при пальпації хворобливий в нижніх відділах, де до того ж визначаються позитивні симптоми роздратування очеревини. Гінекологічне дослідження дозволяє виявити збільшену, міоматозно змінену матку, хворобливу в місці некрозу вузла. Інколи відрізнити субсерозний міоматозний вузол від пухлини яєчника не представляється можливим. У периферичній крові виявляється лейкоцитоз, підвищення ШОЕ. З додаткових

неінвазивних методів дослідження має значення ультразвукове сканування органів малого тазу, при якому визначаються ознаки порушення кровообігу в міоматозному вузлі (зниження і неоднорідність ехографічної щільності, поява рідинних порожнин у вузлі). Інформативним методом діагностики є лапароскопія. При огляді органів малого тазу виявляється збільшення міоматозно зміненої маткис наявністю перекрута ніжки і ознаками некрозу (набряк, крововиливу, синюшно-багровий колір) субсерозного вузла.

Лікування при перекруте ніжки субсерозного міоматозного вузла вимагає проведення операції в екстреному порядку. Об'єм оперативного втручання залежить від ступені виразності некротичних змін у вузлі, ознак перитоніту, віку хворого. У дівчаток, жінок репродуктивного віку, а також у вагітних з некрозом міоматозного вузла за відсутності явищ перитоніту слід до проведення органозберігаючих операцій, обмежуючись консервативною міомектомією. У хворих в періоді пре- і менопаузи робляють надвлагалищну ампутацію або екстирпацію матки.

В разі порушення кровообігу в міоматозному вузлі надання невідкладної допомоги починають з проведення консервативної терапії, що полягає в призначенні інфузійної терапії для зменшення інтоксикації і нормалізації водно-електролітного балансу, засобів, поліпшуючих мікроциркуляцію, спазмолітиків і протизапальних препаратів. Ефективність консервативного лікування оцінюють протягом найближчих 12-24 годин. *При погіршенні загального стану хворого, посиленні симптомів захворювання, відсутності ефекту від консервативної терапії, що проводиться, або за наявності ознак перитоніту показана екстрена операція.* Об'єм оперативного втручання вирішується індивідуально і залежить від вираженості запального процесу в міометрії і черевній порожнині, а також від локалізації міоматозного вузла. При залученні до запального процесу всієї стінки матки (панметріту), низькому розташуванні міоматозного вузла, наявності ознак перитоніту слід виконати екстирпацію матки. У останніх випадках -- надпівхова ампутація матки (за відсутності супутньої патології шийки матки) або консервативна міомектомія.

V. Етапи проведення заняття

А. Підготовчий – науково-методичне обґрунтування теми, контроль базових та основних знань за темою заняття шляхом опитування за контрольними запитаннями.

Б. Основний – самостійна робота студентів під контролем викладача у відділенні патології вагітності, пологовій залі, в операційній. Якщо тематичних вагітних немає, можна розібрати декілька історій пологів з акушерською кровотечею під час вагітності чи в пологах, аналізувати результати загально-клінічних, інструментальних та апаратних методів дослідження при даній патології.

В. Заклучний – контроль остаточного рівня знань за допомогою тестових та ситуаційних задач, оцінка знань, підсумки, завдання додому.

VI. Методичне забезпечення

Місце проведення заняття: операційна, післяопераційні палати, навчальна кімната.

Обладнання: таблиці, слайди, проектор, історії хвороб, аналізи, контрольні запитання, ситуаційні та тестові задачі.

Контрольні запитання для оцінки вихідного рівня знань

1. Визначення терміну «гострий живіт» в гінекології.
2. Причини виникнення «гострого живота» в гінекології.
3. Причини виникнення «гострого живота» в хірургії.
4. Основна клінічна картина «гострого живота» в гінекології.
5. Які лабораторні та інструментальні методи дослідження використовуються при даній патології.
6. Дайте визначення «позаматкова вагітність».
7. Класифікація позаматкової вагітності.
8. Дайте визначення «порушена позаматкова вагітність».
9. Клініка «порушеної позаматкової вагітності».
10. Алгоритм діагностики порушеної позаматкової вагітності.
11. Диференційна діагностика порушеної трубної вагітності.
12. Алгоритм лікування порушеної позаматкової вагітності.
13. Які хірургічні операції застосовують при трубній порушеній вагітності.
14. Дайте визначення «апоплексія яєчника».
15. Етіологія та патогенез апоплексії яєчника.
16. Клініка апоплексії яєчника.
17. Диференційна діагностика апоплексії яєчника.
18. Лікування апоплексії яєчника.
19. Дайте визначення «розрив стінки кисти та пухлини яєчника», причини, що призводять до розвитку цієї патології.
20. Клініка розриву стінки кисти та пухлини яєчника.
21. Диференційна діагностика розриву стінки кисти та пухлини яєчника.
22. Лікування розриву стінки кисти та пухлини яєчника.
23. Дайте визначення «перекруту ніжки пухлини яєчника», основні причини, що призводять до розвитку цієї патології.
24. Дайте визначення – хірургічна та анатомічна ніжка пухлини яєчника.
25. Клініка перекруту ніжки пухлини яєчника.
26. Диференційна діагностика перекруту ніжки пухлини яєчника.
27. Лікування перекруту ніжки пухлини яєчника.
28. Дайте визначення «некроз фіброматозного вузла», причини виникнення.
29. Клініка некрозу фіброматозного вузла.
30. Диференційна діагностика некроза фіброматозного вузла.
31. Лікування некрозу фіброматозного вузла.

Завдання для самостійної роботи студентів

6. При УЗД встановити тіло матки з додатками.
7. Провести аналіз історій хвороб при «гострому животі» в гінекології.
8. Скласти план обстеження при захворюваннях, що призводять до розвитку «гострого живота».

9. Провести клініко-лабораторну діагностику при захворюваннях, що призводять до розвитку «гострого живота».
10. Аналізувати результати загально-клінічних, інструментальних та апаратних методів дослідження при даній патології.
11. Провести диференціальну діагностику захворювань, що призводять до розвитку «гострого живота».
12. Надати невідкладну допомогу хворим з даною патологією до госпіталізації в гінекологічний стаціонар.
13. Скласти план лікування захворювань, що призводять до розвитку «гострого живота», в гінекологічному стаціонарі.

Тестові задачі для оцінки кінцевого рівня знань

1. Хвора 31 р. звернулася в клініку зі скаргами на біль переймоподібного характеру внизу живота, що періодично посилюється, кров'янисті виділення із статевих шляхів. Менструальний цикл регулярний. Останні були 6 тижнів тому. В анамнезі 1 фізіологічні пологи і 2 штучних аборти. Останній ускладнився гострим двобічним аднекситом. Загальний стан задовільний. Пульс - 84 уд. за хв., АТ - 110/70 мм рт.ст., температура тіла - 36,8°C. Живіт при пальпації болючий, більше справа та внизу. Матка в anteflexio, декілька збільшена, її зміщення чутливе. Справа в ділянці додатків визначається болюче утворення, тугоеластичної консистенції, розмірами 4x7 см, рухливість обмежена. Найбільш вірогідний діагноз?

- A. Кіста жовтого тіла справа
- B. Апоплексія правого яєчника
- C. Мимовільний викидень, що почався
- D. Правобічна порушена трубна вагітність
- E. Загострення правобічного хронічного аднекситу

2. Хвора 26 роки звернулася в клініку зі скаргами на різкий біль у животі, запаморочення, погіршення загального стану. Вищевказані симптоми з'явилися після фізичного навантаження. Стан хворої важкий. Шкіра й видимі слизові оболонки бліді, температура нормальна, пульс - 102 уд. за хв., АТ- 60/30 мм рт. ст., симптом Щьоткіна-Блюмберга позитивний. Останні місячні 2 місяця тому. Безплідність 6 років. Матка декілька більше норми, болюча при зміщенні, додатки чітко не визначаються через напруження м'язів передньої черевної стінки, заднє склепіння нависає. Виділення із статевих шляхів кров'янисті. Який можна припустити діагноз?

- A. Перитоніт, токсично - інфекційний шок
- B. Порушена позаматкова вагітність, геморагічний шок
- C. Двобічні гнійні пухлини додатків матки, перитоніт
- D. Апоплексія яєчника, геморагічний шок
- E. Гостре запалення додатків матки, пельвиоперитоніт

3. Хвора К., 31 р., поступила в лікарню зі скаргами на біль внизу живота, переймоподібного характеру, який виник раптово 3 години тому, а також кров'янисті незначні виділення із піхви. Із анамнезу - 2 пологів, 4 мед. аборти. Відмічає затримку місячних на протязі 2 місяців. Вдома була тимчасова втрата свідомості. Температура тіла - 36,6°C, пульс - 100 уд. за хв., АТ- 100/50 мм рт. ст. Позитивний симптом Щьоткіна-

Блюмберга. Виставте попередній діагноз.

- A. Кіста жовтого тіла яєчника
- B. Апоплексія яєчника
- C. Пельвиоперитоніт
- D. Порушена позаматкова вагітність
- E. Двобічний аднексит

4. Хвора 30 років в середині менструального циклу після статевого акту відчула різкий біль внизу живота. Через 3 години доставлена до стаціонару. Об'єктивно: різка блідість шкіри та видимих слизових оболонок, ЧСС - 140 за 1 хв., АТ - 70/40 мм рт. ст. Живіт роздутий, різко напружений. Підозрюється внутрішня кровотеча. Які лабораторні дані першочергово необхідні для визначення ступеня крововтрати?

- A. Вміст гемоглобіну, кількість еритроцитів і гематокрит
- B. Коагулограма
- C. Загальний білок
- D. Кількість тромбоцитів
- E. Відносна щільність крові та плазми

5. Жінка 28 років доставлена до приймального відділення лікарні з ознаками внутрішньої кровотечі в важкому стані: АТ - 60/20 мм рт.ст., PS - 142 уд./хв., ниткоподібний, частота дихань -32 за хв. Діагностовано порушену позаматкову вагітність. Який із кровозамінників є препаратом вибору для стартової терапії геморагічного шоку до початку гемотрансфузії?

- A. Рефортан
- B. Альбумін
- C. Фізіологічний розчин
- D. Гідрокарбонат натрію
- E. Гемодез

6. Хвора 20 років скаржиться на затримку менструації на протязі 50 днів, яку відмічає вперше, мажучі кров'яністі виділення із статевих шляхів, біль внизу живота, більше справа, що відлунює в задній прохід, загальну слабкість. При огляді: живіт болючий у нижніх відділах.

Симптом Щьоткіна-Блюмберга позитивний. Реакція сечі на хоріальний гонадотропін - позитивна. При бімануальному дослідженні: заднє склепіння вип'ячене, напружене, різко болюче на дотик, матка збільшена до 5 тижнів вагітності, в ділянці правих додатків матки круглясте утворення, розміром до 4 см в діаметрі, болюче на дотик. Який діагноз найбільш імовірний?

- A. Рак яєчника
- B. Гострий апендицит
- C. Позаматкова порушена вагітність
- D. Гострий аднексит
- E. Маткова вагітність

7. Жінка 29 років скаржиться на гострий біль внизу живота, більше в правій здухвинній ділянці, підвищення температури тіла до 38.8°C, рясні виділення слизового характеру із статевих шляхів. При огляді зовнішніх статевих органів та огляді у дзеркалах патології не

виявлено. При бімануальному дослідженні встановлено: тіло матки в антефлексію верзю, не збільшене в розмірах, чутливе при пальпації. Справа придатки матки збільшені, тістоватої консистенції, різко болючі при пальпації, при зміщенні шийки матки болючість підсилюється. Найбільш інформативним симптомом при проведенні диференційної діагностики з гострим апендицитом буде:

- A. Симптом Промптова
- B. Загальний аналіз крові
- C. Симптом Ровзінга
- D. Симптом «крику Дугласового простору»
- E. Симптом Щьоткіна-Блюмберга

8. Жінка 26 років доставлена зі скаргами на раптово виникнений біль внизу живота, іррадіруючий в задній прохід, головокружіння, кров'яні виділення зі статевих шляхів на протязі тижня, затримку менструації на 4 тижня. Шкіряні покриви бліді. Симптоми роздратування очеревини в нижніх відділах живота. В дзеркалах: синюшність слизових оболонок. Бімануальне дослідження: границі тіла матки і додатків чітко не визначаються із-за різкої болючості. Відзначається симптом "плаваючої матки", випинання і болючість склепінь. Який найбільш імовірний діагноз?

- A. Порушена позаматкова вагітність
- B. Перекрут ніжки пухлини яєчника
- C. Гострий правостороній аднексит
- D. Гострий апендицит
- E. Порушення менструального циклу

9. Хвора скаржиться на гострий біль внизу живота, що з'явився після фізичного навантаження; блювання. При огляді: живіт помірно роздутий, симптом Щьоткіна-Блюмберга позитивний. Пульс 88 уд. за хв., температура - 37°C. Піхвове дослідження: тіло матки незбільшене, щільне, рухливе, безболісне. Справа від матки пальпується утворення 6x7см тугоеластичної консистенції, різко болюче при зміщенні; зліва додатки не визначаються. Склепіння вільні, виділення слизові. Яку патологію можна припустити в даному випадку?

- A. Кишкова непрохідність
- B. Апоплексія яєчника
- C. Перекрут ніжки пухлини яєчника
- D. Піосальпінкс справа
- E. Гнійна пухлина додатків матки справа

10. На заняттях фізичною культурою 18річна дівчинка відчула гострий біль справа у животі, який супроводжувався нудотою і блюванням. Живіт роздутий, спостерігається блідість шкірного покриву, напруження м'язів передньої стінки живота. При ректальному дослідженні виявлено в ділянці правих придатків пухлину тугоеластичної консистенції, малорухому, болісну. Діагноз?

- A. Апендикулярний інфільтрат
- B. Гострий апендицит
- C. Позаматкова порушена вагітність
- D. Перекрут ніжки пухлини яєчника

Е. Гостра кишкова непрохідність

Ситуаційні задачі для оцінки кінцевого рівня знань

1. Хвора 22 років поступила до гінекологічного відділення зі скаргами на біль в животі, невеликі кров'янисті виділення з піхви, запаморочення. Відмічає відсутність менструації протягом 2 місяців. Об'єктивно: пульс 102 уд. за хв., АТ-100/60 мм рт.ст., температура – 37,0°C, позитивні симптоми подразнення очеревини, "м'язовий захист" справа, збільшення матки та правих додатків.

Який діагноз? Яка тактика лікаря? Які інструментальні та лабораторні методи дослідження необхідно призначити?

2. В стаціонар каретою швидкої допомоги доставлена хвора 23 років зі скаргами на різкі болі внизу живота, слабкість, запаморочення. Остання менструація 2 місяця тому. Об'єктивно: шкіряні покриви бліді, пульс 120 уд. за хв., АТ-90/50 мм рт.ст., температура – 37,0°C, живіт напружений, різко болючий в нижніх відділах, симптоми подразнення очеревини, "м'язовий захист" справа. При вагінальному дослідженні: в піхві невелика кількість крові, шийка матки циліндрична, закрита. Тіло матки і придатки не вдається пропальпувати через болючість і напруженість м'язів живота. Задне склепіння нависає, різко болюче. Який діагноз? Лікарська тактика? З якими захворюваннями слід провести диференційну діагностику?

3. В стаціонар ургентно доставлена хвора 25 років зі скаргами на різкі болі внизу живота, помірні кров'яні виділення, слабкість, запаморочення. Остання менструація 7 тижнів тому. Об'єктивно: шкіряні покриви бліді, пульс 102 уд. за хв., АТ-80/55 мм рт.ст., температура – 36,9°C, живіт напружений, різко болючий в нижніх відділах, симптоми подразнення очеревини, "м'язовий захист" зліва. При вагінальному дослідженні: в піхві невелика кількість крові, шийка матки конічна, закрита. Тіло матки і придатки не вдається пропальпувати через болючість і напруженість м'язів живота. Задне склепіння нависає, різко болюче. Лікар призначив кульдоцентез, отримано рідку кров, що не згортається.

Який діагноз? Лікарська тактика? Яка помилка лікаря?

4. В лікарню звернулася пацієнтка зі скаргами на затримку менструації на 2 тижні, мажучі кров'янисті виділення зі статевих шляхів, біль внизу живота більше зліва, нудоту, блювання, слабкість. В анамнезі страждає хронічним аднекситом, лікувалася від безпліддя 2 роки. При бімануальному дослідженні матка декілька збільшена у розмірах, розм'якшена, придатки справа збільшені, болісні при пальпації, шийка матки конічна, зовнішнє вічко закрито, задне склепіння вип'ячене, дуже болісне. Реакція на хоріонічний гонадотропін позитивна. При УЗД – в порожнині матки плідного яйця не виявлено.

Діагноз? Яка тактика лікаря? Які інструментальні та лабораторні методи дослідження необхідно призначити?

5. Хвора 28 років поступила зі скаргами на різкі болі внизу живота, короткочасну втрату свідомості вдома. Остання менструація була 12 днів тому. Живіт напружений, симптом подразнення очеревини позитивний. При вагінальному дослідженні: матка звичайної форми не болюча, не збільшена. Придатки зліва дещо збільшені, болючі при пальпації, параметрії

вільні, заднє склепіння нависає, напружене різко болюче.

Діагноз? Які інструментальні та лабораторні методи дослідження необхідно призначити? Яка тактика лікаря?

6. Хвора доставлена ургентно зі скаргами на біль внизу живота, більше справа, з ірадіацією в пряму кишку, запаморочення. Вищезазначені скарги з'явилися після статевого акту раптово. Остання менструація 2 тижні тому. Об'єктивно: шкіряні покриви бліді, пульс 92 уд. за хв., АТ-100/60 мм рт.ст., температура – 36,9°C, живіт дещо напружений, незначно болючий в нижніх відділах, симптоми подразнення очеревини слабопозитивні. Нв 98 г/л.

Який діагноз? Тактика лікаря? З якими захворюваннями слід провести диференційну діагностику?

7. Хвора звернулась до гінекологічного відділення зі скаргами на раптовий біль у правій здухвинній ділянці, що іррадіює в пряму кишку та праву ногу. Жінка бліда, АТ – 95/50 мм рт ст., пульс 105 уд. за хв. 16 день менструального циклу. Симптом Щьоткіна-Блюмберга позитивна. При бімануальному: матка звичайних розмірів, у ділянці правих придатків визначається болючість, ліві придатки без особливостей. Зміщення шийки матки викликає сильний біль, піхвоє склепіння болюче, нависає, напружене.

Діагноз? Які інструментальні та лабораторні методи дослідження необхідно призначити? Яка тактика лікаря?

8. Хвора 30 років скаржиться на гострий біль внизу живота, блювоту. Об'єктивно: шкіряні покриви бліді, пульс 108 уд. за хв., АТ-120/80 мм рт.ст., температура тіла – 37,3°C, живіт напружений, помірно здутий, різко болючий в нижніх відділах, симптоми подразнення очеревини позитивні. Вагінальне обстеження: тіло матки не збільшене, рухоме, безболісне. Справа від матки палькується утворення розміром 7x7 см, туго еластичної консистенції, різко болюче. Ліві придатки не визначаються. Склепіння вільні. Виділення слизові.

Який діагноз? Тактика лікаря? З якими захворюваннями слід провести диференційну діагностику? Лікування?

9. Хвора 25 років скаржиться на різкі болівнизу живота, які виникли раптово після фізичного напруження. Зазначає нудоту, блювоту, сухість у роті. Об'єктивно: шкіряні покриви бліді, пульс 100 уд. за хв., АТ-110/75 мм рт.ст., температура тіла – 37,0°C, живіт напружений, помірно здутий, різко болючий в нижніх відділах, симптоми подразнення очеревини позитивні. В анамнезі кіста правого яєчника. При бімануальному дослідженні: матка щільної консистенції, неболюча, нормальних розмірів. Лівє склепіння глибоке, додатки не визначаються, праве склепіння скорочено. Праворуч від матки визначається різко болюче утворення округлої форми еластичної консистенції обмежено рухоме розміром 7x8 см. Загальний аналіз крові: гемоглобін 130 г/л, лейкоцити 18×10^9 /л, палочкоядерні лейкоцити 22%.

Діагноз? Що робити?

10. Хвора 35 років доставлена ургентно в стаціонар зі скаргами на різкі болі внизу живота, які виникли раптово. Остання менструація була 10 днів тому вчасно. Пологів – 2, абортів –

2. При профогляді півроку тому визначена кіста яєчника. Об'єктивно: шкіряні покриви бліді, пульс 110 уд. за хв., АТ-100/70 мм рт.ст., температура тіла – 37,5°C, живіт напружений, здутий, різко болючий в нижніх відділах, особливо справа, симптом Щьоткіна позитивний. При бімануальному дослідженні: шийка матки циліндрична, чиста. Тіло матки чітко не визначається через напруження м'язів передньої черевної стінки. Придатки зліва не визначаються. Придатки справа різко болючі, чітко не визначаються. Зміщення шийки матки викликає сильний біль, піхвове склепіння болюче, нависає, напружене.

Діагноз? Які інструментальні та лабораторні методи дослідження необхідно призначити? Диференційна діагностика? Яка тактика лікаря?

11. До гінекологічного стаціонару поступила жінка 47 років зі скаргами на різкій біль у животі, особливо в нижніх відділах. Рік тому діагностована пухлина лівого яєчника, лікування не проводилось. Загальний стан порушений. Живіт напружений, помірно здутий, різко болючий в нижніх відділах, симптоми подразнення очеревини позитивні. При бімануальному дослідженні: матка щільної консистенції, неболюча, нормальних розмірів. Додатки справа не визначаються. Зліва від матки визначається різко болюче утворення нерівної поверхності нечітких контурів тугоеластичної консистенції обмежено рухоме розміром 7x9 см.

Діагноз? Які інструментальні та лабораторні методи дослідження необхідно призначити? Диференційна діагностика? Яка тактика лікаря? Які особливості хірургічного лікування у даної хворої?

12. Хвора 40 років скаржиться на болі внизу живота зліва, які виникли раптово. Об'єктивно: зовнішні статеві органи без патології, шийка матки циліндрична чиста. Тіло матки збільшене до 12 тижнів вагітності, обмежено рухоме, цупке, з нерівною поверхнею. Один з визлів зліва біля дна різко болючий. Склепіння глибокі. Придатки з обох боків без особливостей. Параметрії вільні. Виділення серозні. Загальний аналіз крові: гемоглобін 120 г/л, лейкоцити 12×10^9 /л, палочкоядерні лейкоцити 14%.

Діагноз? Що робити?

13. Жінка 46 років доставлена КШД в гінекологічне відділення зі скаргами на різкий біль внизу живота, більше зліва, слабкість, слизові виділення зі статевих шляхів. В анамнезі: 2 пологів, 4 аборти, 2 місяці тому діагностовано пухлину яєчника, рекомендоване оперативне втручання, від якого жінка відмовилася. УЗД: пухлина лівого яєчника 10x12 см, в порожнині малого тазу – вільна рідина.

Який імовірний діагноз? Що робити?

14. У хворої 27 років на профілактичному огляді виявлена пухлина в черевній порожнині. Менструальний цикл не порушений. Гінекологічними захворюваннями раніше не страждала. При піхвовому дослідженні: матка і ліві додатки не змінені, праворуч в ділянці додатків визначається туго еластичне утворення до 7 см у діаметрі, рухливе, безболісне, із гладкою поверхнею. Розповсюдження пухлини на матку немає.

Який імовірний діагноз?

15. Хворій 42 років зі скаргами на біль внизу живота зроблено піхвове дослідження: матка не змінена, ліворуч від матки визначається пухлиноподібне утворення розміром до 12 см у діаметрі, з неоднорідною консистенцією, обмежено рухливе, праве і заднє склепіння вільні. Який імовірний діагноз? Тактика лікаря?

16. Хвора 50 років госпіталізована в гінекологічне відділення зі скаргами на загальну слабкість, біль унизу живота. Постменопауза 2 роки. В анамнезі 1 пологи, 2 абортів, хронічне запалення додатків матки. При огляді встановлено збільшення розмірів живота, ознаки асцитів. При бімануальному дослідженні: шийка матки циліндрична, чиста. Тіло матки невеликих розмірів, відхилено вправо. Зліва і позаду від матки пальпується бугристе, безболісне, нерухоме утворення щільної консистенції, розміром 12x15 см. Який імовірний діагноз? Тактика лікаря?

Тема: «Передопераційна підготовка і післяопераційне ведення гінекологічних хворих. Реабілітація після оперативних втручань»

I. Науково-методичне обґрунтування теми.

Важливу роль в результаті оперативного втручання відіграє підготовка та ведення післяопераційного періоду, тобто час, що проходить від початку операції до одужання жінки.

Будь-яке оперативне втручання є своєрідним стресом, який визначається станом жінки до операції, видом, характером останньої (тривалість, травматичність), ступенем знеболювання, що наступним обумовлює перебіг післяопераційного періоду, наявність його ускладнень.

Незважаючи на досягнення медицини за останні роки, інфекційні захворювання серед жінок продовжують залишатися однією з серйозних медичних і соціальних проблем. Тому профілактика ВІЛ - інфекції залишається актуальною в практиці лікаря сімейної медицини/жіночої консультації та стаціонару.

II. Навчально-виховні цілі

Знати: методи передопераційної підготовки, тактику післяопераційного ведення гінекологічних хворих при ургентних та планових оперативних втручаннях, особливості післяопераційного догляду за лапаротомічних, лапароскопічних і піхвових операцій, види післяопераційних ускладнень, основні завдання по веденню післяопераційного періоду, методи профілактики та лікування зазначених ускладнень, методи профілактики ВІЛ інфекції.

Вміти: провести передопераційну підготовку хворих при трансабдомінальних і піхвових операціях, діагностувати ускладнення в ранньому та пізньому післяопераційному періоді, провести лікувально - профілактичні заходи в післяопераційному періоді, провести профілактику ВІЛ-інфекції.

III. Вихідні та базові знання

АНАТОМІЯ: Анатомічні особливості жіночих статевих органів, зв'язковий апарат матки, кровообіг матки і придатків,

НОРМАЛЬНА ФІЗІОЛОГІЯ: Фізіологічні зміни в організмі жінки з урахуванням віку

ГІСТОЛОГІЯ: Гістологічна структура жіночих статевих органів у репродуктивному та менопаузальному періодах.

ІМУНОЛОГІЯ: Види імунітету. Т – хелпери і Т – кілери. Лабораторні критерії для постановки діагнозу ВІЛ-інфекції.

IV. Зміст навчального матеріалу

Актуальність теми: В профілактиці ускладнень, що можуть виникати під часяк самого хірургічного втручання так і в післяопераційному періоді, велике значення має передопераційний період. З огляду на це надзвичайно актуальним є вивчення питань по догляду за хворими перед операцією і володіння загальними елементами підготовки хворого до оперативного втручання. Хірургічна операція і наркоз приводять до певних змін в організмі людини, які носять загальний характер і є відповіддю на операційну травму. Правильне введення хворої в післяопераційному періоді, організація перебування її у відділенні, виконання потрібних маніпуляцій і процедур по догляду мають надзвичайно важливе значення для профілактики можливих

ускладнень і сприятливого результату лікування.

2. Конкретні цілі:

1. Мати уяву про передопераційний період.
2. Знати класифікацію оперативних втручань в залежності від терміновості їх виконання.
3. Знати особливості підготовки хворих до планових та екстрених оперативних втручань.
4. Знати основи психологічної підготовки хворого до оперативного втручання.
5. Вміти провести попередню підготовку операційного поля.
6. Знати методику виконання промивання шлунку зондом.
7. Знати методику виконання очисної клізми.
8. Знати методику катетеризації сечового міхура.
9. Вміти провести транспортування хворого в операційну.
10. Знати визначення післяопераційного періоду і фази його перебігу.
11. Вміти проводити комплексну профілактику післяопераційних ускладнень гінекологічних хворих.

3. Базові знання.

Назви попередніх дисциплін	Придбані навички
Нормальна анатомія	Ознаки анатомічної особливості будови жіночих статевих органів
Нормальна фізіологія	Фізіологічні зміни в жіночому організмі в різні вікові періоди
Загальна хірургія	Абдомінальна хірургія. Первинна хірургічна обробка ран.

4. Завдання для самостійної роботи під час підготовки до заняття та на занятті.

- 4.1. Перелік основних термінів, параметрів та характеристик які

повиненосвоїти студент при підготовці до заняття:

1. Гематома	2. Перфорація матки	3. Перитоніт	4. Невідкладні стани вгінекології
Обмежен е скупчення крові в тканинах тіла людини при	Пошкодж ення в стінці матки, проникаюче наскрізь	Запалення очеревини; часто виникає як ускладнення запальних	Збірний термін, під якимвиступає недіагностоване гостре захворювання або пошкодження органів
пошкод женні кровоносних судин		захворюван ь органів черевної порожнини та при травмі живота	черевної порожнини, що проявляється симптомами подразнення очеревини і перитоніту. Слід пам'ятати, що "гострий живіт" є не діагнозом, а показанням до термінової госпіталізації.

4.2. Теоретичні питання до заняття:

1. Визначення гістероскопії.
2. Підготовка та проведення гістероскопічних операцій, ведення, ускладнення.
3. Визначення лапароскопії.
4. Підготовка та проведення лапароскопічних операцій, післяопераційне ведення, ускладнення, профілактика.
5. Методи оперативного лікування гінекологічної патології.
6. Реабілітація хворих, які перенесли операції.
7. Профілактика ускладнень

4.3. Практичні завдання, які виконуються на занятті:

У гінекологічному відділенні:

1. Зібрати анамнез, виконати обстеження пацієнтки, визначити покази та протипокази до проведення гінекологічних операцій.
2. Визначити, який вид ендоскопічних операцій доцільно провести у кожному конкретному випадку.
3. Призначити план обстеження пацієнта перед проведенням гінекологічних операції у конкретному випадку.
4. Спрогнозувати розвиток можливих ускладнень.

У навчальній кімнаті:

1. Демонструвати знання інструментарію, що застосовується для проведення гінекологічних операцій.
2. Демонструвати на фантомі техніку виконання окремих етапів гінекологічних операцій.
3. Заповнювати протокол гістероскопічної та лапароскопічної операції.

Зміст теми: Кожна хірургічна операція впливає на процеси життєдіяльності організму в цілому. Поряд з фізичною травмою слід враховувати також психічний вплив, біль, вплив на організм наркотичних речовин, втрату рідини, електролітів, тепла і багато інших моментів.

Успіх операції залежить від:

- правильної оцінки показань і протипоказань до хірургічного втручання;
- ретельності обстеження хворої та передопераційної підготовки;
- вибору методу знеболення, часу і характеру операції;
- техніки виконання операції;
- лікувально-профілактичних заходів в післяопераційному періоді.

Підготовка гінекологічних хворих до операції здійснюється з моменту прийняття рішення про хірургічне втручання до його виконання. Цей період називається передопераційним.

Показання до операції можуть бути абсолютними і відносними.

Абсолютними показаннями є стану, безпосередньо загрожують життю жінки: пухлина матки або яєчника, кровотечі, гнійні –осумковані пухлини, перитоніт.

Прикладом **відносних показань** до оперативного втручання можуть служити опущення стінок піхви і матки, пороки розвитку статевих органів, що не викликають супутніх ускладнень, і ін.

За невідкладністю

Екстрена операція - це оперативне втручання, що виконується негайно, з моменту поступлення хворої у стаціонар (внутрішня кровотеча, геморагічний шок)

Термінова операція - це втручання, що виконується в найближчі часи, або дні після поступлення хворого в клініку

Планові операції виконуються після повної предопераційної підготовки в той час, який зручно з лікувальних та організаційних міркувань.

Екстренні та термінові операції - виконуються у гострому стані, який безпосередньо загрожує життю пацієнтки (картина «гострого живота» - позаматкова вагітність, геморагічна апоплексія яєчника, перфорація матки, розрив кісти яєчника, перекрути ніжки пухлини яєчника, некробіоз фіброматозного вузла, гнійні пухлини в малому тазі, та ін; -зовнішньою кровотечею: гіперпластичні процеси в матці, підслизова міома) проводять після мінімального об'єму предопераційної підготовки.

У разі *планових операцій* предопераційний період триває від кількох годин (частіше від однієї доби) до декількох діб, рідше -тижня і зовсім рідко - тижнів.

З медичної та економічної точок зору предопераційний період повинен бути максимально скороченим: чим менше перебуває хворий до операції у відділенні, тим менший ризик зараження його внутрішньо-госпітальною інфекцією. У хірургічному- гінекологічному відділенні треба запобігати

контакту пацієнтки, яка очікує операцію, з гнійною інфекцією. Тому сьогодні важливим напрямком у боротьбі з внутрішньо-госпітальною інфекцією є якомога більша повнота обстеження в амбулаторних умовах, за цієї умови предопераційний період буває коротким.

Предопераційний період - це період часу з моменту госпіталізації хворої у відділення до початку виконання оперативного втручання. Його тривалість залежить від характеру хвороби (гостра чи хронічна), від об'єму майбутньої операції, від стану хворої та резерву її організму. При виборі можливого методу і обсягу хірургічного лікування враховуються такі дані: характер основної хвороби, наявність супутніх захворювань, вік хворий, умови життя і праці, шкідливі звички. У молодих жінок при відсутності злоякісних пухлин доцільні органозберігаючі операції. У жінок клімактеричного віку і перебувають в менопаузі виробляють більш радикальні операції. Супутні екстрагенітальні захворювання, а також похилий вік хворий є показанням до більш простої, швидко і легко здійсненним операції. План хірургічного втручання може бути змінений під час операції. Це залежить від додаткових даних, отриманих під час операції, а також від виникнення ускладнень (кровотеча, колапс, шок, поранення сусідніх органів та ін.).

Предопераційна підготовка включає : обстеження хворої, клінічні, лабораторні, функціональні обстеження, корекцію порушень функцій організму, покращення клінічного перебігу супутніх захворювань,

Хвору оглядають спеціалісти: стоматолог (при необхідності санує ротову порожнину), терапевт, анестезіолог. За показаннями хвору консультують лікарі: окуліст, невропатолог, при наявності варикозного розширення вен або

тромбофлебиту — судинний хірург. При виявленні відхилень від норми проводять корекцію — лікування анемії, санацію піхви. Хворим із злоякісними пухлинами з додаткових методів дослідження застосовують рентгеноскопію шлунка та кишечника, ректороманоскопію та хромоцистографію, при безплідності, ендометріозі, пухлинах тіла матки

гістросальпінгографію або контрастну сонографію. Проводять посіви виділень з піхви для дослідження мікрофлори та чутливості до антибіотики. Особливо важлива підготовка до операції хворих літнього віку хворих із серцево-судинною патологією, із злоякісними пухлинами. Відповідна підготовка, що полягає у призначенні судинорозширюючих, гіпотензивних, сечогінних препаратів, серцевих глікозидів, кокарбоксилази, вітамінів, дозволяє запобігти ускладненням з боку серцево-судинної системи та забезпечити сприятливий перебіг операції та післяопераційного періоду.

У стаціонарі лікар знайомиться з пацієнткою та результатами її обстеження, проводить фізикальне та допоміжне дослідження на момент вступу до відділення, обґрунтовує діагноз, показання до операції та обсяг оперативного втручання, визначають метод анестезії. Визначення ступеню операційного ризику, вибору метода анестезії. Для знеболення при гінекологічних операціях застосовуються як місцева (в тому числі епідуральна), так і загальна анестезія. Є велика кількість наркотичних, анагетичних препаратів, м'язових релаксантів, нейроплетиків, гангліоблокаторів і антигістамінних засобів, що дозволяють здійснювати сучасну анестезіологічну допомогу при самих різних операціях і проводити управління життєво важливими функціями організму під час хірургічного втручання. Під час гінекологічних операцій, часто застосовують комбінований ендотрахеальний наркоз з міорелаксантами та штучною вентиляцією легень (ШВЛ). У тих, кого оперуватимуть під регіонарним знеболенням (стовбуровою, або епідуральною анестезією), треба визначити чутливість до анестетика, шляхом внутрішньо-шкірної проби. Те саме роблять і стосовно антибіотиків, особливо групи пеніциліну.

Стандартне обстеження гінекологічних хворих для планового ендохірургічного втручання (операція гістроскопія, лапароскопія та лапаротомія) проводиться згідно клінічного протоколу «Гінекологічна ендоскопія», затвердженого наказом МОЗ від 31.12.2004 року № 676, наказу МОЗ України № 620 від 29.12.2003 р.

Обсяг обстеження гінекологічних хворих перед оперативним втручанням
Стандартне обстеження гінекологічних хворих для планового оперативного втручання:

1. Загальне фізикальне обстеження.
2. Визначення групи крові та резус-фактору.
3. Аналіз крові на РВ, ВІЛ, Hbs –а/г.

4. Загальний аналіз крові і сечі.

5. Цукор крові.

6. Бактеріологічний аналіз виділень із статевих шляхів (уретра, цервікальний канал, піхва), обстеження на папіломавірус людини.

7. Біохімічний аналіз крові (загальний білок, креатинін, білірубін, печінкові проби).

8. Коагулограма.

9. Цитологічне дослідження мазків з шийки матки і цервікального каналу або морфологічне дослідження (за показаннями).

10. Кольпоскопія.

11. Ультразвукове дослідження органів малого тазу.

12. Біопсія ендометрія.

13. Електрокардіограма.

14. ФГ або рентгенографія органів грудної клітини.

15. Огляд терапевта, огляд молочних залоз, щитовидної залози.

16. Огляд профільними спеціалістами за показаннями.

17. Гастроскопія, колоноскопія.

18. Онкологічні маркери (за показаннями)

Стандартне обстеження гінекологічних хворих перед проведенням ургентного оперативного втручання:

1. Загальне фізикальне обстеження.

2. Група крові і резус-фактор.

Стандартне обстеження гінекологічних хворих перед проведенням

планових «малих» діагностичних та лікувальних оперативних втручань:

1. Загальне фізикальне обстеження.
2. Група крові і резус-фактор.
3. Онкоцитологічне дослідження.
4. Бактеріоскопічне дослідження виділень із статевих шляхів, діагностика наявності папілома вірусу людини.

Для обстеження гінекологічних хворих, крім звичайних, застосовуються (за показаннями) додаткові методи дослідження: ультрасонографія, гістероскопія, кольпоскопія, гістросальпінгографія, біопсія ендометрію, гормональні обстеження, лімфографія, комп'ютерна томографія (КТ) та інші..обсяг яких визначається основним захворюванням

Лапароскопія – це огляд органів черевної порожнини за допомогою ендоскопа з метою діагностики та проведення лікувальних хірургічних втручань.

Показання для проведення лапароскопії в ургентному порядку:

1. Позаматкова вагітність.
2. Апоплексія яєчника з внутрішньочеревною кровотечею.
3. Розрив кісти яєчника.
4. Перекрут «ніжки» яєчника.
5. Гнійно-запальні захворювання органів малого тазу (гнійний сальпінгіт, піовар, піосальпінкс, гнійні тубооваріальні утворення, абсцеси міхурово- маткового та прямокишково-маткового простору).
6. Диференційна діагностика гострої хірургічної та гінекологічної патології.
7. Некроз субсерозних міоматозних вузлів.
8. Діагностика ускладнень під час чи після проведення гінекологічних маніпуляцій.

Показання для проведення лапароскопії у плановому порядку:

1. Діагностична лапароскопія (з біопсією ураженого органу, за показаннями).
2. Трубна стерилізація.
3. Неплідність.
4. Доброякісні пухлини яєчників.
5. Міома матки.
6. Аномалії розвитку внутрішніх статевих органів.

7. Хронічний тазовий біль та / чи недостатні дані клінічного обстеження органів малого тазу для заключного діагнозу (підозра на зовнішній генітальний ендометріоз, хронічний запальний процес придатків матки, синдром Allen-Masters).

8. Моніторинг ефективності лікування ендометріозу III-IV стадії. Моніторинг ефективності лікування онкогінекологічних захворювань (в спеціалізованих

зкладах “second look” після проведення комбінованого лікування рака яєчників).

9. Вибір доступу та визначення обсягу оперативного втручання при неуточнених пухлинах органів малого тазу.

Протипоказання до проведення лапароскопії:

- *Абсолютні:*
 - 1. Захворювання серцево-судинної та дихальної системи в стадії декомпенсації.
 - 2. Гостра та хронічна печінкова та ниркова недостатність.
 - 3. Шокові та коматозні стани.
 - 4. Розлитий перитоніт.
- *Відносні:*
 - 1. Ожиріння III-IV ст.
 - 2. Тяжкий злуковий ковий процес органів черевної порожнини.
 - 3. Великі розміри пухлин геніталій.
 - 4. Грижа передньої черевної стінки і / чи діафрагми великих чигігантських розмірів.
 - 5. Інфекційні захворювання (грип, ангіна, пневмонія, пієлонефрит та ін.).
- ***Анестезіологічне забезпечення лапароскопії.***
 - Оптимальним для проведення лапароскопії є загальна анестезія з ендотрахеальною інтубацією та ШВЛ. Цей вид анестезії забезпечує адекватну міорелаксацію, вентиляцію, захист від аспірації шлункового вмісту, повну анальгезію.
 - Можливе використання внутрішньовенної багатокомпонентної загальної анестезії зі спонтанним диханням, перидуральної анестезії у поєднанні з внутрішньовенною, місцевою інфільтраційною анестезії (при діагностичній лапароскопії, трубній стерилізації).

В післяопераційному періоді клінічно розрізняють три періоди -ранній (з моменту закінчення операції до 4-5 дня після неї), ранній

післяопераційний період характеризується зниженням добового діурезу, що обумовлено затримкою натрію в сироватці крові і відносної гіпокаліємією і гіперкалійурія, що зберігаються до 6-го дня післяопераційного періоду. Гіпопротеїнурія, дисбаланс білкових фракцій крові також виявляються аж до кінця першого тижня післяопераційного періоду, що пов'язано з адренкортикоїдною фазою катаболізму. Підвищення температури тіла в перший тиждень післяопераційного періоду є фізіологічною реакцією організму на всмоктування продуктів розпаду травмованих тканин, крові та раневого секрету. У жінок похилого та старечого віку лейкоцитоз і температурна реакція виражені менше, ніж у молодих хворих.

-пізній (з 6-7 дня після операції до виписки хворого із лікарні),

-віддалений (з часу виписки з лікарні до відновлення працездатності).

Розрізняють нормальний перебіг післяопераційного періоду, коли відсутні важкі порушення функцій органів та систем, і ускладнений, коли реакція на оперативну травму різко виражена і розвиваються значні функціональні порушення.

В післяопераційному періоді розрізняють три фази: катаболічну, зворотного розвитку, анаболічну.

Катаболічна фаза триває 3-7 діб. Вона більш виражена у хворих із важкими захворюваннями, що перенесли важкі оперативні втручання. Катаболічну фазу суттєво подовжують післяопераційні ускладнення. В подовженні тривалості катаболічної фази грають роль кровотеча, що продовжується, приєднання гнійно-запальних ускладнень, гіповолемія, зміни водно-електролітного і білкового балансів, порушення у веденні післяопераційного періоду (некупований біль, неповноцінне і незбалансоване парентеральне харчування, гіповентиляція легенів). Клінічними проявами катаболічної фази з боку нервової системи є: загальмованість, сонливість.

Починаючи з другої доби після операції, по мірі припинення дії наркотичних засобів і появи болю, можливі прояви збудження або пригнічення, нестійкої психічної діяльності. Порушення психічної діяльності можуть бути зумовлені приєднанням ускладнень, що посилюють гіпоксію, порушення водно-електролітного балансу.

- З боку серцево-судинної системи - блідість шкіри, прискорення пульсу, помірне підвищення артеріального тиску.

- З боку дихальної системи - збільшення частоти дихання, зменшення глибини дихання, поверхневе дихання може бути зумовленим болем, високим стоянням діафрагми, розвитком парезу кишечника.

- З боку печінки та нирок - наростання диспротеїнемії, зниження синтезу ферментів, зменшення діурезу.

Фаза зворотного розвитку триває 4-6 днів. Вона настає при

неускладненому перебігу післяопераційного періоду. Характеризується нормалізацією білкового обміну, посиленням синтезом білків, глікогену, жирів, зниженням виділення іонів калію з сечею, відновленням водно-електролітного обміну, превалюванням парасимпатичної нервової системи. Клінічними проявами цієї фази є: зменшенню болю, нормалізація температури тіла, поява апетиту, підвищення активності хворого, нормалізація забарвлення шкіри, поглиблення дихання, зменшення частоти дихання, нормалізація частоти серцевих скорочень, відновлення функції шлунково-кишкового тракту - відновлення перистальтики, відхід газів.

Анаболічна фаза характеризується посиленням синтезом білка, глікогену, жирів, що були втрачені під час операції і в катаболічній фазі післяопераційного періоду. В цій фазі відбувається подальша активація парасимпатичної нервової системи і підвищення активності анаболічних процесів. Вона триває 2-5 тижнів. Клінічні ознаки характеризують анаболічну фазу як період видужання, відновлення функцій серцево-судинної, дихальної, видільної систем, органів травлення, нервової

системи. Покращується самопочуття і стан хворого, підвищується апетит, нормалізується частота серцевих скорочень, артеріальний тиск, відновлюється діяльність травного тракту: пасаж їжі, процеси всмоктування в кишечнику, поява самостійного стільця. Тривалість анаболічної фази залежить від важкості операції, вихідного стану хворого, виразності і тривалості катаболічної фази.

Передопераційна підготовка

Обсяг та зміст передопераційної підготовки визначають за станом хворого, його органів та систем і характером власне операції. У разі невеликих за обсягом оперативних втручань у хворих, без помітних відхилень від норми функцій їх головних систем та обміну речовин, передопераційну підготовку можна обмежити психологічною та санітарно-гігієнічною підготовкою. У хворих, яким передбачаються великі оперативні втручання на внутрішніх органах, та за наявності значних змін у організмі, пов'язаних з хворобами та віком, підготовка до операції повинна бути багатoproфільною і значно складнішою.

Передопераційна підготовка хворих до операції складається з загальної підготовки (потрібна всім без винятку хворим) та індивідуальної підготовки їх органів і систем, у яких виявлено різні порушення. Останню проводять, як загальноновживаними, так і специфічними (специфічна підготовка) заходами.

Загальна підготовка хворого до операції включає наступні заходи:

- Психологічна підготовка.
- Підготовка серцево-судинної системи.
- Профілактика тромботичних ускладнень
- Підготовка органів дихання.
- Підготовка шлунково-кишкового тракту.

- Профілактика гнійно-запальних ускладнень

Основу сучасної профілактики післяопераційних ускладнень становлять принципи швидкого післяопераційного відновлення за програмою **ERAS**, (**ERAS, Enhanced Recovery After Surgery**, 2001 р), яка, за даними шведських дослідників Ульфа Густафсона та співавт., є однією з найбільш ефективних щодо запобігання післяопераційним ускладненням). ERAS — це концепція, що об'єднує різні науково обґрунтовані аспекти періопераційної допомоги для прискорення відновлення пацієнтів. ERAS-протокол широко використовується в різних хірургічних спеціальностях та включає заходи, що охоплюють передопераційний, інтраопераційний та післяопераційний періоди, метою яких є прискорити одужання пацієнта та зменшити термін перебування в лікувальному закладі. Базові принципи програми ERAS відповідають трьом періодам: передопераційному, інтраопераційному й післяопераційному. У передопераційному періоді велику увагу приділяють підготовці пацієнта й корегуванню станів, що можуть бути причиною тривалого відновлення після операції (наприклад, анемії). Інтраопераційно рекомендують застосовувати комбіновані принципи анестезії, що дозволяють зменшити використання опіатів та анестетиків, на основі регіонарних і місцевих методів знеболювання. На цьому етапі важливим є якісний моніторинг, що дозволяє запобігти інтраопераційній гіпо- і гіперволемії. Під час післяопераційного періоду ключову роль відіграють якісне знеболювання, профілактика нудоти й блювання, ранній початок ентєрального харчування пацієнтів і рання рухова активність пацієнтів.

Методи, протоколи й програми ERAS

У передопераційному періоді:

- за кілька тижнів)
- зустріч із хворим як хірурга, так і анестезіолога:
 - цілеспрямований збір анамнезу;
 - призначення плану обстежень і виконання клініко
 - лабораторних досліджень; за необхідності
- проведення функціональних тестів; - стратифікація на категорії ризику(зокрема, з використанням різних шкал
 - для оцінки труднощів інтубації, серцевого ризику, ризику тромбозів тощо); - визначення плану підготовки до операції; - корекція препаратів, що приймаються, і їх дозування; - за необхідності
 - корекція нутритивного статусу, споживання алкоголю, припинення/призупинення куріння (за кілька тижнів);
 - корекція анемії;
 - інформування пацієнтів про основні майбутні процедури й отримання на них інформованої згоди;
 - інформування пацієнтів про принципи харчування в періопераційному періоді
 - прийняття твердої їжі не раніше ніж за 6 год до операції, непрозорих рідин (наприклад, молочних продуктів)
 - не раніше ніж за 4 год і прозорих рідин

— не раніше ніж за 2 год до операції (за умови вживання в невеликих об'ємах).

У разі, коли хворий не має суттєвих факторів ризику й планується нетривала й нетравматична операція, усі перелічені питання за кордоном може поставити не анестезіолог, а спеціально навчена медсестра;

— зустріч анестезіолога з хворими безпосередньо перед операцією (увечері напередодні або вранці в день операції):

- детальне роз'яснення перед- і післяопераційних процедур;
- детальне пояснення щодо характеру післяопераційного болю, а також плану й процедур знеболювання;
- детальне навчання хворих щодо процедур, які вимагають від них кооперації (наприклад, візуальна аналогова шкала болю, шкала оцінки нудоти, методики користування дозатором для пацієнт- контрольованої аналгезії, кнопкою виклику персоналу тощо);
- детальні відповіді на питання пацієнта; - отримання у хворого інформованої згоди й підписання форми інформованої згоди. — за кілька годин до операції (частіше у 2 прийоми) хворому дають випити навантажувальну дозу вуглеводів, наприклад мальтодекстрину;

Застосування методів тромбoproфілактики (бинтування ніг, за необхідності введення низькомолекулярного гепарину); вирішення питання про методи зігрівання під час транспортування в операційну; безпосередньо перед переведенням в операційну введення хворому парацетамолу (а також, за необхідності, інших препаратів для знеболювання, седації/анксіолізу тощо).

В операційній: — за можливості/необхідності/доцільності застосовують один з методів регіонарної анестезії: - спінальна, епідуральна або паравертебральна; - регіонарна блокада передньої черевної стінки;

— перед розрізом хворому внутрішньовенно вводять: - антибіотик; - препарати для профілактики нудоти й блювання (наприклад, ондансетрон, дексаметазон);

— починають зігрівання пацієнта;

— до початку операції вирішують питання про доцільність/необхідність постановки: - шлункового зонда; - сечового катетера; - артеріального й центрального венозного катетерів;

— під час проведення анестезії використовують:

- методики й техніки, що мінімізують використання опіоїдів середньої тривалості і пролонгованої дії (використання внутрішньовенного лідокаїну, помірних доз кетаміну, дексмететомідину або клофеліну, інфільтрація місць введення лапароскопа місцевим анестетиком тощо);

- методики й техніки, що мінімізують використання анестетиків середньої і пролонгованої тривалості дії (у тому числі визначення дозування анестетиків на основі моніторингу глибини анестезії за допомогою біспектрального індексу електроенцефалограми — BIS-моніторингу);

- методики й техніки, що мінімізують ризик виникнення залишкової міорелаксації після операції (визначення дозування міорелаксантів на основі моніторингу нейром'язової провідності методом TOF, що зараз можна робити навіть за допомогою смартфонів);

- методики й техніки, що мінімізують надмірне введення рідини (моніторинг гемодинаміки, за необхідності — використання вазопресорів);
 — у кінці операції вирішують питання про доцільність/необхідність видалення: - шлункового зонда; - сечового катетера; - артеріального й центрального венозного катетерів.

У ранньому післяопераційному періоді:

— проводять моніторинг відновлення функції кишечника й вирішують питання щодо безпеки/доцільності стимуляції перистальтики;

— вирішують питання щодо безпеки/доцільності:

- раннього прийому рідини;
- раннього прийому їжі;

- використання жувальної гумки в тих, хто не може приймати їжу;
 - ранньої активізації, вставання для відвідування туалету тощо;
 - видалення катетерів, які все ще залишалися в післяопераційному періоді;

- продовження парентерального введення препаратів для знеболювання або переходу на їх ентеральне введення;

- переведення хворого з палати пробудження або відділення інтенсивної терапії до загальної палати, а після цього

— про виписку пацієнта додому;

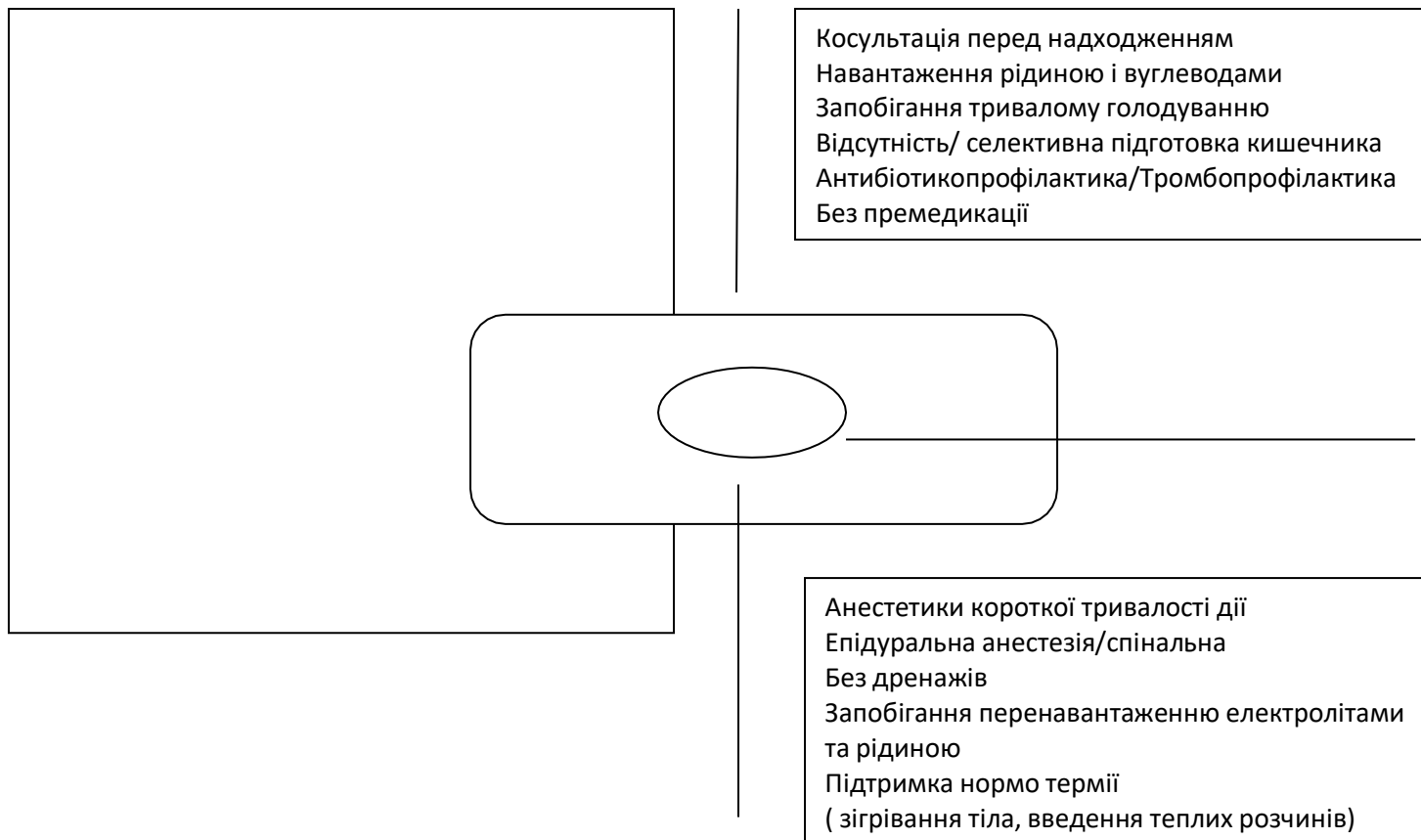
— визначають доступність кваліфікованого середнього медперсоналу, який може проконтролювати вирішення всіх зазначених завдань і виконати відповідні процедури/маніпуляції;

— вирішують питання про використання мультимодальної аналгезії – методик і технік, що знижують післяопераційні дози опіоїдів:

- нестероїдні протизапальні препарати і/або парацетамол;
- мікродози кетаміну;
- внутрішньовенна інфузія лідокаїну або регіонарні методи знеболювання (у тому числі подовжена інфузія місцевих анестетиків у рану);
- анестезія, контрольована пацієнтом (з використанням спеціальних інфузоматів);

— моніторинг рівня свідомості пацієнта і його орієнтованості (в собі, просторі, часі), виявлення симптомів делірію і причин його виникнення з подальшою їх корекцією.

Епідуральна /спінальна анестезія Без назогастального зонда Запобігання нудоті та блюванню Корекція електролітів та розчинів Раннє видалення катетерів Раннє ентérale харчування
 Неопіоїдна ентérale анестезія НПЗП
 Рання мобілізація
 Стимуляція моторики кишечника



Аудит відповідності та результатів лікування

Рис. Елементи ERAS за К.К. Varadhan і співавт.

Отже, профілактика та корекція післяопераційних порушень, що виникають в післяопераційному періоді, передбачає:

- боротьбу з болем;
- реабілітацію функції серцево-судинної системи та мікроциркуляції;
- попередження та лікування дихальної недостатності;
- корекція водно-електролітного балансу;
- дезінтоксикаційна терапія;
- збалансоване харчування;
- контролювання функцій екскреторних систем.

Попередня підготовка операційного поля. Хвора отримує гігієнічну ванну або душ перед операцією. Не можна голити волосся в ділянці майбутнього операційного поля раніше ніж за 6 годин до операції.

Катетеризація сечового міхура. Проводиться перед операцією, коли це вимагає стан хворого чи методика виконання оперативного втручання.

Додаткова підготовка до операції

Вирішуючи питання, коли краще спланувати проведення операції, необхідно враховувати фазу менструального циклу. Оперативне втручання (за виключенням гістероскопії, фракційного вишкрябання матки) не призначають напередодні менструації, особливо за 2-3 дня до початку і під час менструації, у зв'язку з фізіологічною підвищеною схильністю до кровоточивості тканин тазових органів. Тому, проведення операції краще планувати в період першої фази менструального циклу.

Підготовка хворих до вагінальним операціями. Операція проводиться при нормоценоз або проміжному типі біоценозу піхви. При дисбіотических і / або запальних процесах проводять терапію, спрямовану на відновлення нормальної мікрофлори. При наявності пролежнів застосовують тампони з жировими мазями або емульсіями, маслом обліпихи, вводять лікарські форми, що містять естріол. Оскільки лікування пролежнів займає багато часу, його рекомендується проводити амбулаторно. При підготовці до вагінальних операцій, хворим з кольпітом та вагінітом, у яких III-IV ступінь чистоти піхви, призначають протизапальну терапію.

У разі виявлення залізодефіцитної анемії, хворій з міомою матки призначають оральні препарати заліза, протягом 1-2 місяців до відновлення нормального рівня гемоглобіну на час планової операції. При показаннях до термінової операції та наявності тяжкої анемії, навіть без порушення гемодинаміки, необхідно розпочинати гемотрансфузію.

Якщо під час підготовки до планової операції у хворої **виявили тромбофлебіт**, з терапевтичною метою призначають антикоагулянти прямої дії, які відмінюють по завершенні лікування, мінімум за 12 год, максимум за 1-2 доби до початку операції.

З метою прогнозування розвитку післяопераційного тромбоемболізму в клінічній практиці запропоновано бальну шкалу ризику розвитку венозних

тромбоемболічних ускладнень J. Caprini (2012) . У «групу ризику» щодо виникнення ускладнень входять пацієнтки з ожирінням, анемією, варикозну хворобу, з клінічними ознаками недостатності серцево-судинної, легеневої, ниркової та інших систем і органів, а також жінки старшого віку.

Таблиця 5. Шкала Капріні	
Наявні фактори	Кількість балів
Вік – 41-60 років	по 1
Набряк нижніх кінцівок	
Варикозні вени	
Індекс маси тіла >25 кг/м ²	
Мале хірургічне втручання	
Сепсис (давністю до 1 міс)	
Серйозне захворювання легень (в т. ч. пневмонія давністю до 1 міс)	
Прийом оральних контрацептивів, гормонозамісна терапія	
Вагітність і післяпологовий період (до 1 міс)	
В анамнезі: незрозумілі мертвонародження, викидні (≥3), передчасні пологи з токсикозом або затримка внутрішньоутробного розвитку	
Гострий інфаркт міокарда	
Хронічна серцева недостатність (давністю до 1 міс)	
Ліжковий режим у нехірургічного пацієнта	
Запальні захворювання товстої кишки в анамнезі	
Велике хірургічне втручання давністю до 1 міс в анамнезі	
Хронічне обструктивне захворювання легень	по 2
Вік – 61-74 роки	
Артроскопічна хірургія	
Злоякісне новоутворення	
Лапароскопічне втручання (тривалістю >45 хв)	
Ліжковий режим >72 год	
Імобілізація кінцівки (давністю до 1 міс)	
Катетеризація центральних вен	
Велика хірургія (тривалістю >45 хв)	по 3
Вік >75 років	
Особистий анамнез ВТЕ	
Сімейний анамнез ВТЕ	
Мутація типу Лейден	
Мутація протромбіну 20210A	
Гіпергомоцистеїнемія	
Гепарин-індукована тромбоцитопенія	
Підвищений рівень антитіл до кардіоліпіну	
Вовчаковий антикоагулянт	по 5
Інсульт (давністю до 1 міс)	
Множинна травма (давністю до 1 міс)	
Ендопротезування великих суглобів	
Перелом кісток стегна та гомілки (давністю до 1 міс)	

Профілактика тромботичних ускладнень Профілактика тромбоемболічних ускладнень в післяопераційному періоді включає в себе проведення *неспецифічних заходів і специфічну заходи*. До неспецифічної профілактики відносять:

- туге бинтування нижніх кінцівок перед операцією, ранню активізацію у післяопераційному періоді, для прискорення венозного кровотоку:

адекватна гідратація, підтримка нормоволемічної гемодилуції, лікування дихальної та циркуляторної недостатності;

- специфічні методики – застосування нефракціонованого та фракціонованого гепаринів, НМГ, інгібіторів фактору Ха (фондапаринуксу, ривароксабану, апіксабану). Специфічна тромбопрофілактика обов'язково проводиться хворим з ожирінням, варикозним розширенням вен, хронічним тромбофлебітом, серцево-судинною недостатністю. Проведення якої починається *за 2 години до операції*. Особливо необхідно проводити тромбопрофілактику хворим з високим ризиком ТЕЛА при проведенні операції під інкубаційним наркозом. Сучасні проведення тромбопрофілактики із застосуванням низькомолекулярного гепарину (НМГ): еноксапарин, Цибор® («Берлін-Хемі») – 2500 МО; використання гепарину і його низькомолекулярних дериватів (фраксипарин, клексан і ін.), у післяопераційному періоді введення цих препаратів триває 6-7 днів.

Одним з ефективних підходів до зниження частоти післяопераційних нагноєнь, поряд з удосконаленням хірургічної техніки і дотриманням правил асептики і антисептики, є **антибіотикопрофілактика**. Рациональне проведення антибіотикопрофілактики в певних ситуаціях дозволяє знизити частоту післяопераційних інфекційних ускладнень з 20-40% до 1,5-5%.

Антибіотикопрофілактика, на відміну від антибіотикотерапії, має на увазі призначення антибактеріального засобу при відсутності активного інфекційного процесу і високий ризик розвитку інфекції з метою попередження її розвитку, призначення антибіотика має своєю метою знизити до мінімуму ризик розвитку інфекції.

Мета антибіотикопрофілактики – досягнення такої величини плазмової та тканинної концентрації АЛЗ (Антибактеріального лікарського засобу), яка значно перевищує його мінімальну інгібуючу концентрацію щодо найбільш ймовірних мікроорганізмів, які контамінують тканини ділянки оперативного доступу, до здійснення хірургічного розрізу, а також підтримка цієї концентрації протягом усього часу оперативного втручання.

Під час застосування антибіотикопрофілактики мають бути зважені ризики появи мікроорганізмів з АМР (АМР – антимікробна резистентність) та виникнення побічних реакцій на введення АЛЗ (АЛЗ – антибактеріальний лікарський засіб) відносно потенційної користі.

Заборонено введення АЛЗ з метою антибіотикопрофілактики після здійснення хірургічного розрізу, оскільки така практика сприяє розвитку ІОХВ (ІОХВ – інфекція області хірургічного втручання).

Проведення подовженої антибіотикотерапії, у якості заміни хірургічного контролю джерела інфекції, заборонено.

Заборонено необґрунтоване та надмірне призначення цефалоспоринів III покоління та фторхінолонів із метою проведення антибіотикопрофілактики.

Рутинне застосування АЛЗ широкого спектра дії для антибіотикопрофілактики пов'язане з високим ризиком селекції бактерій з АМР (продуцентів ESBL- β-лактамази розширеного спектру дії; та MRSA/MSSA – MRSA-метицилінорезистентний *Staphylococcus aureus*; MSSA – метицилін-чутливий *Staphylococcus aureus*) та виникненням ускладнень – інфекційних хвороб, викликаних *Clostridium difficile*. Проведення подовженої

антибіотикотерапії, у якості заміни хірургічного контролю джерела інфекції, заборонено.

За стандартами для профілактики септичних післяопераційних ускладнень у гінекологічних хворих призначають Ампіцилін/сульбактам або цефтріаксон. Для лікування септичних ускладнень у післяопераційних гінекологічних хворих - Метронідазол у поєднанні з цефтріаксоном, за відсутності ефекту відстартової терапії (у поєднанні з левофлоксацином). Для профілактики та лікування інвазивного кандидозу у жінок Антифунгальні препарати – азоли (Амфотерицин)

• **Режими парентеральної передопераційної антибіотикопрофілактики**

Тип операційного втручання	Рекомендований режим періопераційної АБП-профілактики	Високий ризик розвитку MRSA інфекції* чи алергічної реакції**
Гінекологія (лапаротомія, гістеректомія, оперативні втручання в ділянці піхви, переривання вагітності у пізніх термінах)	цефазолін; <120 кг 2 г в/в, ≥ 120 кг 3 г в/в, ампіцилін/сульбактам , ампіцилін 1,5-3 в/в (один з трьох) Гентаміцин 3 мг/кг ідеальної маси тіла чи метронідзол 500 мг в/в чи Тинідазол 2 г per os за 12 годин до оперативного втручання	кліндаміцин** 600 мг в/в (кліндаміцин для в/вз концентрацією розчину <18 мг/ мл необхідно вводити протягом 20 хвилин чи Ванкоміцин*/** 1г в/в (ванкоміцин для в/в з концентрацією розчину < 5 мг/мл необхідно вводити

<p>Ендоскопічні процедури, гістеросальпінгографія, біопсія ендометрія, біопсія шийки матки)</p> <p>Гінекологія (хірургічне переривання вагітності до 12 тижнів)</p>	<p>Якщо дозу цефазоліну інтраопераційно варто повторити тоді через кожні 4 год. (має протягом 48 -72 год)</p> <p>Дозу ампіциліну/сульбактаму варто інтраопераційно повторити через кожні 6-8 годин.(має протягом 48 -72 год)</p> <p>Проведення АМП-профілактики не показано</p> <p>Доксициклін 400 мг per os за 60 хв до операції чи Азитроміцин 1 г per os за 60-120 хв до операції</p>	<p>протягом 100 хв зі швидкістю <math>\leq 10</math> мг/хв) + (додатково) Гентаміцин 3 мг/кг ідеальної маси тіла</p> <p>*Ванкоміцин додається до цефазоліну</p>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

При необхідності переходу з парентерального на пероральний прийом (ступенева АБТ терапія), обраний антибактеріальний препарат має відповідати таким критеріям:

1) міжнародна непатентована назва (основна діюча речовина) відповідає (ідентична) або належить до того самого класу, що й парентеральний антибактеріальний препарат;

2) спектр антимікробної активності відповідає парентеральному антибактеріальному препарату або мікробіологічне дослідження підтвердило чутливість визначено збудника до міжнародної непатентованої назви (основної діючої речовини) перорального антибактеріального препарату;

3) пероральний антибактеріальний препарат має оптимальний фармакокінетичний профіль (дозволяє досягти бактерицидної тканинної концентрації антибактеріального препарату в місці локалізації інфекційного запального процесу).

Ускладнення в післяопераційному періоді

У післяопераційному періоді можуть виникати ранні — у перші години — та пізні — на 2-6 добу — ускладнення. Тривалість пізнього післяопераційного періоду при його неускладненій течії обмежена трьома

місяцями після хірургічного лікування.

Найбільш грізним післяопераційним ускладненням є кровотеча. Воно може виникнути при зісковзуванні лігатури з посудини, з посудини, який не був лігувати під час операції, при гнійному розплавленні стінки судини, а також з дрібних судин при порушенні іантисідальної систем крові. Клінічна картина внутрішньої кровотечі характеризується блідістю шкірних покривів і слизових оболонок, задишкою, колаптоїдний стан, частим малим пульсом, зниженням артеріального тиску. Для уточнення діагнозу внутрішньої кровотечі необхідно вагінальне дослідження. Якщо в черевній порожнині є рідка кров, то зазвичай визначається вибухне заднього піхвового склепіння. У разі виникнення забрюшинного кровотечі пальпується гематома (найчастіше між листками широких зв'язок матки). При перкусії визначається вільна рідина в черевній порожнині або притуплення звуку над гематомою. Уточнити діагноз можливо при проведенні УЗД і МРТ органів черевної порожнини, на яких виявляється вільна рідина в черевній порожнині. Наявність внутрішньої кровотечі є показанням до повторного череворозтину для перев'язки кровоточивих судин. Кровотеча з утворенням гематоми може бути з судин передньої черевної стінки: В цьому випадку показані лігування судини, що кровоточить і видалення згустків крові. При кровотечі після вагінальних операцій поставити діагноз легше, оскільки є зовнішня кровотеча. Для зупинки його виробляють лігування судин або тампонаду піхви. черевної порожнини. Інтраопераційна кровотеча з маткових або яєчникових судин може бути зупинена лапароскопічно або шляхом проведення конверсійної лапаротомії. Кровотечу зупиняють тимчасово шляхом компресії або захоплення судини затискачем. Аспірують кров і в умовах прямої видимості судину коагулюють, перев'язують або накладають кліп.

Шок і колапс є важкими ускладненнями післяопераційного періоду. Шок виникає після тривалих і травматичних операцій, що супроводжувалися масивною крововтратою. У патогенезі його розвитку провідна роль належить порушень гемодинаміки і всіх життєво важливих функцій організму. Клінічно шок проявляється в пригніченні психіки, апатії при збереженні свідомості, малому частому пульсі, блідості шкірних покривів, появі холодного поту, зниженні температури і артеріального тиску; може спостерігатися олігурія або анурія. Одночасно порушується обмін речовин, виникає ацидоз, збільшується кількість еритроцитів, зменшується обсяг крові. Колапс характеризується наступними клінічними симптомами: втратою свідомості, загальної слабкостю, різкою блідістю, ціанозом, холодним потом, частим і малим, іноді аритмічним пульсом, частим поверхневим диханням, зниженням артеріального тиску.

Лікування при шоці і колапсі має бути розпочато негайно. Хвору необхідно перевести в положення Тренделенбурга (кут нахилу близько 15 °). Основний метод лікування - струминне переливання кровезамещаючих рідин для стабілізації гемодинаміки. З кровезамещаючих рідин краще вводити низькомолекулярні, сольові розчини, розчин

гідроксіетильованого крохмалю, так як вони довше утримуються в судинному руслі і стабілізують артеріальний тиск. Одночасно рекомендується вводити кортикостероїди. Для поліпшення серцевої діяльності застосовують серцеві глікозиди. При явищах декомпенсованого ацидозу рекомендується внутрішньовенне введення бікарбонату натрію.

Анурія - серйозне ускладнення післяопераційного періоду. Причинами її можуть бути шок і колапс, що супроводжуються зниженням артеріального дааченія і рефлекторним спазмом ниркових судин, різка анемізація хворий, переливання крові, несумісної по резус-фактору або системі АВО, септична інфекція. Поранення або перев'язка сечоводів. Лікування анурії визначається її етіологією і має бути розпочато негайно.

Післяопераційні пневмонії спостерігаються після тривалих операцій, при затримці в бронхах мокротиння, аспірації шлункового вмісту, ателектазі і застійних явищах у легенях, а також інфаркті легкого. Пневмонії найбільш часто виникають в осіб з хронічними захворюваннями органів дихання, у ослаблених хворих похилого та старечого віку. У лікуванні післяопераційних пневмоній важливу роль відіграє правильне призначення антибіотиків (відповідно чутливості до них мікробної флори). Показано застосування антикоагулянтів непрямої дії (неодикумарин, фенілін, синкумар і ін.) В індивідуально підібраній дозуванні.

Парез кишечника, що виникає з 2-3-х діб післяопераційного періоду, і кишкова непрохідність, що розвивається на 4-5-й день, характеризуються болями в животі, нудотою, блювотою, затримкою газів і стільця. Надалі перистальтика

припиняється, пульс частішає, підвищується температура і загальний стан хворої погіршується. При рентгеноскопії черевної порожнини в вертикальному положенні хворий визначають газові бульбашки з горизонтальними рівнями рідини під ними (чаші Клойбера). ДГШ проведення терапії парезу кишечника рекомендується проводити дренажування і промивання шлунка, введення прозерину внутрішньом'язово. Для стимуляції перистальтики кишечника роблять гіпертонічні, а при необхідності сифонні клізми. При підтвердженні діагнозу механічної кишкової непрохідності показана операція.

Післяопераційний перитоніт розвивається внаслідок інфікування черевної порожнини і характеризується ригідністю і хворобливістю передньої черевної стінки, вираженими симптомами подразнення очеревини, частим пульсом, високою температурою, нудотою, блювотою і важким загальним станом хворої. В даний час характерно стерте протягом перитоніту: зберігається відносно задовільний стан хворої, відсутні або слабо виражені симптоми подразнення очеревини, немає нудоти і блювоти. Може вислуховуватися перистальтика кишечника, буває самотійний стілець. У периферичній крові відзначаються лейкоцитоз, зсув вліво в лейкоцитарній формулі, підвищення ШОЕ.

Лікування перитоніту оперативне - релапаротомія, видалення вогнища інфекції і широке дренивання черевної порожнини. Важливими компонентами лікування є антибактеріальна, десенсибілізуюча, антикоагулянтна і загальнозміцнююча терапія. При важких гнійного перитоніту проводять перитонеальний діаліз.

Тромбози і тромбофлебіти в післяопераційному періоді найчастіше виникають у венах нижніх кінцівок і тазу. Розвитку цих ускладнень сприяє ожиріння, варикозне розширення вен нижніх кінцівок, перенесений раніше тромбофлебіт, серцево судинна недостатність. Ознаками тромбозу є болі в кінцівках, набряк, підвищення температури, болючість при пальпації по ходу судин. При лікуванні тромбозу необхідні повний спокій, піднесене положення кінцівки, призначення антибіотиків і анти коагулянтів прямого і непрямого дії. Нагноєння операційної рани спостерігається частіше у хворих, оперованих з приводу злоякісних новоутворень статевих органів і гнійних процесів придатків матки. При розвитку інфекції в області операційної рани з'являються болі, інфільтрація тканин. Гіперемія шкіри, підвищується температура. У таких випадках слід зняти кілька швів, щоб створити умови для відтоку виділень, обробити рану перекисом водню, ввести дренаж, змочений 10% розчином натрію хлориду. Щодня необхідно робити перев'язки туалету рани.

Рідкісним ускладненням є повне розбіжність країв рани і випадання петель кишечника - евентрація. При накладенні вторинних швів з приводу евентрації в черевну порожнину вводять дренажі для відтоку вмісту і введення антибіотиків.

У структурі всіх інтра; і післяопераційних ускладнень при гінекологічних **лапароскопічних операціях** переважають інфекційно;запальні – 27,6%; тромбогеморагічні – 22,4% і кро; втечі – 21,4% в порівнянні з пораненнями кишечника – 15,3%, сечовивідних шляхів – 8,2% і пораненнями судин – 5,1%. Серед усіх ускладнень при малих лапароскопічних опе; раціях частіше зустрічаються кровотечі (53,3%) і інфекційно;запальні (33,3%) на відміну від поранення судин (6,7%) і сечового міхура (6,7%). При великих лапароскопічних гінекологічних операціях серед ускладнень переважають кровотечі (38,5%), інфекційно;запальні (28,8%) і тромбогеморагічні (19,2%) в порівнянні з пораненнями кишечника (5,8%), сечового міху; ра (5,8%) і сечоводу (1,9%). Основними чинниками ризику інфекційно;запальних ускладнень після лапароскопічних гінекологічних операцій є: підвищена маса тіла (ІМТ>25,0); гінекологічні запальні захворювання (особливо, хронічний сальпінгоофорит на тлі інфекцій, що передаються статевим шляхом); перенесені оперативні втручання на органах черевної порожнини –; порушення репродуктивної функції (в тому числі, вторинне безпліддя)

Ускладнення лапароскопії: діагностика, лікування.

При проведенні лапароскопії спостерігаються наступні групи ускладнень:

1. Ускладнення, пов'язані з накладанням карбоксиперитонеуму

2. Хірургічні ускладнення
3. Ускладнення, зумовлені тривалим вимушеним положенням пацієнтки

4. Анестезіологічні ускладнення

Ускладнення, пов'язані з накладанням карбоксиперитонеуму:

1. Емфізема. Накладання карбоксиперитонеуму за допомогою голки Вереша та його підтримання в ході операції шляхом подачі CO₂ через троакар може супроводжуватись екстраперитонеальною інсуфляцією та виникненням емфіземи. Емфізема може бути обмеженою та поширеною і локалізуватися в підшкірній клітковині, сальнику, середостінні. У разі попадання голки Вереша в просвіт судини або поранення вени на фоні напруженого карбоксиперитонеуму існує ризик газової емболії. *Діагностика.* Виявлення емфіземи здійснюється на підставі візуальної оцінки, наявності припухлості та крепітації.

2. Травмування органів черевної порожнини голкою Вереша. Введення голки Вереша може привести до проникаючого та непроникаючого поранення органів черевної порожнини, магістральних судин.

Діагностика. Травматичні пошкодження при введенні голки Вереша виявляють на підставі результатів шприцевої проби, лапароскопічної ревізії органів черевної порожнини.

Лікувальна тактика. У випадках проникаючих поранень кишки рекомендується лапаротомія та ушивання стінки кишки. Травмування магістральних судин (черевна аорта, нижня порожниста вена) потребує невідкладної лапаротомії, зупинки кровотечі шляхом компресії судини, терміново викликають бригаду судинних хірургів.

Травмування кишечника, сечового міхура, сечовода може трапитись на різних етапах операції. Виявлення травматичних пошкоджень органів черевної порожнини повинно здійснюватись інтраопераційно. При сумнівах проводиться цистоскопія, конверсійна лапаротомія та уточнюється тяжкість ураження. Операції на травмованих органах проводять за участю відповідного спеціаліста (хірург, уролог, проктолог).

Післяопераційні хірургічні ускладнення лапароскопічних операцій

1. Інфекційні ускладнення після гінекологічних лапароскопічних операцій включають раневу (нагноєння місць проколів) та внутрішньочеревну інфекції. Рідко спостерігаються інфекції сечовидільної системи, пневмонія.

Діагностика здійснюється на підставі даних фізикального обстеження та допоміжних методів діагностики.

Лікувальна тактика включає заходи місцевого та загального впливу на запальний процес.

Профілактика гнійних ускладнень здійснюється на доопераційному етапі, інтраопераційно та в післяопераційному періоді.

2. **Післяопераційні грижі** в лапароскопічній хірургії виникають при застосуванні

троакарів діаметром 10 мм та більше.

Діагностика. Проявляються локальним больовим синдромом, іноді ознаками кишкової непрохідності. *Лікувальна тактика* передбачує ушивання грижі.

Профілактика полягає в евакуації газу з черевної порожнини до моменту виведення троакарів, виведення троакарів здійснюється за релаксації пацієнтки. Всі проколи після 10 мм троакарів повинні бути повноцінно зашиті.

3. Віддалені післяопераційні ускладнення: термотравма сечоводів, сечовогоміхура, кишки

Ускладнення, зумовлені вимушеним тривалим положенням пацієнтки

Тривале вимушене положення пацієнтки на операційному столі може привести до травми плечового нервового сплетіння, пошкодження зв'язок хребта, тромбозу глибоких вен гомілок. Порушення техніки безпеки при роботі з монополярною електрохірургією можуть привести до опіків м'яких тканин.

Діагностика. Травма плечового нервового сплетіння супроводжується болями парестезіями в ділянці відповідного плеча та руки. Пошкодження зв'язок хребта проявляється больовим синдромом, парестезіями в ногах. Опіки діагностуються через добу після операції за результатами огляду ураженої поверхні, яка має контури границь пасивного електрода. Тромбоз глибоких вен нижніх кінцівок діагностується на підставі симптомів тромбозу (біль, набряк, гіперемія та ін.), які виникають через декілька днів після операції.

Лікувальна тактика. При легких формах уражень плечового нервового сплетіння, зв'язок хребта призначають симптоматичне лікування та здійснюють динамічне спостереження. За відсутності ефекту чи появи парестезій та інших симптомів поразення периферичної нервової системи необхідна консультація невропатолога. Тромботичні ускладнення потребують негайної консультації судинного хірурга та відповідної терапії.

Анестезіологічні ускладнення

При здійсненні анестезії можуть розвинути ускладнення, які відносяться до групи анестезіологічних. Це **алергічні реакції** включно з анафілактичним шоком, та специфічні для кожного з видів застосовуваної анестезії ускладнення. Розвиток ускладнень може змусити припинити подальше проведення операції.

Діагностика та лікування анестезіологічних ускладнень здійснюється лікарем анестезіологом-реаніматологом.

Ведення хворих в післяопераційному періоді

Терапія та профілактика ускладнень у післяопераційному періоді.
Післяопераційна реабілітація

Післяопераційний період починається з моменту закінчення операції. При неускладненому післяопераційному перебігу раньового процесу є зміни, які відбуваються в організмі і зумовлені психологічним

стресом, наркозом, біллю в ділянці післяопераційної рани, наявністю некротичних та травмованих тканин в ділянці післяопераційної рани, вимушеним положенням пацієнта, його переохолодженням, порушенням природнього харчування.

Основні пункти післяопераційного ведення хворих.

1. Догляд у ранньому післяопераційному періоді.
2. Контроль виділень зі статевих шляхів, з дренажів.
3. Контроль гемодинаміки.
4. Контроль симптомів подразнення очеревини.

Проведення планових операцій в гінекологічній практиці з потенційно травматичними, об'ємними гінекологічними втручаннями та високим ризиком крововтрати потребують персоніфікованого підходу до вибору тактики інфузійно-трансфузійної терапії, анестезії, післяопераційного знеболення й тромбопрофілактики. Було зазначено, що оптимальний об'єм інфузії збалансованих розчинів кристалоїдів становить 15-20 мг/кг і застосовується з метою досягнення центрального венозного тиску 8-15 см вод. ст. Експерти рекомендують застосовувати розчини кристалоїдів при проведенні нетривалих гінекологічних оперативних втручань. Разом із тим при проведенні об'ємних, травматичних операцій рекомендованим є застосування цілеспрямованого інфузійного режиму, який включає колоїди та розчини електролітів.

На першому етапі хвора перебуває у відділенні інтенсивної терапії. В основі інтенсивного спостереження лежить раннє виявлення симптомів, що свідчать про несприятливий перебіг післяопераційного періоду або про неадекватних відповідних реакціях хворий на лікувальні дії, що дозволяє попередити виникнення критичних станів.

Інтенсивне спостереження у відділенні анестезіології та реанімації (ОАР) або у відділенні реанімації та інтенсивної терапії (ВРІТ) відрізняється від традиційного по безперервності і цілеспрямованості і може бути візуальним, лабораторним, моніторним і комбінованим.

На кожну хвору в ОРІТ заводять карту погодинного спостереження з листом призначень. У них протягом часу спостереження хворий у відділенні через 1-

3 ч ведуть реєстрацію показників дихання, кровообігу, температури тіла, діурезу, кількості виділень з катетерів і дренажу, враховують обсяг введеної і виведеної рідини. При цьому особливу увагу звертають на поведінку хворий, колір і температуру шкірних покривів, частоту і глибину дихання, участь в ньому допоміжної мускулатури, наявність кашлю, характер мокротиння.

Велику допомогу при оцінці стану хворої надають спостереження за функціональним станом органів (форма і ступінь здуття живота, участь його в

акті дихання, стан пов'язок в області післяопераційної рани, наявність ознак внутрішнього або зовнішнього кровотечі, напруга м'язів передньої черевної стінки). Заслужують на увагу нудота, відрижка, блювота.

Можливість визначити час відновлення моторної функції кишечника (поява перистальтики, відходження газів і калових мас).

Використання моніторних приладів в значній мірі полегшує процес спостереження за хворими і підвищує його інформативність. Мониторна техніка дозволяє вести постійне спостереження за функцією дихання (частота дихання, дихальний об'єм, хвилинний об'єм дихання, сатурація, вміст CO₂), кровообігу (число серцевих скорочень, артеріальний і центральний венозний тиск, ЕКГ, тиск в порожнинах серця), центральної нервової системи (ЕЕГ), терморегуляції (температура тіла). Застосування комп'ютерної техніки дає можливість не тільки своєчасно розпізнати гостро виникають порушення життєво важливих функцій організму, але і усунути їх.

Експрес-лабораторія дозволяє вивчити багато показників і включає визначення вмісту гемоглобіну і гематокриту, об'єму циркулюючої крові (ОЦК), коагулограми, киснево-основного стану (КОС), змісту газів крові, електролітів плазми та еритроцитів, ступеня гемолізу, рівня загального білка крові, функціонального стану нирок і печінки та ін. Ряд із зазначених показників необхідно вивчати в динаміці у міру проведення інтенсивної терапії, в тому числі в нічний час.

На другому етапі пацієнтка перебуває на загальному відділенні. Тут проводиться контроль за станом післяопераційних швів, продовження розпочатої терапії, а також профілактика і діагностика гнійно-запальних ускладнень.

На третьому етапі пацієнтка спостерігається в жіночій консультації за місцем проживання. Великий акцент тут ставиться на проведення реабілітаційної терапії.

Дуже актуальними у сучасному відновлювальному лікуванні є питання застосування методів і засобів фізичної реабілітації, як у ранньому, так і в пізньому післяопераційному періодах, а також на санаторно-курортному етапі реабілітації. Особливу увагу необхідно приділити методам реабілітації різних форм позаматкової вагітності, оскільки оперативні втручання внаслідок позаматкової вагітності є найчастішими серед порожнистих операцій у жінок репродуктивного віку. Головне завдання проведення післяопераційних відновлювально-реабілітаційних заходів – це попередження таких ускладнень, як повторна позаматкова вагітність, вторинне безпліддя, утворення злукових утворень навколо маткових труб і порушення їхньої функціональної активності

У комплексі реабілітаційних заходів для пацієнток, які перенесли оперативне лікування при трубній позаматковій вагітності, доцільна реабілітація їхнього репродуктивного здоров'я у вигляді корекції менструального циклу й ендокринної функції, за допомогою використання рефлексотерапії БАТ на стопі та підощвах, профілактичне застосування різних видів масажу (вібромасаж, гінекологічний масаж), а також використання ЛФК, у вигляді спеціальних фізичних вправ. (за методикою Васильєвої В. Є., Кегеля, Юнусова Ф. А). Уключення в практику

відновного лікування в гінекологічних пацієнток комплексу лікувально-реабілітаційних заходів значно зменшить частоту й ризик рецидивів трубно позамааткової вагітності, злукових ускладнень та вторинного трубно-перитонеального безпліддя.

Матеріали для самоконтролю: Питання для самоконтролю:

1. Мати уяву про передопераційний період
2. Класифікація оперативних втручань в залежності від терміновості їх виконання.
3. Особливості підготовки хворих до планових та екстрених оперативних втручань.
4. Основи психологічної підготовки хворого до оперативного втручання
5. Принципи швидкого післяопераційного відновлення
6. Знати методикку катетеризації сечового міхура.
7. Знати визначення післяопераційного періоду і фази його перебігу.
7. Вміти проводити комплексну профілактику післяопераційних ускладнень у гінекологічних хворих.
8. Завдання медичної реабілітації у гінекології.

Список літератури

1. Методичні вказівки для викладачів щодо організації навчального процесу з гінекології на медичному факультеті - Венцківський Б.М. 2010
2. Клінічний протокол: Гінекологічна ендоскопія.Лапароскопія. До наказу МОЗ №676 від 31-12-2004.
3. Клінічний протокол: СТАНДАРТ медичної допомоги «Рациональне застосування антибактеріальних і антифунгальних препаратів з лікувальною та профілактичною метою» за Наказом Міністерства охорони здоров'я України 17 травня 2022 року № 822.
- 4.
5. Акушерство та гінекологія: Нац. підручник: у 4 т. – Т. 4. Оперативна гінекологія. Для мед. ВНЗ IV р. (Вид.:1) У 4-х тт / За ред. В. М. Запорожана
6. Гінекологія: підручник (ВНЗ IV р. а.) / за ред. Член-кор професора Б.М.Венцківського, проф. Г.К. Степанковської, проф. В.П. Лакатоша. 2012 р.
7. Benhamou D., Kfoury T. Enhanced recovery after caesarean delivery: Potent analgesia and adequate practice patterns are at the heart of successful management // *Anaesth. Crit. Care Pain. Med.* — 2016. — 35(6). — P. 373-5.

8. Aluri S., Wrench I.J. Enhanced recovery from obstetric surgery: a U.K. survey of practice // Int. J. Obstet. Anesth. — 2014. — 23(2). — P. 157-60.
7. Caprini J. A. Thrombotic risk assessment: a hybrid approach [Електронний ресурс] / J. A. Caprini. — 2013. — Режим доступу :<http://www.venousdisease.com/Publications/JACapriniHybridApproach> 3-10-
8. Reducing the Risk of Venous Thromboembolism during Pregnancy and the Puerperium Green-top Guideline No. 37a April 2015 © Royal College of Obstetricians and Gynaecologists Режим доступу <https://www.rcog.org.uk/media/qejfhcaj/gtg-37a.pdf>.

Тестові завдання

При наявності запальних захворювань вен у хворих, які готуються до планових оперативних втручань, показано застосування терапевтичних доз антикоагулянтів прямої дії. За який час до операції рекомендовано припинити терапію?

~За 1-2 доби

~За 2-3 години

~За 5-7 днів

~За 5-7 годин

~Терапію не припиняють

2. При проведенні операції в екстреному порядку, для профілактики синдрому Мендельсона необхідно:

~Промити шлунок за допомогою зонду

~Поставити очисну клізму

~Провести катетеризацію сечового міхура

~Під час операції провести переливання одногрупної крові.

3. Що не є вірним стосовно необхідності проведення катетеризації сечового міхура при планових та ургентних оперативних втручаннях ?

~Попередження випадкового травмування наповненого сечового міхура хірургічним інструментарієм

~Для зручності маніпуляцій хірурга

~Для полегшення сечовипускання у післяопераційному періоді

~Попередження вторинного інфікування

~Катетеризація сечового міхура виконується у виняткових випадках

Ситуаційні задачі

1. Хвора 57 років госпіталізована в гінекологічне відділення для хірургічного лікування з приводу підслизової міоми матки, анемії 1 ст. При піхвовому дослідженні: шийка матки ерозована, тіло матки збільшено до 8-9 тижнів вагітності, щільне, не болюче, придатки з обох сторін не змінені, виділення слизові. Який оптимальний об'єм операції? Яка тактика передопераційної підготовки ?

2. Хвора М. 44 роки, на другу добу після планового оперативного втручання на органах малого тазу, поскаржилася на біль в грудній клітці, кашель, задишку. Об'єктивно: блідість шкірних покривів, тахікардія, аускультативно акцент ІІ тону на легеневій артерії, АТ 90/60 мм.рт.ст., І 38.ГС. Лабораторно: лейкоцитоз $11 \cdot 10^9$ /л, підвищена ШОЕ 22мм/год. Яке імовірне ускладнення розвинулось у даної хворої та яка подальша лікувальна тактика? У чому полягає профілактика даного ускладнення?

3. Хвора 45 років, направлена до гінекологічного відділення для проведення гістерорезектоскопії з приводу поліпа ендометрію. Соматичний анамнез ускладнений варикозним розширенням вен нижніх кінцівок, гіпертонічною хворобою ІА стадії. Яка тактика передопераційної підготовки?

4. Хвора 33 років, була екстрено прооперована з приводу трубної вагітності. Через 1,5 години після операції з'явилися наступні симптоми: шкірні покриви та видимі слизові бліді, АТ 70/40 мм.рт.ст., PS 134 уд. за хвилину, слабого наповнення та напруження, живіт піддутий, перистальтика кишечника не прослуховується. Яке ускладнення розвинулось? Яка тактика ведення?

5. У хворої 55 років, було діагностовано підслизову міому матки, тіло матки збільшене до 8 тижнів вагітності, шийка матки гіпертрофована, придатки без патології. Супутні захворювання – анемія 2 ст, ожиріння 3 ст, гіпертонічна хвороба 2 ст. Які фактори впливають на вибір методу оперативного втручання? Тактика передопераційної підготовки?

6. Які обов'язкові обстеження гінекологічних хворих при необхідності екстреного оперативного втручання?

7. Хвора 54 років, підготовлена до планової операції з приводу множинної лейоміоми матки великих розмірів, алергологічний статус не обтяжений. Планований обсяг оперативного втручання- екстирпація матки, питання про додатки вирішити під час операції. Який режим профілактичних мір по розвитку гнійно-септичних ускладнень в післяопераційному періоді? На яку добу після операції проявляються гнійно-септичні ускладнення?

8. Хвора 67 років госпіталізована для хірургічного лікування з приводу підслизової міоми матки, анемії 2 ст. Під час піхвового дослідження: шийка матки гіпертрофована, тіло матки збільшене до 8-9 тижнів вагітності, щільне, безболісне,

додатки з обох сторін не змінені, виділення слизові. Які фактори впливає на вибір обсягу оперативного втручання в даному випадку? Яке необхідна передопераційна підготовка?

9. Хвора А. 33 роки, була екстренно прооперована з приводу маткової кровотечі. Через 1,5 години після операції з'явилися наступні симптоми: шкірні покриви і видимі слизові бліді, АТ 70/40 мм.рт.ст., Рз 134 уд. на хвилину недостатнього наповнення і напруження, значні кров'яні виділення з піхви. Наступні дії? Яке ускладнення розвинулось?

10. Хвора, 55 років, протягом 1 року страждає на нерегулярні меноррагії, оглянута лікарем жіночої консультації, діагноз : Поліп ендометрію. Рекомендовано гістерорезектоскопія. Яка тактика передопераційних та післяопераційних заходів?

11. У хворой 65 років, виявили пухлину яєчника. Жінка страждає на цукровий діабет, тромбофлебіт поверхневих вен нижніх кінцівок, ожиріння 2ст. Який обсяг лікувально- діагностичних методів необхідно провести до виконання оперативного втручання ? Які міри для запобігання післяопераційним ускладненням?

12. Хворій 48 років, було направлено на планову гістероскопію з діагнозом : Поліп церві кального канал. Соматичний статус ускладнений варикозним розширенням вен нижніх кінцівок. Проведення гістероскопії ускладнилось перфорацією матки. Оперативне втручання розширено, лапароскопічно було проведено ушивання матки. Загальна крововтрата становила 500 мл. Наприкінці другої доби , пацієнтка поскаржилась на задишку, яка посилюється у вертикальному положенні, кровохаркання, пульс 120 уд за 1 хв, а також біль в грудях. Яке післяопераційного ускладнення розвинулось у пацієнтки та чому? Які міри в передопераційному та післяопераційному періоді треба проводити для запобігання післяопераційного ускладнення ?

Тема «Доброякісні пухлини жіночих статевих органів: матки, яєчників»

I. Актуальність теми

В теперішній час відзначається значний ріст доброякісних пухлин жіночих статевих органів (матки та яєчників), який пов'язаний із впливом на організм жінок несприятливих чинників навколишнього середовища, нервово-психічною перенапругою, підвищенням частоти ендокринопатій, порушень менструального циклу, абортів, що відбивається на гормональній функції статевих залоз (гіпер- або гіпофункція яєчників). Відзначається збільшення частоти міоми матки та кіст яєчників у жінок молодого віку – до 35 років. Міома матки діагностується у кожної 4-5-ї жінки, що звертається до гінеколога. Поширеність захворювання збільшується з віком, досягаючи максимуму у 40-річних жінок. Патологістологічний аналіз показав наявність міоми матки в 77% видалених під час гістеректомій маток. У структурі гінекологічних захворювань частота пухлин яєчників складає приблизно 6 – 12% і займає друге місце серед новоутворень жіночих статевих органів.

Доброякісні пухлини жіночих статевих органів можуть порушувати всі специфічні функції жіночого організму, а ускладнення, що розвиваються можуть загрожувати життю жінки.

II. Навчальні цілі

Ознайомитись ($\alpha=1$):

- із частотою доброякісних пухлин жіночих статевих органів.

Засвоїти ($\alpha=2$):

- Причини та патогенез розвитку доброякісних пухлин матки та яєчників.
- Класифікацію доброякісних пухлин матки та яєчників.
- Клініку доброякісних пухлин матки та яєчників.
- Діагностику доброякісних пухлин жіночих статевих органів.
- Диференціальну діагностику доброякісних пухлин матки та яєчників.
- Лікарську тактику при доброякісних пухлинах жіночих статевих органів.
- Методи лікування доброякісних пухлин матки та яєчників (консервативні, оперативні).
- Методи профілактики виникнення доброякісних пухлин жіночих статевих органів.

Оволодіти та удосконалити навички ($\alpha=3$):

- Збирати гінекологічний анамнез.
- Виконувати гінекологічне дослідження.
- Оцінювати результати додаткових методів дослідження (лабораторних, ультразвукових, ендоскопічних, інструментальних, гістологічних).

Вміти ($\alpha=4$):

- Зібрати анамнез і виділити ознаки, притаманні доброякісним пухлинам жіночих статевих органів.
- Скласти план обстеження для діагностики доброякісних пухлин жіночих статевих органів.
- Оцінити результати основного та додаткового обстеження при доброякісних пухлинах жіночих статевих органів.

- Провести діагностику доброякісних пухлин жіночих статевих органів.
- Провести диференціальну діагностику при доброякісних пухлинах жіночих статевих органів.
- Визначити тактику ведення хворої з різними формами доброякісних пухлин жіночих статевих органів.
- Призначати лікування при наявності показань до консервативної терапії міоми матки.
- Визначати показання до хірургічного лікування при доброякісних пухлинах жіночих статевих органів.
- Скласти план щодо реабілітації хворих з доброякісними пухлинами жіночих статевих органів.

III. Виховні цілі

- Виховна - навчити студентів відповідальності і послідовності в роботі, чуйності та толерантного відношення до вагітної, роділлі, породіллі;
- Наукова - навчити студентів логічного клінічного мислення на підставі нових для нього методів діагностики і лікування;
- Творча - надати можливість студенту самостійно вирішити нетипову задачу з самостійним вибором шляху вирішення;
- Відповідальна - розвинути у студентів почуття відповідальності за правильність професійних дій.

IV. Міждисциплінарна інтеграція:

Таблиця №

№ з/п	Дисципліни	Знати	Вміти
Забезпечуючі дисципліни			
1.	Анатомія людини	Анатомію зовнішніх та внутрішніх статевих органів	Дати характеристику будови жіночих статевих органів
2	Гістологія	Гістологічну будову матки та яєчників	Оцінити результати гістологічного дослідження
3	Патологічна анатомія	Гістологічну будову пухлин	Оцінити результати гістологічного дослідження
4	Топографічна анатомія	Взаєморозташування жіночих статевих органів з органами сечовидільної та травної системи.	Диференціювати утворення органів малого тазу
5	Хірургія	Клініку та діагностику «гострого» живота, геморагічного шоку	Надати невідкладну допомогу при кровотечі, визначити тактику лікування при гострому животі

Забезпечувані дисципліни			
1	Сімейна медицина	Клініку, діагностику, методи лікування доброякісних пухлин матки, яєчників	Діагностувати і скласти план обстеження та лікування при доброякісних пухлинах, ендометріозі
Внутрішньопредметна інтеграція			
1.	Методи дослідження в гінекології	Основні та додаткові методи обстеження в гінекології	Провести гінекологічне обстеження. Оцінити результати клініко-лабораторних досліджень та додаткових методів обстеження

V. Зміст навчального матеріалу

Доброякісні пухлини матки.

1. Міома матки — це доброякісна дисгормональна пухлина, що розвивається з міометрія тіла або шийки матки. Терміни «лейоміома», «фіброміома», «міома» є синонімами і позначають розповсюджену пухлину матки, що виявляється у 70-80 % жінок, які досягли 50-річного віку. Поширеність захворювання збільшується з віком і досягає максимуму у віці 40-50 років. Лейоміома матки – це моноклональна пухлина, що виникає з гладкої м'язової тканини матки. Це доброякісне новоутворення, що складається з невпорядкованих «міофібробластів», заглиблених у великій кількості позаклітинного матриксу, що становить значну частину об'єму пухлини. Лейоміома матки може зростати, залишатися стабільною та/або регресувати, наприклад у постменопаузі.

2. Етіологія і патогенез

- гіперестрогенні стани через гормональні порушення в системі гіпоталамус-гіпофіз-яєчники: ановуляція, недостатність лютеїнової фази;
- порушення співвідношення факторів росту IGF-I/IGF-2;
- метаболічні порушення, функціональна недостатність печінки, порушення вуглеводного, ліпідного обмінів, патологія щитоподібної залози, наднирників та інші стани, що супроводжуються гіперестрогенією

3. Класифікація

3.1. За локалізацією вузлів

3.1.1. В тілі матки (95%):

- **субсерозні (підчеревинні) - під серозним шаром матки;**
- інтерстиціальні (інтрамуральні) - в товщі стінки матки;
- субмукозні (підслизові) - під слизовим шаром матки;
- атипові - заочеревинні, інтралігаментарні.

3.1.2. В шийці матки (5%)

- зашийкові, передньошийкові, парацервікальні.

Відповідно до Міжнародної класифікації хвороб X перегляду лейоміома

поділяється на:

- D25 Лейоміома матки;
- D25.0 Підслизова лейоміома матки;
- D25.1 Інтрамуральна лейоміома матки;
- D25.2 Субсерозна лейоміома матки;
- D25.9 Лейоміома матки неуточнена.

3.2. За кількістю вузлів:

- множинна міома – декілька вузлів різного розміру та локалізації;
- вузлова міома – один вузол однієї локалізації.

Всесвітня організація охорони здоров'я запропонувала класифікувати лейоміоми матки залежно від ступеня їх диференціювання: Лейоміома неуточнена (8890/0)

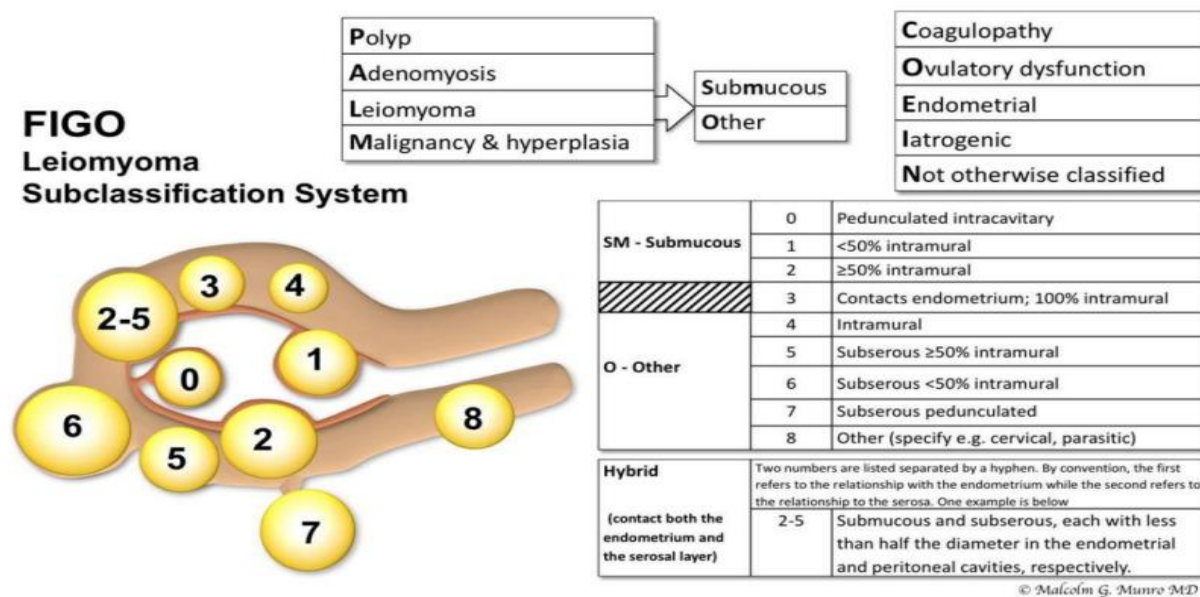
Гістологічні варіанти:

- мітотично активний варіант;
- клітинний варіант (8892/0);
- геморагічний клітинний варіант;
- епітеліоїдний варіант (8891/0);
- міксоїдний варіант (8896/0);
- атиповий варіант (8893/0);
- ліполейоміоматозний варіант (8890/0).

Варіанти росту:

- дифузний лейоміоматоз (8890/1);
- лейоміома, яка розширює;
- внутрішньовенозний лейоміоматоз (8890/1);
- лейоміома, яка метастазує (8898/1).

Класифікації FIGO (відома також як класифікація Мунро), PALM-COEIN



FIGO Leiomyoma Subclassification System, 2018 [30609040]. From: Fertility Sparing Management In Uterine Fibroids

Відповідно категорія лейоміома (L) поділяється на такі підтипи:

LSM – для пацієнок з принаймні однією міомою слизової (субмукозної):

Тип 0 Внутрішньопорожнинна лейоміома на ніжці;

Тип 1. <50 % інтрамуральні розташування;

Тип 2. >50 % інтрамуральні розташування;

ЛО – для пацієнок, у яких міоми не уражають порожнину ендометрія (інші).

Тип 3. Контактне з ендометрієм, 100 % інтрамуральна;

Тип 4. Інтрамуральна;

Тип 5. Субсерозна <50 % інтрамуральна;

Тип 6. Субсерозна >50 % інтрамуральна;

Тип 7. Субсерозна лейоміома на ніжці;

Тип 8. Інші (специфічні, в тому числі шийкова, «паразитарна»).

Н– залучено як ендометрій, так і серозний шар (гібридні лейоміоми)

Тип 2-5. субмукозна + субсерозна, кожна частина <50 % як в порожнині матки, так і в черевній порожнині

4. Клінічна картина

4.1. Неускладнена міома

- при невеликих вузлах клінічні симптоми можуть бути відсутніми – асимптомна міома;
- аномальні маткові кровотечі (метрорагії, менорагії), характерні для субмукозних та інтерстиціальних вузлів;
- біль внизу живота, рідше в попереку;
- ознаки стиснення, порушення функцій сусідніх органів (дизурія, закріп, радикулалгічний синдром, парестезії), характерні для субсерозних та інтерстиціальних вузлів великого розміру, особливо при початкових стадіях дегенерації, перекруту вузла;
- безпліддя;
- вторинна анемія.

4.2. Ускладнена міома

- картина «гострого живота» - при некрозі, інфаркті, нагноєнні вузла, перекруті ніжки субсерозного вузла;
- різкий переймоподібний біль в нижніх відділах живота, часто з кровотечею, характерний для субмукозних вузлів, що народжуються;
- маткові кровотечі значного об'єму, що призводять до гіповолемії і потребують невідкладної допомоги.

5. Діагностика

- Бімануальне дослідження - визначається збільшення матки щільної консистенції з вузлуватою поверхнею.
- Ультразвукове дослідження (трансабдомінальне, трансвагінальне та контрастна соногістерографія) є найуживанішим методом через доступність, простоту використання та економічність.
- МРТ (за необхідності) є найбільш точним методом оцінки додатків та матки, оскільки вона також надає інформацію про розміри, розташування, кількість та васкуляризацію лейоміом, а також наявність іншої патології матки, включаючи аденоміоз та/або аденоміому.
- Гістероскопія – виявляються субмукозні вузли, стан ендометрія.
- Гістологічне дослідження зіскрібка з цервікального каналу та порожнини матки (для диференціальної діагностики при аномальних маткових кровотечах).

6. Диференціальна діагностика

- З кістами та пухлинами яєчників – на підставі УЗД, в складних випадках проводиться лапароскопія.
- З пухлинами суміжних органів (сечового міхура та кишечника) – на підставі УЗД, гістероскопії, МРТ, лапароскопії.

7. Тактика ведення

Більшість міом матки є безсимптомними і не потребують лікування. Проте, від 20 до 50% міом симптоматичні, що потребують лікування. У більшості жінок відбувається зменшення міоматозних вузлів і регрес симптомів в постменопаузальному періоді; тому в залежності від тяжкості симптомів, жінки, які наближаються до менопаузи, можуть віддати перевагу очікуванню менопаузи до прийняття рішення про лікування.

7.1. Консервативне (медикаментозне) лікування:

- при бажанні хворої зберегти репродуктивну функцію;
- при малосимптомній міомі без ускладнень розміром менше 10-12 тижнів, інтерстиціальних та субсерозних (на широкій основі) вузлах;
- при наявності протипоказань до хірургічного лікування або інформованій відмові від нього;
- як підготовчий етап до операції.

7.2. Хірургічне лікування:

- при виражених симптомах міоми (значні кровотечі з анемізацією, порушення функції суміжних органів, больовий синдром);
- при розмірі міоми більше 12-13 тижнів;
- при швидкому рості (підозрі на малігнізацію);
- при ускладненні міоми;
- при субмукозних вузлах, включаючи вузли, що народжуються;
- при безплідді, пов'язаному з міомою для відновлення репродуктивної функції;
- при міомі у сполученні з передпухлинною патологією ендометрію чи яєчників.

7.3. Комбіноване лікування (консервативне + хірургічне) для збереження репродуктивної функції:

- при множинній міомі;
- при міомі з вузлом понад 5 см.

8. Методи лікування

8.1. Консервативне (медикаментозне) лікування

8.1.1. Негормональні засоби:

- симптоматична терапія (гемостатики, спазмолітики, нестероїдні протизапальні препарати);
- лікування патологічних станів, що сприяють росту міоми (патології щитоподібної залози, наднирників, ожиріння), антистресові препарати, антиоксиданти, венотоники, імунокоректори, полівітаміни;
- фітотерапія.

8.1.2. Гормональне лікування:

Оскільки за естрогенною регуляцією рецепторів естрогену та прогестерону під час фолікулярної фази слідує прогестерон-індукований мітогенез протягом лютеїнової фази, всі гормональні методи лікування для контролю маткових кровотеч мають на меті регуляцію дії цих статевих гормонів. Ефективні

медикаментозні методи лікування жінок з аномальними матковими кровотечами, пов'язаними з міомою матки, включають внутрішньоматкову систему з левоноргестрелом (I) аналоги гонадотропінрелізінг гормону, (I) селективні модулятори рецепторів прогестерону, (I) оральні контрацептиви, (II-2) прогестини, (II-2) і даназол. (II-2). Ефективні медичні методи лікування жінок із симптомами, пов'язаними з міомою, включають селективні модулятори рецепторів прогестерону та аналоги гонадотропін-релізінг гормону. (I)

- **оральні контрацептиви** - не зменшують розміру міоми, але можуть зменшувати менструальну крововтрату, впливати на згортальну функцію крові, можуть застосовуватися для гормонального гемостазу;
- **прогестагени** - при супутніх гіперпластичних процесах ендометрія з метою зменшення локальної гіперестрогенії та стромальної супресії ендометрія Прогестагени – натуральні або синтетичні гестагени, що потенційно можуть мати подвійну дію на ріст ММ. У той час, як природний гормон прогестерон збільшує синтез епідермального фактору росту, що стимулює ріст міоми, він також інгібує інсуліноподібний фактор росту-1, що може сприяти пригніченню росту. Прогестагени також знижують експресію рецепторів до естрогену та прогестерону в міометрії, що може діяти в якості ще одного механізму для розвитку і росту міоми. І натуральний прогестерон, і синтетичні прогестини викликають атрофію ендометрія, що зменшує менструальні крововтрати у жінок з міомами. (левоноргестрел-вивільнюючі внутрішньоматкові системи значно знижують менструальну крововтрату і об'єм матки у жінок з менорагіями, з міоматозними вузлами і без них, в той же час несуттєво знижуючи розміри міоми, дідрогестерон по 20-30 мг з 5-го по 25-й день менструального циклу (МЦ) або в непереривному режимі 3-6 місяців, або норетістерон 10 мг на добу, або лінестренол 25 мг на добу в тому ж режимі, або 17-ОПК 12,5% по 2 мл 1-2 рази на тиждень);
- **агоністи Гн-РГ** (гонадолиберінів) – зменшують розмір вузлів та матки, але можливий розвиток синдрому медикаментозної менопаузи, міома зменшиться на 50% від початкового об'єму протягом 3 місяців терапії, однак лікування агоністами ГнРГ обмежується інтервалом від 3 до 6 місяців, після чого відновлення міоми зазвичай відбувається протягом 12 тижнів. агоністи ГнРГ корисні перед операцією для зменшення розмірів міоми та зменшення тяжкості анемії, пов'язаної з матковою кровотечею. (гозерелін по 3,6 мг підшкірно 1 раз на 28 днів №3-6; або тріпторелін 3,75 мг в\м №3-6, існують також форми у вигляді назального спрею), при супутній гіперплазії ендометрія рекомендується одночасне призначення дідрогестерону по 20 мг з 5-го по 25-й день МЦ протягом першого циклу;
- агоністи Гн-РГ в комбінації з замісною гормонотерапією (“add-back” терапія) не викликають проявів медикаментозної менопаузи та є альтернативним лікуванням при протипоказаннях до хірургічного лікування або інформованій відмові від операції, однак є докази того, що add-back терапія з прогестином негативно впливає на ефективність агоністів ГнРГ щодо розмірів міоми;
- **селективний модулятор прогестеронових рецепторів** – зменшує розмір міоми, припиняє кровотечі: уліпристата ацетат (есмія) по 5 мг 1 раз на добу протягом 3-х місяців. У порівнянні з міометрієм, міома матки гіперекспресує рецептори

естрогенів та прогестерону, створюючи синергічний взаємозв'язок між ними, міоми ростуть в основному протягом секреторної фази менструального циклу, екзогенний прогестерон збільшує мітотичну активність міоми. Отже, прогестерон сприяє росту міоми, і ці спостереження стимулювали дослідження ефективності антагоністів прогестерону та/або селективних модуляторів рецепторів прогестерону - є лігандами рецепторів прогестерону та можуть здійснювати агоністичну, антагоністичну, часткову або змішану дію на прогестеронові рецептори в тканинах-мішенях.

- **андрогени** (Даназол) – похідне 17- α етинілтестостерону. Він конкурує в зв'язуванні рецепторів з природними андрогенами, прогестероном, глюкокортикоїдами і діє на різних рівнях гіпоталамо-гіпофізарно-яєчникової вісі регуляції стану матки. Крім своїх андрогенних ефектів, він також знижує рівень естрогену, пригнічуючи секрецію гонадотропіну на рівні гіпоталамуса, і пригнічує стероїдогенез яєчників, викликає зниження об'єму міоми на 20-25%

8.2. Хірургічне лікування

8.2.1. **Консервативне** (у жінок репродуктивного віку) Міомектомія є варіантом для жінок, які бажають зберегти матку або покращити фертильність, але несе ризик потреби подальшого втручання. (II-2)

- **міомектомія** (лапароскопічна, лапаротомічна, гістероскопічна при субмукозних вузлах з абляцією або резекцією ендометрію), асоціюється з кращими результатами вагітності, ніж інші методи, що зберігають фертильність Частота рецидивів міоми становить 15%, і 10% жінок, які перенесли міомектомію, зрештою потребують гістеректомії протягом 5-10 років. Ризик рецидиву пов'язаний з віком, кількістю міом перед операцією, розміром матки, супутнім захворюванням та пологами після міомектомії.
- **емболізація судин матки** (альтернатива міомектомії) ЕМА – це процедура, яку проводять інтервенційні радіологи і складається з ін'єкції оклюзійного агента в одну або обидві маткові артерії, вперше описаний у 1995 році;
- **системи доставки сфокусованої енергії** – МРТ-керований фокусований ультразвук, керована височастотним ультразвуком черезшкірна абляція сфокусованим ультразвуком, радіочастотний міоліз. Основним недоліком усіх систем і методів, що використовуються для знекровлення або абляції міоматозних вузлів, є те, що вони фокусуються на центрі міоми, а, як було показано, вузли ростуть переважно по периферії.

8.2.2. **Радикальне** (при відсутності необхідності збереження репродуктивної функції) Гістеректомія є найбільш ефективним методом лікування симптоматичної міоми матки. (III):

- **екстирпація (гістеректомія)** матки з придатками або без придатків (питання про видалення придатків вирішується індивідуально, в залежності від віку хворої та стану яєчників, при видаленні яєчників показана ЗГТ); Вибір і тип гістеректомії, незалежно від того, чи виконується вона абдомінальним, лапароскопічним або вагінальним шляхом, повинні ґрунтуватися на підготовці, досвіді та зручності для хірурга, а також на рекомендаціях з клінічної практики. Слід використовувати найменш інвазивний підхід.
- **надпівхова ампутація матки** (субтотальна гістеректомія) за відсутності патології епітелію шийки матки при відмові хворої видалити шийку, а також при

спайковому процесі в малому тазі, при необхідності скоротити час операції (важкий стан пацієнтки).

8.3. Комбіноване лікування

- I етап – 2 ін'єкції аГН-РГ із інтервалом 28 днів;
- II етап - консервативна міомектомія при відсутності динаміки зменшення вузла, або збереженні клінічної симптоматики;
- III етап – третя ін'єкція аГН-РГ.

9. Профілактика

- попередження формування умов гормонального гомеостазу, при якому виникає локальна гіперестрогенія;
- профілактика небажаної вагітності;
- систематична боротьба з хронічними стресовими випадками, які сприяють виникненню патологічних і психосоматичних факторів, що впливають на геніталії;
- раннє виявлення і своєчасна корекція лютеїнової недостатності;
- повноцінна терапія запальних захворювань придатків матки;
- широке застосування оральних контрацептивів та гестагенів як "підтримуючої" терапії при патологічних станах, які порушують локальний гормональний гомеостаз матки;
- проведення профілактичних оглядів жінок до 30 років 1 раз на рік, після 30 - двічі на рік з цитологічним дослідженням вмісту цервікального каналу, УЗД, своєчасним лікуванням виявлених захворювань.

Доброякісні пухлини яєчників.

1. Частота пухлин яєчників — 6-12% від кількості усіх гінекологічних захворювань, вони займають друге місце серед новоутворень жіночих статевих органів.

2. Етіологія і патогенез. Чітко не вивчені. Можливі причини: порушення нейроендокринної регуляції в гіпоталамо-гіпофізарно-яєчниковій системі. Пухлини яєчників можуть розвиватися із різних складових елементів і відрізняються поліморфізмом структури. Основна кількість (до 70-75%) пухлин яєчників є епітеліальними. Їх частіше іменують **кістомами** (ростуть за рахунок проліферації клітин, що їх утворюють).

Крім того, в яєчнику можуть розвиватися пухлиноподібні (непроліферативні, ретенційні, збільшуються у розмірі пасивно, за рахунок накопичення вмісту) утворення, які іменуються **кістами**. Ці утворення не є істинними пухлинами, але їх можна диференціювати між собою тільки при гістологічному дослідженні.

3. Класифікація пухлин яєчників за гістологічним типом була затверджена ВООЗ (1973) і є провідною дотепер. З огляду на її складність рекомендована спрощена класифікація для практичного застосування.

Г і с т о л о г і ч н а к л а с и ф і к а ц і я п у х л и н я є ч н и к і в
(всі пухлини можуть існувати як доброякісні, граничні і злоякісні)

- I. Епітеліальні пухлини (серозні, папілярні, псевдомуцинозні, ендометріоїдні, пухлина Бренера).
- II. Пухлини строми статевого тяжу (текома, гранульозоклітинна пухлина, андробластома, фіброма).
- III. Ліпідноклітинні пухлини.

- IV. Герміногенні пухлини (тератоми зрілі і незрілі, дисгермінома).
- V. Гонадобластома.
- VI. Пухлини м'яких тканин (неспецифічні для яєчників).
- VII. Некласифіковані пухлини.
- VIII. Метастатичні пухлини.
- XI. Пухлиноподібні процеси (фолікулярна кіста, ендометріюїдна кіста, кіста жовтого тіла, параоваріальна кіста).

4. Клініка.

- Специфічних симптомів пухлин яєчника не існує.
- При розвитку великих пухлин можуть спостерігатися ознаки здавлення суміжних органів (сечоводів, сечового міхура, прямої кишки).
- При пухлинах яєчників, які продукують гормони, можуть з'являтися ознаки впливу андрогенів (аменорея, вірілізація) або естрогенів (кровотечі).
- Клінічний перебіг пухлин яєчників може супроводжуватись ускладненнями: розривом капсули пухлини, перекрутом її ніжки, нагноєнням. Клінічна картина цих станів характеризується наявністю симптомів "гострого живота".

5. Діагностика

- Бімануальне дослідження - визначається збільшення яєчників (придатків матки) з одного або з обох боків від матки.
- Ультразвукове дослідження (трансвагінальне більш інформативне) – основний метод діагностики.
- МРТ (рідко).
- Лапароскопія - високоінформативний метод діагностики кіст і пухлин яєчників.
- Гістологічне дослідження матеріалу (частки яєчника або видаленого яєчника) після операції для оцінки ступеня ризику потенційної малігнізації.

6. Диференціальна діагностика

- З пухлинами матки – на підставі УЗД, в складних випадках проводиться лапароскопія.
- З пухлинами суміжних органів (сечового міхура та кишечника) – на підставі УЗД, гістероскопії, МРТ, лапароскопії.
- Диференціальна діагностика між кістами і пухлинами (кістомами) яєчників затруднена, проводиться на підставі УЗД (кісти мають невеликий розмір до 5 см, анехогенну структуру без включень, чіткі контури капсули), оцінки онкомаркерів (СА 125, HE -4), лапароскопії.

7. Тактика ведення

- Динамічне спостереження за утвореннями яєчників можливе тільки у молодих жінок (до 25 років) при відсутності їх росту не більше 6-12 місяців.
- Можливий розрахунок ризику розвитку злоякісної пухлини яєчника - ROMA (Risk of Ovarian Malignancy Algorithm). Для встановлення ступеня ROMA спочатку розраховують прогностичний індекс (ПІ) окремо для жінок в пременопаузі та в постменопаузі на підставі рівня СА-125 та HE-4 з використанням наступних формул.

Жінки в пременопаузі: $ПІ = -12,0 + 2,38 \cdot HE4 + 0,0626 \cdot CA125$

Жінки в постменопаузі: $ПІ = -8,09 + 1,04 \cdot HE4 + 0,732 \cdot CA125$.

Розрахунок ROMA (%) = $ПІ / [1 + ПІ] \cdot 100$

Розрахунок ступеня ризику розвитку раку яєчників:

Жінки в пременопаузі:

ROMA >12,9% - високий ризик

ROMA <12,9% - низький ризик

Жінки в постменопаузі:

ROMA >24,7% - високий ризик

ROMA <24,7% - низький ризик

- Внаслідок високого ризику малігнізації пухлин яєчника (в середньому 45—50%) встановлення вказаного діагнозу є, переважно, показанням до оперативного втручання.
- При розвитку ускладнень (розрив кісти або перекрут її ніжки) потрібна негайна операція.

Для оптимізації лікування і профілактики раку яєчників і мінімізувати непотрібні хірургічні втручання у пацієнтів з низьким ризиком злоякісності в 2018 р. Американським коледжем акушерів та гінекологів розроблено система звітності та даних яєчників та придатків (O-RADS). Це стратифікація і система менеджменту ультразвукових ризиків, розроблена для забезпечення достовірних інтерпретацій, зменшення або усунення неоднозначності в ультразвукових протоколах, що призводить до більш точного визначення ризику злоякісності яєчників та інших утворень придатків, а також надає рекомендації по тактиці ведення для кожної категорії ризику. Одночасно група IOTA (Міжнародний аналіз пухлин яєчників) розробила засновані на фактичних даних терміни та визначення, що використовуються в системі класифікації «Простих правил» і «Моделі оцінки різних новоутворень в придатках» (ADNEX) для диференціації доброякісних та злоякісних утворень придатків. Щоб класифікувати конкретне утворення, є дві взаємодоповнюючі стратегії. Можна застосовувати УЗ дескриптори, які визнані найбільш точним методом розпізнавання злоякісного новоутворення в руках досвідчених сонологів, як представлено в термінології O-RADS. В якості альтернативи можна використовувати прогноз ризику, отриманий з використанням моделі IOTA ADNEX, математична модель складається з трьох клінічних параметрів (вік пацієнта, онкологічний та неонкологічний центр, рівень СА-125) і 6 УЗ параметрів. Результати за формулою логістичної регресії можна отримати за допомогою безкоштовного онлайн-калькулятора (<https://www.iotagroup.org/adnexmodel/> або <https://www.evidencio.com/models/show/946>).

Шкала O-RADS	Категорія ризику [IOTA Model]	Дескриптори термінології	Тактика	
			Пременопауза	Постменопауза
0	Неповна оцінка [немає даних]	Немає даних	Провести повторне або альтернативне дослідження	
1	Нормальний яєчник [немає	Фолікул визначається як проста кіста <3 см	Відсутнє	Не застосовується

	даних]	Жовте тіло ≤ 3 см				
2	Практично завжди доброякісні [$<1\%$]	Проста кіста	≤ 3 см	Не застосовується	Відсутнє	
			>3 см до 5 см	Відсутнє	Контроль через рік*	
			>3 см але <10 см	Контроль через 8-12 тижнів		
		Класичне доброякісне утворення	Див. рис. 3 для окремих дескрипторів	Див. рис. 3 для вибору тактики		
		Непроста однокамерна кіста з гладкою внутрішньою стінкою	≥ 3 см	Відсутнє	Контроль через рік* УЗД або МРТ	
>3 см але <10 см	УЗ контроль через 8-12 тижнів		УЗД або МРТ			
3	Низький ризик злоякісності [1 $<10\%$]	Однокамерна кіста, > 10 см (проста або складна)		УЗД або МРТ Тактика визначається гінекологом		
		Типова геморагічна кіста, дермоїдна кіста, ендометріоми, >10 см				
		Однокамерна кіста будь-якого розміру з нерівною внутрішньою стінкою висотою <3 мм				
		Багатокамерна кіста з гладкою внутрішньою стінкою, <10 см, КД 1-3				
		Солідна або тверда з гладким контуром, будь-якого розміру, КД 1				
4	Середній ризик [10 - $<50\%$]	Багатокамерна кіста, немає солідного	≥ 10 см, гладка внутрішня поверхня, КД = 1-3	Ультразвукове дослідження або МРТ		

		компонента	Будь-який розмір, гладка внутрішня поверхня, КД = 4	Тактика визначається гінекологом з консультацією онкогінеколога або виключно онкогінекологом
			Будь-який розмір, з нерівною внутрішньою стінкою і / або несиметричними перегородками, будь-який КД	
		Однокамерна кіста з солідним компонентом	Будь-якого розміру, 0-3 папілярних включень, будь-який КД	
		Багатокамерна кіста з солідним компонентом	Будь-який розмір, КД = 1-2	
		Солідна	Гладка, будь-якого розміру, КД = 2-3	
5	Високий ризик [>50%]	Однокамерна кіста з ≥ 4 папілярними включеннями, будь-якого розміру, КД = будь-який		Направлення до онкогінеколога
		Багатокамерна кіста з солідним компонентом, будь-якого розміру, шкала КД 3-4		
		Солідна з гладким контуром, будь-якого розміру, КД = 4		
		Солідна з неправильним контуром, будь-якого розміру, будь-який КД		
		Асцит та\або перитонеальні вузли **		

IOTA - ADNEX model

1. Age of the patient at examination (years)
2. Oncology center (referral center for gyn-oncol)?
3. Maximal diameter of the lesion (mm)
4. Maximal diameter of the largest solid part (mm)
5. More than 10 locules?
6. Number of papillations (papillary projections)
7. Acoustic shadows present?
8. Ascites (fluid outside pelvis) present?
9. Serum CA-125 (U/ml)

Методи хірургічного лікування

- Метод і обсяг операції залежить від віку хворої і характеру пухлини. За наявності невеликої пухлини у молодих жінок може бути виконана ендоскопічна операція

чи лапаротомія. У випадку кісти яєчника можливо її видалення в обсязі здорових тканин (резекція).

- За наявності серозних пухлин, папілярних розростань на поверхні капсули, гормонопродуктивних пухлин, у молодих жінок видаляється один яєчник, у жінок понад 45 років — обидва.
- При виконанні операції на яєчниках слід мати поняття про «анатомічну» і «хірургічну» ніжки пухлини яєчника:
 - анатомічна» ніжка: власна зв'язка яєчника, лійко-тазова зв'язка, мезоваріум;
 - хірургічна» ніжка: до вказаних анатомічних утворень додається маткова труба.

9. Профілактика.

- Регулярні огляди (двічі на рік) у гінеколога із застосуванням ультразвукового дослідження малого таза.
- Динамічне спостереження за хворими підвищеної групи ризику (хронічні запальні захворювання статевих органів, порушення менструальної функції, наявність ендокринопатій в анамнезі)
- лікування безпліддя і синдрому полікістозних яєчників;
- застосування комбінованих протизаплідних засобів, які містять естрогени і прогестерони протягом 5 років, знижує ризик виникнення раку яєчників;
- пологи і грудне вигодовування;
- при наявності раку яєчників у родичів I лінії і визначенні мутації в одному з двох генів BRCA1 чи BRCA2, можливе профілактичне видалення

VI. План та організаційна структура заняття.

Таблиця №

№ з/п	Основні етапи заняття, їх функції та зміст	Цілі	Методи контролю і навчання	Матеріали методичного забезпечення	Час
1	2	3	4	5	6
Підготовчий етап					
I	Організаційні заходи				2%
II	Постановка навчальних цілей та мотивація			Див.п.2 Навчальні цілі” Див.п.1 Актуальність теми	3%
III	Контроль вихідного рівня знань, навиків, вмінь: -Причини та патогенез розвитку доброякісних пухлин матки та яєчників. -Класифікація доброякісних пухлин матки та яєчників. -Клініка доброякісних пухлин матки та яєчників -Діагностика доброякісних пухлин жіночих статевих органів -Диференціальна діагностика доброякісних пухлин матки та яєчників -Лікарська тактика при доброякісних пухлинах жіночих статевих органів	(α=2)	- індивідуальне теоретичне опитування - тестовий контроль - рішення типових задач	- питання для теоретичного опитування - тести - типові задачі -структурно-логічні схеми, таблиці - муляжі	15%

	-Методи лікування доброякісних пухлин матки та яєчників (консервативні, оперативні) -Методи профілактики виникнення доброякісних пухлин жіночих статевих органів				
Основний етап					
IV	<i>Формування професійних навичок:</i> - Збирати гінекологічний анамнез - Виконувати гінекологічне дослідження.	($\alpha=3$)	Метод формування навичок: практичний тренінг	Алгоритми методів обстеження гінекологічних хворих, муляжі для тренінгу, гінекологічний інструментарій,	65%
	<i>Формування професійних вмінь:</i> -Зібрати анамнез і виділити ознаки, притаманні доброякісним пухлинам жіночих статевих органів -Скласти план обстеження ля діагностики доброякісних пухлин жіночих статевих органів -Оцінити результати основного та додаткового обстеження при доброякісних пухлинах жіночих статевих органів -Провести діагностику доброякісних пухлин жіночих статевих органів -Провести диференціальну діагностику при доброякісних пухлинах жіночих статевих органів -Визначити тактику ведення хворої з різними формами доброякісних пухлин жіночих статевих органів -Призначити лікування при наявності показань до консервативної терапії міоми матки -Визначати показання до хірургічного лікування при доброякісних пухлинах жіночих статевих органів -Скласти план щодо реабілітації хворих з доброякісними пухлинами жіночих статевих органів	($\alpha=4$)	Метод формування вмінь: тренінг у вирішенні типових і нетипових ситуаційних задач - реальних клінічних, імітованих, тестових	Тематичні хворі, історії хвороби; УЗД –знімки або УЗД в реальному часі, результати інших додаткових методів обстеження, ситуаційні задачі IV рівня, інтерактивні завдання.	
Підсумковий етап					
V	Контроль та корекція рівня практичних навичок.	($\alpha=3$)	Індивідуальний контроль практичних навичок	Тематичні хворі, муляжі Гінекологічний інструментарій	20%
	Контроль та корекція рівня професійних вмінь	($\alpha=4$)	Аналіз результатів клінічної роботи студентів, рішення задач і тестів IV рівня	Результати клінічної роботи, нетипові задачі і тести IV рівня	
	Підведення підсумків заняття:		Підсумкове		

VI	Теоретичного, практичного, організаційного Домашнє завдання		оцінювання студентів за критеріями знань, навиків, вмінь	Орієнтовна карта для самостійної роботи з літературою. Рекомендована література (основна, додаткова, електронні джерела)
----	--------------------------------------------------------------------	--	----------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

VII. Матеріали методичного забезпечення заняття

7.1. Матеріали контролю для підготовчого етапу заняття

Питання ($\alpha=2$):

1. Причини та патогенез розвитку доброякісних пухлин матки та яєчників.
1. Класифікація доброякісних пухлин матки та яєчників.
2. Клініка доброякісних пухлин матки та яєчників
3. Діагностика доброякісних пухлин жіночих статевих органів
4. Диференціальна діагностика доброякісних пухлин матки та яєчників
5. Лікарська тактика при доброякісних пухлинах жіночих статевих органів
6. Методи лікування доброякісних пухлин матки та яєчників (консервативні, оперативні)
7. Методи профілактики виникнення доброякісних пухлин жіночих статевих органів

Типові ситуаційні задачі ($\alpha=2$):

1. Жінка, 35 років, звернулась до лікаря жіночої консультації з приводу рясних, довготривалих менструацій. При вагінальному обстеженні встановлено, що матка збільшена до 9-10 тижнів вагітності, щільна, нерівної поверхні. Придатки матки не визначаються. Параметрії вільні, склепіння глибокі. Який імовірний діагноз? Які додаткові методи дослідження для встановлення кінцевого діагнозу?
2. Жінка, 38 років, звернулась до лікаря жіночої консультації із скаргами на відчуття тяжкості внизу живота. З анамнезу – вагітності не було, лікувалася з приводу безпліддя. Менструації регулярні. При вагінальному обстеженні встановлено: матка не збільшена, безболісна, справа від матки пальпується утворення розміром 12-15 см, рухоме, безболісне, тугоеластичної консистенції. Ліві придатки не визначаються; параметрії вільні, склепіння глибокі. Який імовірний діагноз? Які додаткові методи дослідження для встановлення кінцевого діагнозу?

Типові тестові завдання ($\alpha=2$):

1. Основним етіологічним фактором розвитку міоми матки вважається:

- A. Надлишок андрогенів.
 - B. Надлишок естрогенів.
 - C. Надлишок гестагенів.
 - D. Надлишок кортикостероїдів.
2. Якої локалізації міоматозні вузли найчастіше супроводжуються матковою кровотечею (метрорагією, менорагією)?
- A. Субмукозні.
 - B. Субсерозні.
 - C. Інтралігаментарні.
 - D. Шийкові.
3. Показанням до хірургічного лікування міоми матки є:
- A. Розмір матки більше 12-13 тижнів
 - B. Аномальні маткові кровотечі, що призводять до анемії.
 - C. Тазовий біль, порушення функції суміжних органів дизуричні симптоми, закрепи, тощо).
 - D. Всі відповіді вірні.
 - E. Всі відповіді невірні.
4. Кіста яєчника це:
- A. Істинна пухлина яєчника.
 - B. Пухлиноподібне утворення яєчника.
5. Найчастішою гістологічною формою пухлин яєчників є:
- A. Пухлини строми статевого тяжа.
 - B. Герміногенні пухлини.
 - C. Ліпідноклітинні пухлини.
 - D. Епітеліальні пухлини.
 - E. Гонадобластоми.

Типові тестові задачі ($\alpha=2$):

1. Жінка, 37 років, спостерігається в жіночій консультації з приводу множинної міоми матки 9-10 тижнів, один з вузлів величиною до 5 см, розташований субсерозно, на ніжці. На час огляду скарг немає. Які можливі ускладнення міоми матки?
- A. Перекрут ніжки субсерозного вузла.
 - B. Некробіоз вузла.
 - C. Нагноєння вузла.
 - D. Всі відповіді вірні.
 - E. Всі відповіді невірні.
2. Жінка, 24 роки, доставлена в гінекологічне відділення з ознаками «гострого живота». Після обстеження встановлений діагноз: перекрут ніжки кісти лівого

яєчника, показано оперативне лікування. Які утворення входять в «хірургічну» ніжку кісти яєчника, при її перекрутї?

- A. Власна зв'язка яєчника, воронкотазова зв'язка, кругла маткова зв'язка.
- B. Власна зв'язка яєчника, воронкотазова зв'язка, крижево-маткова зв'язка.
- C. Власна зв'язка яєчника, воронкотазова зв'язка, маткова труба.
- D. Воронкотазова зв'язка, маткова труба, широка зв'язка матки.

7.2. Матеріали методичного забезпечення основного етапу заняття

Завдання для формування навичок ($\alpha=3$):

- 5. Зібрати скарги і гінекологічний анамнез.
- 6. Провести основні методи гінекологічного обстеження: огляд зовнішніх статевих органів, огляд в дзеркалах, бімануальне дослідження

Завдання для формування вмінь ($\alpha=4$):

- 1. Зібрати анамнез і виділити ознаки, притаманні доброякісним пухлинам жіночих статевих органів.
- 2. Скласти план обстеження для діагностики доброякісних пухлин жіночих статевих органів.
- 3. Оцінити результати основного та додаткового обстеження при доброякісних пухлинах жіночих статевих органів.
- 4. Провести діагностику доброякісних пухлин жіночих статевих органів.
- 5. Провести диференціальну діагностику при доброякісних пухлинах жіночих статевих органів.
- 6. Визначити тактику ведення хворої з різними формами доброякісних пухлин жіночих статевих органів.
- 7. Призначати лікування при наявності показань до консервативної терапії міоми матки.
- 8. Визначати показання до хірургічного лікування при доброякісних пухлинах жіночих статевих органів.

Інтерактивне завдання ($\alpha=4$):

- 1. Групу студентів поділити на 3 підгрупи, завдання для формування вмінь надати кожній підгрупі.
- 2. Групу студентів поділити на 3-4 підгрупи, кожній групі надати різні знімки ультразвукових досліджень з різними формами міоми матки, пухлинами яєчників, на підставі яких пропонувати встановити діагноз.
- 3. Групу студентів поділити на 2 підгрупи:
 - Підгрупа 1- проводить аналіз ведення тематичної хворої на підставі наданої історії хвороби.
 - Підгрупа 2 - оцінює правильність проведеного аналізу.

Нетипові ситуаційні задачі ($\alpha=3$):

1. Жінка, 38 років, звернулась до лікаря жіночої консультації зі скаргами на відчуття тяжкості внизу живота, дизурію. Менструації регулярні, але стали більш рясними. При вагінальному обстеженні встановлено, що матка збільшена до 18-19 тижнів вагітності, щільна, нерівної поверхні, на передній стінці матки пальпується кулясте утворення розміром до 10 см, щільне, безболісне. Придатки матки не визначаються. Параметрії вільні, склепіння глибокі. Який імовірний діагноз? які додаткові методи дослідження для встановлення кінцевого діагнозу?
2. Жінка, 46 років, доставлена машиною швидкої допомоги в гінекологічне відділення зі скаргами на різкий біль внизу живота, більше зліва, слабкість, слизові виділення з статевих шляхів. В анамнезі: 2 пологів, 4 аборти, 2 місяці тому діагностовано пухлину ячника, рекомендовано оперативне лікування, від якого жінка відмовилась. УЗД: пухлина лівого яєчника 10x12 см, в порожнині малого тазу – вільна рідина. Який імовірний діагноз. Що робити?

Нетипові тестові задачі ($\alpha=3$) :

1. Пацієнтка, 32 роки, доставлена машиною швидкої допомоги в гінекологічне відділення зі скаргами на рясні кров'яні виділення з піхви, загальну слабкість, порушений загальний стан. Загальний аналіз крові: гемоглобін – 96 г/л; еритроцити – $2,76 \cdot 10^{12}/л$; ШОЕ – 15 мм/год, колірний показник – 0,7. Діагноз: лейоміома матки з геморагічним синдромом. Яка з форм лейоміоми може бути причиною цієї клінічної картини?
 - A. Субмукозна міома матки.
 - B. Субсерозна міома матки на ніжці.
 - C. Некроз інтрамурального вузла.
 - D. Інфаркт субсерозного вузла.
 - E. Перекрут ніжки субсерозного вузла.
2. Жінка, 30 років, звернулася до гінеколога на профогляд. Скарг не має. Пологів - 1, аборт - 1. Місячні регулярні. Об'єктивно: шийка матки циліндрична, тіло матки нормальних розмірів, щільне, рухоме, безболісне. В ділянках матки пальпуються пухлини (8x10см зліва, 10x12см справа) тугоеластичної консистенції, з гладкою поверхнею, рухомі, безболісні, параметрії вільні. Рідина в черевній порожнині не визначається. Який найбільш імовірний діагноз?
 - A. Двосторонні кістоми яєчників.
 - B. Ендометриоз яєчників.
 - C. Рак Крукенберга.
 - D. Черевна вагітність.
 - E. Фіброматозні вузли на ніжці.

7.2. Матеріали методичного забезпечення підсумкового етапу заняття

1. Оцінити результати виконання наданих інтерактивних завдань в підгрупах студентів.

Нетипові ситуаційні задачі ($\alpha=4$):

1. Хвора, 33 роки, скаржиться на болісні менструації, дискомфорт в нижніх відділах живота перед менструацією, диспареунію, безпліддя. Лікар запідозрив ендометріоз. На який день менструального циклу потрібно провести гістеросальпінгографію і визначення рівня СА-125 для підтвердження діагнозу?
2. Хвора, 50 років, госпіталізована в гінекологічне відділення для хірургічного лікування з приводу підслизової міоми матки, анемії легкого ступеня. При піхвовому дослідженні: шийка матки ерозована, тіло матки збільшене до 8-9 тижнів вагітності, щільне, не болюче, придатки з обох сторін не змінені, виділення слизові. Який оптимальний об'єм операції?
3. Жінка, 23 роки, спостерігається в жіночій консультації. Діагноз: ендометріодна кіста лівого яєчника (за даними УЗД розміром 5 см). Вагітностей не було. Менструальний цикл не порушений. Протягом 10 місяців отримувала гормональну терапію (КОК в режимі 24+4). В останні місяці встановлено, що кіста збільшилась до 8 см на фоні лікування. Яка подальша тактика ведення?

Нетипові тестові задачі ($\alpha=4$):

1. Хвора, 38 років, поступила в гінекологічне відділення зі скаргами на рясні кров'яні виділення, які з'явилися за 10 днів до передбачуваної менструації і продовжуються 2 тижні. Піхвове дослідження: зовнішні статеві органи розвинуті нормально. Шийка матки циліндричної форми, чиста, зовнішнє вічко закрите. Тіло матки збільшене до 10 тижнів, рухоме, щільної консистенції з нерівною поверхнею. Склепіння глибокі, параметрії вільні. Виділення з піхви кров'яні, рясні. Який діагноз найбільш імовірний?
 - А. Рак шийки матки.
 - В. Овуляційна кровотеча.
 - С. Субмукозна міома матки.
 - Д. Неповний викидень.
 - Е. Рак ендометрію.
2. Хвора, 20 років, доставлена в стаціонар доставлена машиною швидкої допомоги із скаргами на раптовий, інтенсивний біль внизу живота справа, який з'явився після фізичного навантаження. Остання менструація три тижні тому, цикл регулярний. АТ 100/70 мм рт.ст. Рs-90 уд/хв, Т-36,9, бліда. Живіт болючий в нижніх відділах. Симптом Щоткіна-Блюмберга слабо позитивний. При вагінальному дослідженні: шийка матки конічної форми, зовнішнє вічко закрите. Матка не збільшена, чутлива. Придатки зліва не пальпуються. Справа пальпується пухлиноподібне утворення, розміром 7x8см, тугоеластичної консистенції, різко болюче. Склепіння нависаючі, болючі. Який найбільш імовірний діагноз?

- А. Апоплексія яєчника.
- В. Перекрут ніжки міоматозного вузла матки.
- С. Порушена позаматкова вагітність.
- Д. Перекрут ніжки пухлини яєчника.
- Е. Гострий апендицит.

Використана література:

1. Електронний документ «Клінічна настанова, заснована на доказах «Лейоміома матки», КН 2023-147 від 25.01.2023.
2. Стандарти медичної допомоги «Лейоміома матки», ГС 2023-147 від 25.01.2023
3. Уніфікований клінічний протокол «Тактика ведення пацієнток із генітальним ендометріозом» Наказ Міністерства охорони здоров'я України 06.04.2016 № 319
4. Клінічний протокол «Гінекологічна ендоскопія. Лапароскопія» Наказ Міністерства охорони здоров'я України №676 від 31-12-2004
5. Marshall LM, Spiegelman D, Barbieri RL, Goldman MB, Manson JE, Colditz GA, et al. Variation in the incidence of uterine leiomyoma among premenopausal women by age and race. *Obstet Gynecol* 1997;90:967–73.
6. Cramer SF, Patel A. The frequency of uterine leiomyomas. *Am J Clin Pathol* 1990;94:435–8.
7. Munro, M. G., Critchley, H. O., Broder, M. S., Fraser, I. S., & FIGO Working Group on Menstrual Disorders. (2011). FIGO classification system (PALM-COEIN) for causes of abnormal uterine bleeding in nonpregnant women of reproductive age. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 113(1), 3-13.
8. Maruo T, Ohara N, Yoshida S, Nakabayashi K, Sasaki H, Xu Q, et al. Translational research with progesterone receptor modulator motivated by the use of levonorgestrel-releasing intrauterine system. *Contraception* 2010;82:435–41.
9. Englund K, Blanck A, Gustavsson I, Lundkvist U, Sjöblom P, Norgren A, et al. Sex steroid receptors in human myometrium and fibroids: changes during the menstrual cycle and gonadotropin-releasing hormone treatment. *J Clin Endocrinol Metab* 1998 11;83:4092–6.
10. Magalhães J, Aldrighi JM, de Lima GR. Uterine volume and menstrual patterns in users of the levonorgestrel-releasing intrauterine system with idiopathic menorrhagia or menorrhagia due to leiomyomas. *Contraception* 2007;75:193–8.
11. Verspyck E, Marpeau L, Lucas C. Leuprorelin depot 3.75 mg versus lynestrenol in the preoperative treatment of symptomatic uterine myomas: a multicentre randomised trial. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2000;89:7–13.
12. Sangkomkham US, Lumbiganon P, Laopaiboon M, Mol BW. Progestogens or progestogen-releasing intrauterine systems for uterine fibroids. *Cochrane Database Syst Rev* 2013;2:CD008994.
13. Carranza-Mamane B, Havelock J, Hemmings R; Society of Obstetrics and Gynaecology Canada Reproductive Endocrinology and Infertility Committee. The management of uterine fibroids in women with otherwise unexplained infertility. SOGC Clinical Practice Guidelines. *J Obstet Gynaecol Can* 2015

14. Sangkomkhamhang US, Lumbiganon P, Laopaiboon M, Mol BW. Progestogens or progestogen-releasing intrauterine systems for uterine fibroids. *Cochrane Database Syst Rev* 2013;2:CD008994
15. Friedman AJ, Daly M, Juneau-Norcross M, Rein MS, Fine C, Gleason R, et al. A prospective, randomized trial of gonadotropin-releasing hormone agonist plus estrogen-progestin or progestin “add-back” regimens for women with leiomyomata uteri. *J Clin Endocrinol Metab* 1993;76:1439–45.
16. Ke LQ, Yang K, Li J, Li CM. Danazol for uterine fibroids. *Cochrane Database Syst Rev* 2009;3:CD007692.
17. Kawaguschi K, Fujii S, Konishi I, Nanbu Y, Nonogaki H, Mori T. Mitotic activity in uterine leiomyomas during the menstrual cycle. *Am J Obstet Gynecol* 1989;160:637–41. 82. Kawaguschi K, Fujii S, Konishi I, Iwai T, Nanbu Y, Nonogaki H, et al. Immunohistochemical analysis of oestrogen receptors, progesterone receptors and Ki-67 in leiomyoma and myometrium during the menstrual cycle and pregnancy. *Virchows Arch A Pathol Anat Histopathol* 1991;419:309–15.
18. Donnez J, Tatarchuk TF, Bouchard P, Puscasiu L, Zakharenko NF, Ivanova T, et al. Ulipristal acetate versus placebo for fibroid treatment before surgery. *N Engl J Med* 2012;366:409–20
19. Lefebvre G, Allaire A, Jeffrey J, Vilos G. Hysterectomy; Society of Obstetricians Clinical Practice Committee. SOGC Clinical Practice Guidelines, No. 109, January 2002. *J Obstet Gynaecol Can* 2002;24:37–48
20. O-RADS US Risk Stratification and Management System: A Consensus Guideline from the ACR Ovarian-Adnexal Reporting and Data System Committee
21. Rochelle F, Andreotti, Dirk Timmerman, Lori M. Strachowski, Wouter Froyman, Beryl R. Benacerraf, Genevieve L. Bennett, Tom Bourne, Douglas L. Brown, Beverly G. Coleman, Mary C. Frates, Steven R. Goldstein, Ulrike M. Hamper, Mindy M. Horrow, Marta Hernanz-Schulman, Caroline Reinhold, Stephen L. Rose, Brad P. Whitcomb, Wendy L. Wolfman, and Phyllis Glanc *Radiology* 2020 294:1, 168-185

«Тема. Фактори ризику ,рання діагностика та профілактика злоякісних новоутворень жіночих статевих органів та молочних залоз»

I. Актуальність теми

Рання діагностика злоякісних пухлин жіночих зовнішніх статевих органів та молочних залоз є одною з актуальних проблем , в зв'язку з тим, що у 75% відсотках випадків захворювання виявляють у занедбаних стадіях, хоча ця локалізація рака відноситься до візуальних форм, тобто таких, які можливо побачити встановити діагноз на ранніх стадіях та провести лікування. Злоякісні пухлини які виявляються на ранніх стадіях виліковні у 100% випадків. Однак п'ятирічна виживаність хворих на рак вульви складає лише 47,3% (по даним Міжнародної федерації акушерів та гінекологів), що пов'язано з невчасним звертанням жінки до лікаря. Зазвичай самі жінки це пояснюють тим, що в менопаузальному віці ходять до лікаря на профілактичний огляд вже не потрібно (хай ходять молоді),та й соромляться. Але саме захворювання розпочинається в основному у жінок віком 45-50 років та еволюційно проходить стадії дистрофії вульви, дисплазії вульви, передінвазивного та інвазивного раку. Тому найбільш актуальним є профілактика та лікування фонових захворювань та дисплазії вульви. Треба звернути увагу на появу у молодих жінок дисплазій зовнішніх статевих органів, що обумовлено великим рівнем інфікованості цієї вікової категорії на вірусні інфекції, а саме вірус папіломи людини та віруси герпесу

II. Навчальні цілі

Ознайомитись ($\alpha=1$),

- із частотою фонових та передракових станів жіночих статевих органів та молочних залоз .

Засвоїти ($\alpha=2$) :

- Причини та патогенез розвитку фонових та передракових станів шийки матки та ендометрію.та молочних залоз

- Фактори ризику фонових та передракових станів шийки матки та ендометрію та молочних залоз

- Класифікацію фонових та передракових станів шийки матки та ендометрію та молочних залоз.

- Діагностику фонових та передракових станів шийки матки та ендометрію та молочних залоз.

- Клініку фонових та передракових станів шийки матки та ендометрію та молочних залоз

- Лікарську тактику фонових та передракових станів шийки матки та ендометрію та молочних залоз

- Методи лікування фонових та передракових станів шийки матки та ендометрію та молочних залоз

- Методи профілактики виникнення фонових та передракових станів шийки матки та ендометрію.та молочних залоз

Оволодіти та удосконалити навички ($\alpha=3$):

- Збирати гінекологічний анамнез

- Виконувати гінекологічне дослідження.

- Оцінювати результати додаткових методів дослідження (лабораторних, ультразвукових, ендоскопічних, інструментальних, гістологічних).

Вміти ($\alpha=4$):

- Зібрати анамнез і виділити ознаки, притаманні фонових та передраковим станам шийки матки та ендометрію та молочних залоз.

- Скласти план обстеження для діагностики фонових та передракових станів шийки матки та ендометрію та молочних залоз.

- Оцінити результати основного та додаткового обстеження при фонових та передракових станах шийки матки та ендометрію та молочних залоз.

- Провести діагностику фонових та передракових станів шийки матки та ендометрію та молочних залоз.

- Визначити фактори ризику виникнення фонових та передракових станів шийки матки та ендометрію та молочних залоз.

- Визначити тактику ведення хворої з фоновими та передраковими станами шийки матки та ендометрію та молочних залоз.

- Призначати лікування при фонових та передракових станах шийки матки.

- Призначати лікування при фонових та передракових станах ендометрію.

- Призначати лікування при фонових та передракових станах молочних залоз

-

- Скласти план щодо реабілітації хворих з фоновими та передраковими станами шийки матки

- Скласти план щодо реабілітації хворих з фоновими та передраковими станами ендометрію

- Скласти план щодо реабілітації хворих з фоновими та передраковими станами молочних залоз

- Скласти план щодо реабілітації хворих з трофобластичними захворюваннями

III. Виховні цілі

- Виховна (навчити студентів відповідальності і послідовності в роботі, чуйності та толерантного відношення до вагітної, роділлі, породіллі, гінекологічної хворої);

- Наукова (навчити студентів логічного клінічного мислення на підставі нових для нього методів діагностики і лікування);

- Творча (надати можливість студенту самостійно вирішити нетипову задачу з самостійним вибором шляху вирішення);

- Відповідальна (розвинути у студентів почуття відповідальності за правильність професійних дій).

IV. Міждисциплінарна інтеграція:

№ п/п	Дисципліни	Знати	Вміти
Забезпечуючі дисципліни			
1.	Анатомія людини	Анатомію зовнішніх та внутрішніх статевих органів	Дати характеристику будови жіночих статевих

			органів
2	Гістологія	Гістологічну будову матки, молочних залоз	Оцінити результати гістологічного дослідження
3	Патологічна анатомія	Гістологічну будову фонових та передракових станів шийки матки та ендометрію та молочних залоз	Оцінити результати гістологічного дослідження
	Топографічна анатомія	Взаєморозташування жіночих статевих органів з органами сечовидільної та травної системи.	Диференціювати утворення органів малого тазу
	Хірургія	Клініку та діагностику «гострого» живота, геморагічного шоку	Надати невідкладну допомогу при кровотечі, визначити тактику лікування при гострому животі
Забезпечувані дисципліни			
1	Сімейна медицина	Клініку, діагностику, методи лікування фонових та передракових станів шийки матки та ендометрію та молочних залоз	Діагностувати і скласти план обстеження та лікування при фонових та передракових станах шийки матки та ендометрію та молочних залоз
Внутрішньопредметна інтеграція			
1.	Методи дослідження в гінекології	Основні та додаткові методи обстеження в гінекології	Провести гінекологічне обстеження. Оцінити результати клініко-лабораторних досліджень та додаткових методів обстеження

V. Зміст навчального матеріалу

Широка розповсюдженість злоякісних пухлин жіночої статеві сфери, які займають провідне місце в структурі онкологічної захворюваності жінок, а також безперервне вдосконалення методів їх діагностики та лікування викликають необхідність ознайомлення не тільки практичних лікарів, але і студентів з сучасними досягненнями в цій області. Лікарям різних профілів спеціалізації зараз частіше, ніж раніше, приходится вирішувати питання не тільки ранньої діагностики, але й профілактики вказаних захворювань. Оскільки навіть комплексне лікування злоякісних процесів не дає бажаного результату, особливо у занедбаних випадках, на перше місце виходить профілактика та раннє виявлення онкопатології. Як правило, розвитку онкологічних захворювань передують фонові та передракові процеси, які при своєчасній діагностиці ефективно піддаються лікуванню. Таким чином, якомога раніша діагностика фонових, передракових та злоякісних захворювань є дуже важливою в плані збереження здоров'я та життя пацієнток.

Групи високого ризику по раку жіночих статевих органів:

I – жінки, яким загрожує рак ЗСО, крауроз, лейкоплакія, еритроплакія вульви і піхви.

II – жінки, яким загрожує рак ш/м, ектопія, ерозійований ектропіон, лейкоплакія і дисплазія ш/м.

III – жінки, яким загрожує розвиток раку тіла матки, ускладнений онкологічний анамнез, нейроендокринні порушення, порушення овуляції, гіперплазія ендометрія, гормонально активні пухлини яєчників, міома матки.

IV – жінки, яким загрожує рак яєчників, операції на яєчниках, кісти яєчників, хронічні запалення придатків, дисфункція яєчників, дброякісні пухлини яєчників

V – жінки, яким загрожує рак маткових труб, хронічні рецидивуючі запалення придатків матки

Рання діагностика злоякісних пухлин жіночих зовнішніх статевих органів та молочних залоз є одною з актуальних проблем, в зв'язку з тим, що у 75% відсотках випадків захворювання виявляють у занедбаних стадіях, хоча ця локалізація рака відноситься до візуальних форм, тобто таких, які можливо побачити встановити діагноз на ранніх стадіях та провести лікування. Злоякісні пухлини які виявляються на ранніх стадіях виліковні у 100% випадків. Однак п'ятирічна виживаність хворих на рак вульви складає лише 47,3% (по даним Міжнародної федерації акушерів та гінекологів), що пов'язано з невчасним звертанням жінки до лікаря. Зазвичай самі жінки це пояснюють тим, що в менопаузальному віці ходить до лікаря на профілактичний огляд вже не потрібно (хай ходять молоді), та й соромляться. Але саме захворювання розпочинається в основному у жінок віком 45-50 років та еволюційно проходить стадії дистрофії вульви, дисплазії вульви, передінвазивного та інвазивного раку. Тому найбільш актуальним є профілактика та лікування фонових захворювань та дисплазії вульви. Треба звернути увагу на появу у молодих жінок дисплазій зовнішніх статевих органів, що обумовлено великим рівнем інфікованості цієї вікової категорії на вірусні інфекції, а саме вірус папіломи людини та віруси герпесу.

До факторів ризику виникнення раку зовнішніх статевих органів відноситься: ранній вік початку менструації (до 12 років та раніше), ранній початок статевого життя, безпліддя, наявність хронічних інфекцій, що передаються статевим шляхом, особливо вірусами папіломи людини та вірусами герпес, велика кількість пологів (більше трьох), вік настання менопаузи (до 40 років) та тривалість її більше 11 років, супутні захворювання: серцево-судинні , хронічні захворювання печінки та шлунково-кишкового тракту, захворювання щитоподібної залози

На що треба звертати увагу жінкам. Самим першим та розповсюдженим симптомом хвороб вульви являється свербіж, який виникає в любий час доби, але переважно вночі. Інтенсивність його може бути різна у важких випадках може доводити жінку до божевілля. Свербіж може турбувати при фонових захворюваннях вульви, тобто таких які, як "пусковий гачок" запускають весь каскад трансформації клітин в ракові клітини та утворення злоякісної пухлини. А також свербіж може турбувати жінку при захворюваннях печінки та жовчних шляхів, підшлункової залози, шлунка, кишечника, нирок, при цукровому діабеті, паразитарних інвазіях (інфікування глистами), порушеннях гормональної функції та інших захворюваннях. Другим симптомом є больовий синдром. Болі можуть виникати самостійно в любий час доби, можуть супроводжувати статевий акт. Третім симптомом на який треба звертати увагу є характер виділень зі статевих шляхів: гнійні водянистого характеру з неприємним запахом та брудні виділення повинні насторожити жінку. Також жінку може турбувати дизурія (болісне та часте сечовиділення.). При проведенні щоденних гігієнічних процедур треба звертати увагу на появу сухості шкіри та слизових, тріщин, наявність білих та червоних плям, пухлин, пухирців.

Фактори ризику раку шийки матки

-**Інфікування вірусом папіломи людини (ВПЛ).** ДНК ВПЛ визначається в 75 - 100% випадків раку шийки, в 77 - 94% випадків цервікальної інтраепітеліальної неоплазії (дисплазії) різного ступеня та в 30 - 70% при нормальній цитологічній картині.

Нині відомо понад 150 типів ВПЛ, майже 40 з яких інфікують аногенітальну ділянку. Їх поділено на 2 великі групи: високоонкогенні віруси, що спричиняють рак у багатошаровому плоскому та циліндричному епітеліях (їх відомо вже 15 типів: 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 56, 68, 73, 82, 26, 52, 53-й), і низькоонкогенні, які найчастіше призводять до пухлинних і передракових захворювань у багатошаровому плоскому епітелії. Детально вивчено нині 14 типів: 6, 11, 34, 40, 42, 43, 44, 54, 55, 61, 62, 70, 71 Найбільший ризик розвитку раку шийки матки пов'язаний з типами **16, 18, 31**, а також **33, 35, 45** ВПЛ. У той же час кількість інфікованих ВПЛ значно більше порівняно з частотою випадків передракових захворювань і раку шийки матки.

Щорічно у світі реєструються десятки і сотні мільйонів інфікованих ВПЛ, і у більшості вірус елімінується самостійно без будь-якого лікування. Тільки у незначній частини жінок з'являється цервікальна інтраепітеліальна неоплазія II і III ступеня.

- **Ранній початок статевого життя (до 16 років).** Вважається, що в молодому віці епітелій вагінальної частини шийки матки має більшу сприйнятливості до канцерогенних факторів, насамперед за рахунок підвищеної кількості глікогену. Можливо, має значення більш тривалий вплив канцерогенних факторів на шийку матки.

Проте зазначений фактор ризику визнається не всіма дослідниками.

-Велика кількість статевих партнерів. Частота інвазивного раку шийки матки прямо пропорційна кількості статевих партнерів протягом життя пацієнта.

-Чоловічий фактор. Висока зустрічальність ВПЛ у чоловіків відзначена в тих країнах, де виявлено найбільшу кількість інвазивного раку шийки матки. Відзначено, що у пацієнтів з раком шийки матки чоловіки частіше хворіли секс трансмісивними інфекціями, були схильні до ризикованої статевої поведінки, мали контакти з повіями.

-Велика кількість вагітностей. Зі збільшенням кількості вагітностей зростає і ризик розвитку цервікальної карциноми: у жінок, що мали 4 і більше вагітності ризик розвитку раку шийки матки в середньому в 2 рази вище, а при наявності 4 і більше пологів в 3 рази вище, ніж у жінок, які не мали вагітності .

-Низький соціально - економічний статус. Близько 80% всієї онкологічної патології шийки матки зустрічається в країнах, що розвиваються, що пов'язано як з браком коштів для проведення скринінгу, так і з низьким культурним рівнем населення в цих державах. Крім того, у жінок низького соціального статусу в цервікальному слизі частіше визначаються ВПЛ онкогенних штамів.

-Куріння, в тому числі пасивне. У жінок, які палять, а також у тих, які не курять, але перебувають в оточенні тютюнового диму протягом не менше ніж 3 години на добу, в цервікальному слизі визначаються нікотин, контінін і тютюн-специфічні N - нітрозаміни, які викликають пошкодження ДНК шийного епітелію і порушують локальний клітинну імунну відповідь. Доведено, що у таких жінок частота розвитку раку шийки матки вище, в порівнянні з загальною популяцією в 3 - 8 разів.

-Інфікування ВІЛ. Інвазивний рак шийки матки входить до переліку станів, характерних для синдрому набутого імунodefіциту (СНІДу). У ВІЛ інфікованих частота народження патології шийки матки вище, ніж без ВІЛ інфекції. ВІЛ є також кофактором ВПЛ у розвитку патології шийки матки, хоча механізм їх взаємодії до кінця не ясний.

-Прийом імуносупресантів. Імуносупресанти (глюкокортикоїди, цитостатики) пригнічують клітинну імунну відповідь і сприяють виникненню і прогресуванню цервікального раку.

-Контрацепція. Використання бар'єрних методів, особливо в поєднанні зі сперміцидами, знижує ризик захворювання на рак шийки матки. Вплив на частоту захворювання прийому комбінованих оральних контрацептивів (КОК) не доведено.

-Раса. Вихідці з Африки та Латинської Америки захворюють в 2 рази частіше порівняно з європейцями. Представники народів Азії захворюють з однаковою з європейцями частотою або рідше.

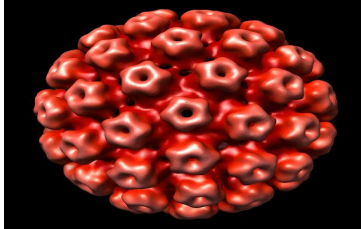
Слід зазначити: зв'язок захворювання цервікальної неоплазією та інфікування Chlamydia trachomatis, Herpesvirus 2 типу, Cytomegalovirus не доведена.

Вірус папіломи людини - це поширена інфекція генітального тракту. Даний збудник зустрічається практично у кожного шостого жителя планети. При зараженні збудник потрапляє в епітеліальні клітини, порушуючи процес ділення, активує розвиток різних захворювань. Переважно, вірус вражає органи сечостатевої системи, аноректальну область. Захворювання, які виникають при зараженні ВПЛ:

1. Формування гострих кондилом.
2. Розвиток папіломатозу респіраторного тракту.

3. Ураження статевих органів з розвитком пухлинного процесу.

Практично 70% населення є носіями збудника без клінічних проявів захворювань. Також можливе повторне зараження інфекцією протягом життя. Бо не у всіх перехворілих папіломовірусною інфекцією виникає стійкість до вірусу.



Типи ВПЛ

В даний час відомо більше 150 типів ВПЛ. Деякі з них відносно безпечні для здоров'я людини, інші можуть активувати розвиток онкологічних процесів. Найчастіше клінічні ознаки захворювання на перших етапах не проявляються. Зазвичай перші симптоми виникають після дії провокуючих факторів.

За онкологічною активністю такі віруси класифікують на:

1. Штами з високим онкогенним ризиком (18, 16, 31, 33 і т.д.)
2. Штами з низьким онкогенним ризиком (6, 11, 32, 40-44, 72)

Низькоонкогенні штами вірусів призводять до виникнення бородавок і папілом шкірних покривів на поверхні тіла.

Високоонкогенні штами викликають утворення кондилом в аногенітальній зоні, на поверхні шийки матки у жінок і статевого члена у чоловіків.

Тривала дія на організм 16,18, 31,33 типів вірусу може призвести до дисплазії шийки матки і більш небезпечного захворювання - раку шийки матки.

Однак, навіть при наявності в організмі ВПЛ високоонкогенного ризику онкологічна патологія розвивається далеко не завжди. Своєчасне звернення до досвідчених лікарів для діагностики, правильно підібране лікування, дозволять Вам ніколи не зіткнутися з небезпечними клінічними проявами вірусу папіломи людини.

Інфікуються даними збудником однаково часто жінки і чоловіки.

Основним шляхом передачі прийнято вважати статевий. Зазвичай ВПЛ заражаються після першого статевого контакту, але виділяють і інші шляхи передачі інфекції:

1. Вертикальний. Тобто, під час проходження по родових шляхах жінки інфікованої ВПЛ, новонароджений може заразитися.
2. Аутоінокуляційний. Можливе самозараження (перенесення з однієї ділянки тіла на іншу) під час проведення епіляції або гоління.
3. Контактно-побутовий. Вірус папіломи людини деякий час залишається життєздатним в навколишньому середовищі. Тому ним можна заразитися після відвідування громадських місць (лазня, спортивний зал, басейн).

4. **Контактний.** Можливе зараження через ранову поверхню на шкірі або слизових оболонках (ссадна, рани, забої).

5. **Статевий.** Найпоширеніший шлях зараження.

Заразитися вірусною інфекцією може кожен. Щоб своєчасно її діагностувати, потрібно проходити профілактичні огляди у лікаря, для визначення перших симптомів патології.



Основні прояви інфекції

Наявність папіломовірусної інфекції може тривалий час не мати клінічних проявів. Інкубаційний період хвороби може тривати кілька років, протягом яких пацієнт може заразитися різними типами вірусу. Тільки після впливу провокуючих факторів (імунодефіцит, переохолодження, стресові ситуації) можна спостерігати ознаки ВПЛ інфекції. У більшості випадків протягом 1-2 років відбувається самолікування від цієї інфекції, але у деяких пацієнтів патологія переходить в хронічну форму.

Захворювання може проявлятися такими утвореннями:

1. **Генітальні бородавки** (гострі конділоми). Зовні - це сосочкоподібні розростання, які за формою нагадують цвітну капусту або гребінь. Вони мають тілесний або рожевий колір, можуть бути одиничними або множинним. Можуть утворюватися повсюдно, але частіше за все зустрічаються на шкірі та слизовій статевих органів. Утворення характеризуються низьким онкогенним потенціалом. Вони рідко перетворюються в злоякісні новоутворення, зазвичай не заподіюють дискомфорту пацієнту.



2. **Плоскі конділоми.** Мають характерну будову - не виступають над поверхнею слизової оболонки ураженого органу. Такі утворення мають високий онкологічний потенціал, тому вимагають більш ретельної діагностики. Зазвичай розташовуються на слизовій оболонці стінок піхви, уретри, шийки матки. Для діагностики характеру конділоми потрібне проведення біопсії.



3. **Дисплазія.** Характеризується порушенням диференційованої будови тканини. Часто виникає наявність нетипових клітин, які можуть стати причиною розвитку онкологічної патології. Вимагає ретельного спостереження, а при необхідності, хірургічної корекції.



Кожна з форм патології повинна ретельно спостерігатися лікарем. Для зниження ризику розвитку онкологічного процесу рекомендується видаляти такі розростання на шкірі та слизових.

Діагностика ВПЛ

Діагностувати наявність ВПЛ потрібно поетапно, для цього використовується ряд фізикальних, лабораторних та інструментальних досліджень.

1. Огляд лікарем. З його допомогою можна виявити наявність бородавок. При виявленні конділом в аногенітальній області, проводиться обов'язково дослідження шийки матки. Також можливе проведення уретроскопії.

2. Кольпоскопія. Проводять специфічні тести з оцтовою кислотою і розчином Люголя. З їх допомогою можна визначити наявність атипових клітин, ознаки ВПЛ інфекції та раку шийки матки.

3. Цитологічне дослідження. Забирають мазки слизової шийки матки по Папаніколау. Це скринінгове дослідження на наявність передракових і онкологічних клітин в стінці піхви або шийки матки.

Також можуть проводитися гістологічне дослідження тканин, виявлення захворювань, що передаються статевим шляхом з якими часто асоціюється ВПЛ інфекція. Високу діагностичну цінність має метод ПЛР. З його допомогою можна ідентифікувати штам ВПЛ.

Лікування ВПЛ

Повністю усунути вірус з організму пацієнта неможливо. Лікар може боротися тільки з наслідками життєдіяльності інфекційного агента. В якості загальної терапії можуть застосовуватися симптоматичні засоби, противірусні та препарати, що стимулюють імунні процеси.

Для боротьби з різними видами конділом можуть застосовуватися:

1. Кріодеструкція, електрокоагуляція, припікання лазером або хімічними речовинами. Такі методи ефективні для позбавлення від гострих кондилом.
2. Для видалення ураженої ділянки на поверхні шийки матки (дисплазія, кондилома) застосовують електрохірургічні методи лікування.



Профілактика ВПЛ

Для того, щоб запобігти розвитку захворювання використовуються різні методи. Найефективніші - це:

1. Моногамні відносини. Ви займаєтеся сексом тільки з людиною, для якого Ви - єдиний статевий партнер. Цей метод дозволить убезпечити себе від всіх інфекцій, що передаються статевим шляхом, в тому числі і ВПЛ.
2. Застосування бар'єрної контрацепції. Це легкий, доступний, але не завжди 100% для запобігання від інфекції. Пацієнт може заразитися вірусом, навіть при зіткненні з ділянкою пошкоджених шкірних покривів.
3. Періодичні профілактичні огляди. Дівчатам необхідно регулярно проходити огляд у гінеколога. Таким чином можна виявити перші ознаки захворювання і вчасно почати його лікування.
4. Вакцинація. Це ефективний і зручний профілактичний метод. Вакцинація може проводитися і у чоловіків і у жінок. Існують наступні вакцини:
Церварикс (бівалентна проти 16 і 18 типу).

Гардасил (тетравалентная 16, 18, 6, 11 тип).

Найбільш ефективно проведення вакцинації до початку статевого життя (застосування дозволено з 9 років). Або особам живуть статевим життям при відсутності протипоказань

Скринінг раку шийки матки

У перекладі з англійської мови слово screening означає відбір, просіювання або убезпечення від чого-небудь неприємного. Під скринінгом в онкології розуміють систему заходів вторинної профілактики, яка спрямована на діагностику передракових і ранніх стадій ракових захворювань.

ACS рекомендує розпочинати скринінг раку шийки матки жінкам у віці 25 років та проходити первинне тестування на вірус папіломи людини (ВПЛ) кожні 5 років у віці до 65 років (бажано). Якщо первинне тестування на ВПЛ недоступне, особи у віці від 25 до 65 років повинні проходити котестинг (тестування на ВПЛ у поєднанні з цитологією) кожні 5 років або лише цитологію кожні 3 роки (прийнятно). (Сильна рекомендація). Котестинг або лише цитологічне дослідження є прийнятними варіантами скринінгу на рак шийки матки, оскільки доступ до первинного тесту на ВПЛ,

затвердженого FDA, може бути обмеженим в певних умовах. Оскільки Сполучені Штати здійснюють перехід до первинного тестування на ВПЛ, використання як котестингу, так і цитології для скринінгу на рак шийки матки не буде включено до майбутніх рекомендацій.

Часто скринінгу повинна бути **один раз в рік**. При наявності 3 послідовних негативних результатів частота може становити **1 раз на 3 роки**.

Методи виявлення попередників цервікального раку.

Що робити, якщо виявлено патологічний тип мазка?

Треба звернутися до лікаря-гінеколога для детального обстеження. Річ у тому, що результат цитологічного скринінгового дослідження не є підставою для встановлення діагнозу й тим більше призначення лікування!

Які додаткові обстеження проводить лікар, щоб поставити точний діагноз?

1) Кольпоскопію — це огляд шийки матки за допомогою оптичного приладу з додатковим освітленням і збільшенням. Метод дає змогу виявити передрак і початковий рак шийки матки, яких не видно під час звичайного гінекологічного огляду. Завдання кольпоскопії:

- адекватний огляд зони трансформації - місця зіткнення багатошарового плоского незроговілого епітелію вагінальної частини шийки матки і одношарового циліндричного епітелію цервікального каналу, яка є джерелом 90% онкологічної патології шийки матки

- уточнити топографію процесу
- вибрати місце для проведення прицільної біопсії.

Застосування кольпоскопії як процедури скринінгу не рекомендується !!!

2) Прицільну біопсію — за допомогою щипчиків беруть зразок тканини шийки матки з патологічного вогнища для гістологічного дослідження та встановлення діагнозу.

3) Зіскрібок цервікального каналу (кюретаж) і порожнини матки (за показаннями) — це зіскрібання тканини цервікального каналу для гістологічного дослідження, щоб визначити поширення ураження шийки матки. Усі ці процедури практично безболісні й не вимагають знеболення.

- Матеріал з вагінальної частини шийки матки береться шпателем Ейра відповідного розміру, а з цервікального каналу ендцервікальної щіткою; в матеріалі обов'язково повинні бути присутніми клітини із зони трансформації;

- Взяття матеріалу необхідно виробляти на 10 - 18 день циклу (від 1 - го дня останньої менструації);

- Не спринцюватися протягом 48 годин перед тестом;
- Не застосовувати тампони, вагінальні креми за 48 годин перед тестом;
- Утримуватися від статевих контактів протягом 48 годин перед тестом. Для інтерпретації PAP - мазків в даний час користуються рекомендаціями Американського товариства з кольпоскопії та патології шийки матки, які були затверджені в 1988 році, переглянуті і доповнені в 2001 році (таблиця 2).

4) Визначення онкогенних штамів ВПЛ

Встановлено, що від 30 до 70% всіх жінок, що ведуть статеве життя, інфіковані вірусом папіломи людини, з яким пов'язана більшість випадків CIN II, CIN III, а також доінвазивної та інвазивної карциноми. Механізм онкогенного дії ВПЛ до кінця не зрозумілий, однак проведеними дослідженнями показано, що вбудовується в геном

господаря ДНК вірусу блокує ген E2 і починає відтворювати так звані онкобілки E6 і E7, які інгібують природні онкосупресори, приводячи до активації клітинного росту (малюнок 1).

ВПЛ-тест застосовують:

- під час первинного скринінгу в жінок, віком понад у поєднанні з цитологічним дослідженням у країнах з організованим цитологічним скринінгом;
- як самостійний тест у тих країнах, де немає або не організовано цитологічний скринінг;
- у разі невизначеного результату цитологічного дослідження;
- для моніторингу після лікування ЦІН 2–3 і початкових форм РШМ.

Первинний скринінг із використанням ВПЛ self-testing. У багатьох країнах (зокрема у Швеції) проводять пілотні та когортні дослідження нового способу отримання клітинного матеріалу для ВПЛ-тестування. Скринінг на основі «самостійного мазка», узятого вдома, з подальшим цитологічним дослідженням, проведеним у лікувальному закладі, виявився економічно ефективним. Однак ці методики вимагають клінічного підтвердження очікуваних результатів.

Методи визначення ВПЛ в цервікальному слизі:

- блот
- гібридизація *in situ*
- жидкофазна гібридизація (гібридний захват). Чутливість 59 - 86% відносно визначення CIN у жінок з цитологічної картиною неспецифічних атипових плоскоклітинних змін і ППП легкого ступеня.
 - полімеразна ланцюгова реакція (ПЛР). У визначенні CIN чутливість досягає 98 - 100%, специфічність - не більше 10%. Позитивна прогностична цінність у відношенні CIN II, CIN III, carcinoma *in situ* також становить не більше 10%.
 - у стадії розробки знаходяться тести з визначення білка E7 в цервікальному слизі, що дозволить з'ясувати глибину впровадження ВПЛ в клітину хазяїна і, можливо, буде служити більш надійним тестом з виявлення ВПЛ - залежних змін шийки матки.

Профілактика раку шийки матки

В Україні вакцинація проти раку шийки матки (РШМ) рекомендована для жінок і дівчаток з 9 років. Програма розроблена у співпраці з Європейською асоціацією раку шийки матки (ЕССА).

Профілактикою запобігання онкологічних захворювань, викликаних ВПЛ, є дотримання правил сексуальної поведінки, використання бар'єрних методів контрацепції, регулярні гінекологічні огляди і цитологічне обстеження (ПАП-тест) навіть при відсутності скарг і, безумовно, ВАКЦИНАЦІЯ.

На сьогодні **ефективного лікування від ВПЛ не існує**. У віці до 25 років найчастіше вірус зникає самостійно, завдяки роботі імунної системи.

ВИДИ ВАКЦИН ВІД ПАПІЛОМАВІРУСУ:

- «**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 квадривалентна 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 ЗАХВОРИЮВАННЯМ:

- 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 внутрішньоепітеліальна 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.

ВАКЦИНАЦІЯ ПРОТИ ВПЛ В УКРАЇНІ

Вакцинуватися на території нашої держави можна «Gardasil-4», «Cervarix» . «Gardasil-9» поки що немає.

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. Вакцину вводять внутрішньом’язово в плече. Щеплення повторюють один або двічі. Гардасіл — з інтервалом у пів року, Церварікс — через 1 та 6 місяців. Якщо вакцинація проводилася лише один раз, слід обов’язково зробити повторне щеплення хоча б до 26 років

Вторинна профілактика онкологічних захворювань полягає в реалізації скринінгових програм для виявлення передракових станів або ранніх стадій раку, на яких можливе ефективне лікування. Свою ефективність на популяційному рівні довели скринінг РШМ, раку молочної залози і колоректального раку [8, 9].

Основною складовою **вторинної профілактики РШМ** є **цервікальний скринінг**. Отримані в останні роки дані щодо ролі кофакторів розвитку РШМ на фоні персистенції ВПЛ (хламідійна інфекція, порушення вагінального біоценозу, куріння) дозволяють у перспективі розглядати вплив на них як складову вторинної профілактики [10, 11].

Третинна профілактика РШМ має на меті запобігти рецидиву захворювання й покращити прогноз/виживаність у таких пацієнтів [6, 7]. Третинна профілактика передбачає лікування відповідно до стадії розвитку захворювання та реабілітації [6, 7].

ПАП-тест методом рідинної або традиційної цитології – це дослідження, яке використовується при проведенні скринінгу на РШМ.

Фактори ризику та профілактика раку молочної залози.

Усі жінки віком старше 18 років, які отримують допомогу у лікаря загальної практики — сімейної медицини, мають бути внесені до реєстру, пройти анкетування з метою оцінки генетичного ризику. Першочерговим завданням для лікаря загальної практики — сімейної медицини є роз'яснення жіночому населенню доцільності участі у скринінгу та залучення якомога більшої кількості жінок віком 50–69 років, без скаргу та без генетичного ризику раку молочної залози (РМЗ), до мамографії. Саме вік є найвагомим фактором ризику для більшості жінок.

Профілактика пухлин молочної залози розподіляється на первинну та вторинну та третинну.

Первинна профілактика полягає у надання інформації щодо уникнення факторів ризику 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. А також регулярне щомісячне самообстеження МЗ починаючи з 20-ти років. Клінічне обстеження МЗ у лікаря загальної практики/сімейної медицини 1 раз у три роки (усі вікові групи).

«Золотим стандартом» профілактичного обстеження МЗ є білатеральна мамографія у програмі скринінгу на рак молочної залози, що зумовлено високою ефективністю діагностики безсимптомних злоякісних пухлин: у 85- 90 % випадків.

Третинна профілактика – Специфічна третинна профілактика полягає у призначенні гормональної терапії жінкам у менопаузі терміном до 5-ти років, приводить до зменшення можливості виникнення повторної пухлини (у випадку гормонозалежних пухлин), але може провокувати тромбоемболічні ускладнення та рак ендометрію

До групи високого ризику належать особи з поєднанням певних генетичних, фенотипічних факторів та особливостей стилю життя.

Основними факторами, що підвищують ризик захворювання на рак молочної залози, є:

- вік (понад 40 років);
- спадкова і сімейна схильність (жінки, у яких матері або сестри хворіли на рак молочної залози, мають значно більше шансів захворіти на цю хворобу);
- пізня менопауза;
- ранній початок менструацій (до 12 років);
- народження першої дитини у віці понад 30 років;
- переривання вагітності;
- у жінок, які ніколи не народжували;
- наявність фіброзно-кістозної мастопатії та інших проліферативних захворювань молочних залоз;
- ожиріння (понад 40% нормальної ваги);
- цукровий діабет, гіпертонічна хвороба;

• систематичне паління та вживання алкоголю. Рак молочної залози у жінок віком до 25-ти років практично не зустрічається.

Скринінг на рак молочної залози

Усі жінки, прикріплені до лікаря загальної практики — сімейної медицини, віком старше 18 років повинні:

- 1) отримувати інформацію щодо факторів ризику РМЗ, пов'язаних зі способом життя;
- 2) бути навчені [методиці самообстеження молочної залози \(МЗ\)](#) з віку 20 років (щомісячно з 7-го по 14-й день циклу);
- 3) отримувати інформацію щодо випадків сімейного раку МЗ та можливості консультування стосовно генетичних факторів.

Відсутні докази щодо МЗ.

Існують докази щодо вирішального впливу на зниження смертності від РМЗ загальнодержавних скринінгових програм,

1. Інформування пацієнток про скринінг на РМЗ та доцільність участі в ньому осіб віком 50–69 років.
2. Клінічне обстеження МЗ здійснюється 1 раз на 3 роки лікарем загальної практики — сімейної медицини, фельдшером, медичною сестрою (яка пройшла спеціальну підготовку) перед направленням на мамографічне обстеження.

ПРОГРАМА СКРИНІНГУ НА РАК МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ

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 три роки** лікарем загальної практики/сімейної медицини, фельдшером, медичною сестрою, яка пройшла спеціальну підготовку, у ЗОЗ, що надають первинну медичну допомогу, перед скеруванням на мамографічне обстеження.
6. Організація лікарем загальної практики/сімейної медицини **направлення** жінки

на **мамографію** у регіональний діагностичний центр або диспансер. (телефоном чи за допомогою інших форм особистих запрошень). .

7. Внесення сімейним лікарем даних до реєстру жіночого населення щодо проходження жінкою мамографічного скринінгу.

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.

ЗАГАЛЬНИЙ АЛГОРИТМ ДІАГНОСТИКИ ТА ДИФЕРЕНЦІЙНОЇ ДІАГНОСТИКИ

1. Обов'язкові дослідження:

1. Огляд (звернути увагу на колір шкіри, симетричність МЗ, зміни в ділянках аксілярних, над- та підключичних лімфатичних вузлів.

2. Фізикальне обстеження: 1. Клінічне обстеження молочних залоз;

2. Вимір артеріального тиску та пульсу.

3. Лабораторні дослідження: 1. Розгорнутий аналіз крові з формулою;

2. Направити на біохімічний аналіз крові (білок, білірубін, сечовина, креатинін, глюкоза, електроліти, лужна фосфатаза, Ca²⁺, АЛТ, АСТ, альбумін);

3. Загальний аналіз сечі.

4. Інструментальні дослідження: 1. УЗД дослідження: обох молочних залоз та регіонарних лімфатичних вузлів, органів черевної порожнини, заочеревинного простору та малого тазу;

2. Рентгенографія ОГП;

3. Направити на мамографію обох молочних залоз у 2-х проекціях;

4. Направити на тонкоіголку біопсію чи трепан-біопсію пухлини з цитологічним, морфологічним та імуногістохімічним дослідженням пунктату молочних залоз, лімфатичних вузлів, біоптату молочних залоз та лімфатичних вузлів;

5. Консультації суміжних фахівців: 1.5.1. хірурга-онколога, лікаря з променевої терапії, лікаря гінеколога-онколога, за необхідності – анестезіолога, кардіолога.

6. За показаннями: 1. КТ органів грудної, черевної порожнини, заочеревинного простору та малого тазу з в/венним контрастуванням;
2. Цитологічне дослідження виділень із соска та з виразкових пухлин; післяопераційного матеріалу;
3. МРТ молочних залоз, головного мозку;
4. Сканування кісток та інші радіоізотопні обстеження (при занедбаному процесі, наявності болю в кістках та підвищенні лужної фосфатази в сироватці крові);

Самообстеження молочних залоз

Огляд



Станьте перед дзеркалом спочатку з опущеними, а потім з піднятими догори руками

Зверніть увагу на такі ознаки:

- втягнення або випинання ділянки шкіри;
- втягнення соска;
- зміна звичної форми або розміру однієї з МЗ;
- наявність жовтуватих або кров'янистих виділень з соска;
- почервоніння та припухлість ділянок шкіри МЗ.

Промацування

Здійснюється у положенні лежачи на спині. Під лопатку з того боку, що обстежується, підкладіть валик таким чином, щоб грудна клітка була трохи піднята. Пальпуйте кожну молочну залозу протилежною рукою. Уникайте грубого прощупування та захоплення великої ділянки тканини молочної залози, оскільки це може створити враження ущільнення, якого насправді немає.

Обстеження проводиться у трьох положеннях:



- рука з обстежуваного боку спрямована вздовж тулуба;
- рука спрямована вверх за голову;

- рука спрямована у бік.

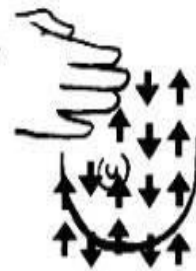
Пальцями другої руки МЗ пальпують у такий спосіб: ви можете вибрати кругові рухи (мал. 1); рухи лінійні вверх та вниз (мал. 2); клиноподібні рухи (мал. 3). Завжди пальпуйте молочні залози в одній і тій самій послідовності. Це допоможе Вам не пропустити жодної ділянки, а також запам'ятати, якими Ваші молочні залози звичайно є на дотик. Окремо обстежується сосок. Його стискають між пальцями, починаючи з краю ареоли, для того, щоб переконатися, що з соска не з'являються виділення (мал. 4).



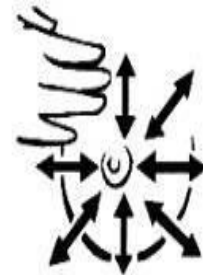
Мал. 1



Мал. 2



Мал. 3



Мал. 4

Слід пам'ятати, що при виявленні змін у молочних залозах необхідно звернутись до лікаря – мамолога, який проведе клінічний огляд молочних залоз і, за необхідності, направить пацієнтку на УЗД молочних залоз чи мамографію.

Ефективність раннього виявлення. Ретроспективні дослідження з ефективності самообстеження МЗ у ранньому виявленні РМЗ показують різні результати. Проте доведено, що якщо жінка проводить регулярні самообстеження, то у неї менше шансів виявлення ракових потовщень розміром 2 см. та більше або переходу метастазів у лімфатичні вузли.

Клінічне обстеження молочної залози

Клінічне обстеження МЗ здійснює лікар, фельдшер, медична сестра, яка пройшла підготовку за темою «Медсестринство в онкології» у закладах охорони здоров'я — 1 раз на 3 роки, із врахуванням даних попередніх самообстежень та обстежень МЗ.

Обстеження проводять за таким планом:

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 шкіра”;
- біль в аксиллярній ділянці.

Огляд: оцінюють симетричність залоз і сосків, зміни на шкірі — локальне розширення вен, почервоніння, симптом «лимонної шкірки», симптом «площини», зморшкуватість шкіри та її втягнення, ретракцію соска та ареоли. Оглядають МЗ у вертикальному положенні пацієнта із закладеними за голову й опущеними руками.

Пальпація: починають пальпацію симетрично з над- та підключичних ділянок обома руками одночасно, потім — ковзкими погладжувальними рухами руки переміщують вниз до сосків. Злегка стискають соски і при появі виділень прикладають до них предметні скельця й готують мазки для цитологічного дослідження. Фіксують колір виділень. Продовжують пальпацію кожної МЗ окремо: розмістивши залозу на долоні однієї руки й підтримуючи її знизу, пальцями іншої руки прощупують зверху всю товщу її тканин. Для обстеження регіонарних лімфатичних вузлів лікар складені пальці однієї своєї долоні прикладає до пахвової ділянки (рука жінки піднята вгору), а іншу кладе на надпліччя. Жінка повільно опускає руку, а лікар ретельно пальпує пахвову ділянку ковзкими вертикальними рухами. Аналогічно все повторюють із протилежного боку. Далі пропонують жінці лягти горілиць на кушетку й продовжують пальпацію розпластаної на грудній клітці МЗ. Ретельно, послідовно пальпують усі ділянки залози по колу, починаючи з периметра й закінчуючи ділянкою навколо ареоли. Ще раз перевіряють наявність виділень із сосків, пальпують пахвові, над- і підключичні ділянки. Після закінчення фізикального обстеження лікар у медичній документації (амбулаторній карті, історії хвороби) описує його результати: зазначає квадрант МЗ, де виявлено патологію, розміри новоутворення, його консистенцію, контури, поверхню, рухомість, фіксацію до шкіри чи прилеглих тканин, болючість, асиметричність залоз, стан сосків і ареол, характер виділень із сосків, розміри лімфатичних вузлів — усі симптоми порівнюють із протилежною залозою.

При обстеженні молочних залоз та веденні жінки при виявленні патології МЗ застосовується **правило "семи позицій" (В):**

- 1) **положення** - обстеження жінки проводиться спочатку у положенні сидячи, далі - стоячи, після цього - лежачи з піднятими руками;
- 2) **розміру** - звертають увагу на асиметрію розмірів залоз;
- 3) **пальпації** - проводиться "за часовою стрілкою годинника" подушечками пальців;
- 4) **тиску** - відмічають щільність молочної залози, за умови наявності утворення - його щільність та зміщення;
- 5) **методика обстеження** - повинна відповідати прийнятому алгоритму ;
- 6) **зворотного зв'язку** - передбачає узгодженість та наступність дії спеціалістів різного фаху;
- 7) **диспансерне спостереження**

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

тесту ”, що включає:

- ⊙ Клінічне обстеження МЗ;
- ⊙ Білатеральну мамографію;
- ⊙ При наявності об’ємних утворень – тонкогільчату аспіраційну біопсію під контролем УЗД із послідуною цитологією.

У жінок молодше 40 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.

Також можна визначити онкомаркери та генетичні фактори:

Онкомаркер Са 15-3. Показання до призначення: диференціальна діагностика раку молочної залози і доброякісної мастопатії (гормональної); моніторинг ефективності лікування карциноми молочної залози раннє виявлення рецидивів і метастазів. **Норма до 25,0 Ед/мл.** Застосовується в комбінації з визначенням раково-ембріонального антигену (РЕА). Концентрація в сироватці може подвоюватися під час менструації, при ендометріозі, при вагітності (1 триместр).

Раково – ембріональний антиген РЕА- Визначення РЕА в сироватці крові не може бути застосовано для діагностики початкових стадій раку молочної залози через його низьку специфічність, але може бути використано для виявлення рецидивів і метастазів у віддалений період після операції, оцінки ефективності лікування. Норма: некурящі (віком 20-69 років) до **3,8** Од / мл, що палять (вік 20-69 років) до **5,5** Од / мл. венозна кров.

Гени BRCA-1 і BRCA-2 належать до класу генів-супресорів, які кодують білки, що пригнічують клітинний ріст. У жінок — носіїв мутантної форми гена BRCA відмічають до 90% імовірність розвитку РМЗ протягом життя. При цьому ризик захворіти на рак яєчника становить близько 40%. Відзначено, що пухлини, асоційовані з мутаціями генів BRCA-1 і BRCA-2, мають більш високий ступінь злоякісності (переважно III) порівняно зі спорадичним РМЗ. Запропонувати генетичні дослідження щодо мутацій генів **BRCA1, BRCA2 і TP53** впродовж 4 тижнів після встановлення діагнозу раку молочної залози

Діагностичні критерії — пухлина в молочній залозі

Рак (вузлова форма РМЗ) — щільна, горбкувата пухлина неправильної форми, обмежено рухома, прогресуюча в рості, неболюча в більшості випадків. Якщо в процес втягується шкіра, з’являються симптоми «площини», «лимонної шкірки», умбілікації. Гіперемія шкіри над пухлиною — це ознаки специфічного лімфангіїту; потовщення складок ареоли (симптом Краузе) — це локальний лімфостаз внаслідок ураження лімфатичного сплетення субареолярної ділянки.

Симптом Прибрама: при потягуванні за сосок пухлина зміщується за ним.

Симптом Кеніга: при натисканні долонею на МЗ пухлина відчувається під долонею і не зміщується; у разі доброякісної пухлини вона зміщується за межі долоні. Найчастіше раковий вузол локалізується у верхньозовнішньому квадранті. При локалізації пухлини під соском відзначають ретракцію, деформацію чи відхилення соска, патологічні виділення. Пухлина середніх або великих розмірів деформує контур

МЗ. У пахвових, під- і надключичних ділянках можуть пальпуватися збільшені лімфатичні вузли щільно-еластичної консистенції.

Фібroadенома — доброякісна пухлина щільно-еластичної консистенції, овальної (еліпсоподібної) чи округлої форми з гладкою поверхнею і чіткими контурами, відносно рухома, інколи болюча при пальпації. Розміри: від 5 мм до кількох сантиметрів. Тривалий анамнез росту.

Кіста — доброякісна пухлина округлої форми, гладка, еластична, пружна, рухома. В анамнезі: лактаційний період, травми, кістозні зміни яєчників. Кіста має менше 1,0 % ймовірності переродження в рак.

Вузлова мастопатія — доброякісне утворення м'яко-еластичної консистенції з ділянками ущільнення без чітких меж, болюче при пальпації. Залежно від фази менструального циклу змінюється консистенція і чутливість вузла. Вузлова мастопатія — найбільш небезпечна щодо злоякісного переродження.

Ліпома — доброякісна пухлина м'якої консистенції, овальної форми, без чітких контурів, неболюча, з тривалим анамнезом росту; у разі фіброліпоми межі пухлини контуруються добре. У разі РМЗ виділення із сосків відзначають у 3% жінок і в 20% чоловіків. У більшості випадків виділення свідчать про доброякісні зміни (фіброзно-кістозна мастопатія, внутрішньопротокова папілома тощо). Молокоподібні виділення характерні для галактореї, гнійні — для інфекційно-запального процесу, липкі й різнокольорові — для внутрішньопротокової ектазії, кров'янисті — для внутрішньопротокової папіломи (хвороба Мінца). Однак виділення у жінок віком старше 50 років більше ймовірні для злоякісного росту. Серозні виділення лише у 5% випадків сигналізують про РМЗ, сукровичні — у 15%, кров'янисті — у 20%, а водянисті — це 50% ймовірності злоякісного процесу. За наявності злоякісного росту часто вже при цитологічному дослідженні виділень виявляють клітини карциноми. Дифузні форми РМЗ.

Набряково-інфільтративний рак: уражена МЗ збільшена в розмірах, шкіра напружена, має характерний вигляд «лимонної шкірки», пальпаторно відзначається дифузне набрякове ущільнення залози, пастозність.

Панцирний рак: характеризується пухлинною інфільтрацією шкіри та грудної стінки. Шкіра з часом стає щільною, пігментованою, сама МЗ ущільнюється, зменшується в розмірах, підтягується догори, стає нерухомою і разом з інфільтративно-індуративним ураженням прилеглих тканин, ніби панциром, покриває грудну стінку. Серед дифузних форм лише панцирний рак має торпідний перебіг.

Бешихоподібний рак: на шкірі МЗ ділянки інтенсивної гіперемії з нерівними контурами, які нагадують еритематозну стадію бешихи. Почервоніння зумовлено раковою інфільтрацією капілярів і лімфатичних судин шкіри (карциноматозний лімфангіт). Для цієї форми раку характерний гострий початок, висока злоякісність і швидке метастазування.

Маститоподібний рак: МЗ збільшена, щільна, відзначається гіперемія шкіри та місцеве підвищення температури. У товщі залози можуть пальпуватися дифузні ущільнення. Інфільтрація швидко охоплює всю залозу й поширюється на прилеглі тканини, з'являються регіонарні й віддалені метастази.

Карцинома Педжета клінічно нагадує прояви однобічної екземи соска і ареоли. Первинно-множинний РМЗ характеризується одночасним ураженням кількох пухлинами однієї чи обох МЗ.

Саркоми становлять менше 1% усіх злоякісних пухлин МЗ. Найчастіше серед м'якотканинних сарком МЗ виявляють ангіо-, ліпо-, фібросаркоми та злоякісні фіброзні гістіоцитоми.

Лікування раку молочної залози

Вирішення питання щодо лікування у разі злоякісних новоутворень МЗ здійснюється лише в онкологічному закладі за місцем проживання. Вибір методу лікування РМЗ визначається стадією захворювання, клінічною формою пухлини, віком та загальним станом, а також додатковими даними, що характеризують окремі властивості пухлини та організму жінки. Перед призначенням лікування обов'язкова морфологічна верифікація діагнозу і максимально точне визначення стадії захворювання.

Спеціалізовану допомогу онкологічним хворим надають виключно у закладах онкологічного профілю

Лікування пацієток із РМЗ проводить лікар хірург-онколог. У лікуванні РМЗ, залежно від стадії захворювання, наявності супутньої патології, віку та тяжкості стану пацієнтки застосовують усі відомі в онкології методи: хірургічний, променевиї, системний та різні їх комбінації у поєднанні з гормональною, хіміотерапією та іншими лікувальними засобами. Комбіноване та комплексне лікування РМЗ здійснюється з позиції біологічної етики в інтересах пацієнтки за принципами раціональної радикальності та органозбереження для створення умов повноцінної реабілітації.

Подальше спостереження, включаючи диспансеризацію

Пацієнтки після спеціального лікування перебувають на обліку в онколога.

Існують докази щодо необхідності різних форм психологічної підтримки жінок, які перенесли лікування з приводу РМЗ.

Трофобластична хвороба вагітності

Трофобластична хвороба вагітності - збірне поняття, що включає групу доброякісних і злоякісних новоутворень трофобласта. Захворювання належить до рідкісних пухлин (1-2,5% серед злоякісних новоутворень жіночих статевих органів) і розвивається переважно у жінок дітородного віку. Найчастішою формою трофобластичних пухлин є міхурів занос. Ще в IVст. до н.е.

міхурову вагітність описав Гіпократ, називаючи її водяною матки. Вперше термін «міхурів занос» використав Smellie W. у 1700 році.

До пухлинних захворювань міхурів занос віднесений лише в 1947р. на підставі результатів 200 спостережень Hertig A. і Sheldon W. Спроба охарактеризувати захворюваність на міхурів занос пов'язана з певними труднощами.

Проблема накопичення достовірних даних про розповсюдження захворювання пов'язана з відсутністю узгодженості в описі клінічних випадків, неадекватній характеристиці категорій населення, що знаходяться в групі ризику, недостатній кількості якісно відібраних контрольних груп, рідкості даного захворювання. Проте найбільша проблема всіх європейських країн, у тому числі й України, - відсутність централізованих баз даних, що не дозволяє оцінити значимість проблеми в країні та вчасно діагностувати злякисні трофобластичні пухлини, ініційовані міхуровим заносом.

Фактори ризику злякисних трофобластичних пухлин

- Вагітність у віці понад 40 років пов'язана з 7-ми кратним збільшенням ризику розвитку позирний замет, в порівнянні з більш молодим віком. При наявності вагітності в 35 років цей ризик зростає в 2 рази. Після 40 років підвищується також ризик прогресування міхурового занесення в хоріонепітеліому. Існують дані про підвищення частоти находження пузирний замет на початку репродуктивного віку (16 - 18 років). Вік батька не робить впливу на розвиток трофобластичної хвороби.

Слід зазначити: вік матері не впливає на ризик часткового ПЗ.

- Належність до монголоїдної раси збільшує ризик розвитку трофобластичної хвороби в 3-10 разів, у порівнянні з іншими народами. Причина цього до кінця не відома, однак, існують припущення про вплив нестачі тваринних жирів і бета-каротину в їжі представників цієї раси.

- Спонтанні аборти. При мимовільному перериванні попередніх вагітностей ризик розвитку гестаційної трофобластичної хвороби істотно зростає. Один самовільний аборт в анамнезі підвищує ризик розвитку пузирного замету в 2 - 3 рази, а два послідовних мимовільних аборт підвищують цей ризик у 10 разів. Знижується ризик при наявності в анамнезі народження живої дитини при доношеній вагітності.

- Пузирний замет при попередній вагітності в 10 разів збільшує ймовірність появи цієї патології в подальшому: 0,6-1,5% жінок з повним ПЗ мають ризик повторення ПЗ при наступній вагітності, Для часткового ПЗ цей ризик невідомий

Гестаційна трофобластична хвороба (ГТХ) — ураження, що обумовлені вагітністю та характеризується аномальною проліферацією трофобласту. Ця група захворювань складається з доброякісних, не неопластичних уражень, включаючи міхуровий замет (*hydattidiform mole*), вузли та бляшки плацентарної ділянки (*placental site nodule*) та аномально збільшену плацентарну ділянку (*exaggerated placental site*).

Гестаційна трофобластна неоплазія (ГТН) — включає групу справжніх пухлин. Це злякисні пухлини через можливість локальної інвазії та метастазування. На відміну від інших більш частих злякисних новоутворень, ГТН виліковні у 85–100% випадків,

навіть при наявності поширеної хвороби.

ГТН включають: хоріокарциному (choriocarcinoma), трофобластичну пухлину плацентарної ділянки (placental site trophoblastic tumor), епітеліоїдну трофобластичну пухлину (epithelioid trophoblastic tumor) та інвазивний замет (invasive mole). При відсутності матеріалу для гістотологічної діагностики, захворювання діагностоване в результаті стійкого підвищення хоріонічного гонадотропіну людини (ХГЛ) після евакуації молярної вагітності називається ГТН. Більшість з цих пухлин виробляють бета-субодиницю ХГЛ, який використовується як пухлинний маркер та як скринінговий тест для контролю за ефективністю лікування.

Міхуровий замет є найбільш поширеною формою гестаційного трофобластичного захворювання (ГТД) — 80%.

Класифікація МЗ

МЗ може бути:

1. Повний (80%)
2. Частковий (або неповний) (10%)
3. Інвазивний (10%).

- Повні та часткові МЗ, хоча і є доброякісними, вважаються передпухлинними захворюваннями, оскільки вони можуть перетворюватися в злоякісні новоутворення.

- Розвиток злоякісної гестаційної трофобластичної неоплазії зазвичай виникає після повного МЗ (15–20%), а не часткового МЗ (1–5%) і складається з інвазивного молю — 75%, хоріокарциноми — 25%.

- Інвазивний МЗ відноситься до ГТН і є злоякісною пухлиною

Причина розвитку (етіологія) міхурового заносу залишається не вивченою. Накопичені факти дають підстави вважати, що на розвиток захворювання може вплинути порушення імунного статусу у жінок з великою кількістю вагітностей і коротким інтервалом між ними; дефіцит тваринних жирів і жиророзчинних вітамінів (зокрема, вітаміну А); куріння; дія іонізуючого випромінювання та гербіцидів.

Причина таких помилок у тому, що інформативність традиційного морфологічного дослідження міхурового заносу в ранні терміни вагітності (до 8 тижнів) суттєво знижується, морфологічно відрізнити на ранніх термінах викидень від часткового міхурового заносу зазвичай дуже складно.

У деяких випадках для диференційної діагностики необхідні допоміжні методи дослідження такі як визначення P57kip2, *in situ* гібридизації або проточної цитометрії, що дозволяють визначити плоїдність отриманої при вишкрібанні тканини і, отже, діагностувати клінічно сприятливіший частковий міхуровий занос.

Сьогодні на практиці, труднощі морфологічної діагностики міхурового заносу на ранніх термінах диктують необхідність ретельного контролю рівня хоріонічного гонадотропіну (гормону вагітності) після закінчення будь-якої вагітності.

Слід наголосити, що структура молекули хоріонічного гонадотропіну різна у хворих із трофобластичними пухлинами і у вагітних.

Тому **вторинна профілактика**, попередження розвитку розповсюджених форм злоякісних трофобластичних пухлин, передбачає використання в клінічній практиці тест-наборів з високою чутливістю визначення хоріонічного гонадотропіну в сироватці крові (< 2 МО/л), що дозволяють визначити змінені молекули хоріонічного гонадотропіну.

Лікування міхурового заносу - хірургічне і полягає у видаленні пухлинних мас з матки шляхом вакуум-аспірації з подальшим кюретажем (вишкрібанням) стінок матки.

Спонтанне виділення (експульсія) міхурового заносу можливе до 16 тижня та зрідка спостерігається після 28 тижня вагітності.

Хірургічне лікування міхурового заносу при розмірах матки > 16 тижнів вагітності повинно проводитися лише лікарями, що мають досвід лікування таких пацієнток.

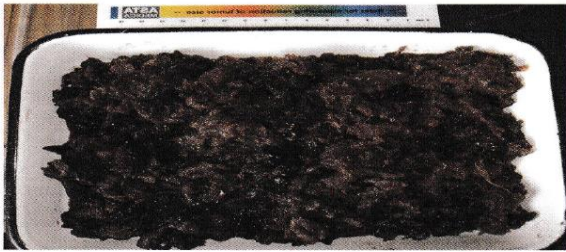


Рис. 4.А. Повний міхуровий занос (макропрепарат).



Рис. 4.Б. Повний міхуровий занос (фрагмент пухлинної тканини).

Хірургічна евакуація часткового міхурового заносу рекомендована, якщо це технічно можливо (малі терміни вагітності). Наявність плоду, як правило, вимагає застосування медикаментозного методу (введення в порожнину матки простагландину E2 через екстраамніально розташований катетер Фолея).

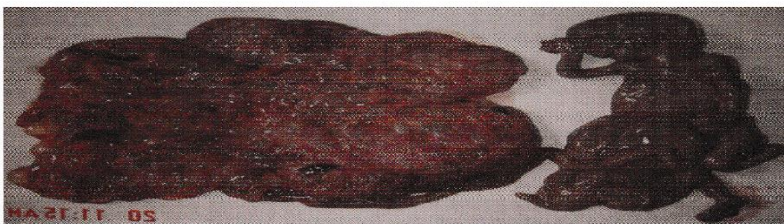


Рис. 5. Частковий міхуровий занос

Стандартних протоколів, що визначають покази до повторного вишкрібання стінок матки, сьогодні немає. На даний момент показами до повторного вишкрібання

вважають рівень хоріонічного гонадотропіну у сироватці крові >5000 МО/л і підтверджена на УЗД залишкова пухлинна тканина в порожнині матки.

Такі вагітності є вкрай рідкісними - 1 на 20000, 1 на 100000 вагітностей і в більшості практичних лікарів асоціюються з підвищеним ризиком розвитку злякисних трофобластичних пухлин, ініційованих міхуровим заносом. Переривати такі вагітності при бажанні жінки та відсутності аномалій розвитку плоду **не потрібно**, оскільки у 35,0% випадків можливе народження здорових дітей. За даними літератури та досвідом Українського Центру з діагностики та лікування трофобластичних пухлин ризик розвитку злякисних трофобластичних пухлин, ініційованих міхуровим заносом, після таких вагітностей складає близько 30,0 %.

Вторинна профілактика злякисних трофобластичних пухлин у цієї групи жінок передбачає обов'язкове гістологічне дослідження посліду та адекватне спостереження після завершення вагітності за алгоритмом спостереження хворих після евакуації міхурового заносу.

Усі пацієнтки після видалення міхурового заносу повинні перебувати під спостереженням онкогінеколога з першочерговим дослідженням сироваткового рівня хоріонічного гонадотропіну.

За сприятливого перебігу захворювання після видалення повного міхурового заносу нормалізація рівня хоріонічного гонадотропіну настає приблизно на 78 день, при частковому - на 63 день.

Чітке дотримання алгоритму спостереження хворих після евакуації міхурового заносу - головна передумова вторинної профілактики злякисних трофобластичних пухлин, ініційованих міхуровим заносом. Діагноз «Злякисна трофобластична пухлина» після евакуації міхурового заносу визначається згідно критеріїв FIGO-BOOЗ (2002):

- 1) плато рівень хоріонічного гонадотропіну при чотириразовому дослідженні протягом 3-х тижнів (в 1, 7, 14 та 21 день) після евакуації міхурового заносу

- 2) підвищення рівня ХГ на 10,0% та більше при триразовому дослідженні протягом 2-х тижнів (в 1, 7, 14 день) після евакуації міхурового заносу;

- 3) діагностування хоріонічного гонадотропіну у сироватці крові через 6 місяців після евакуації міхурового заносу;

- 4) гістологічно підтверджена хоріокарцинома, ініційована міхуровим заносом.

Тактика ведення пацієнтів з злякисними трофобластними пухлинами

-консультація онкогінеколога;

-контролювати рівень хоріонічного гонадотропіну у сироватці крові щотижня (тест-наборами з чутливістю $<MO/l$);

- проконсультувати мікропрепарати видаленої пухлини в Українському Центрі з діагностики та лікування трофобластичних пухлин у Національному інституті раку;

- виконати рентгенографію органів грудної порожнини після видалення міхурового заносу;

- виконати ультразвукове дослідження органів черевної порожнини та малого тазу (доплерографія).

Особливих пересторог для пацієнток після видалення міхурового заносу немає.

Після обстеження можна продовжувати звичайний режим життя та харчування. Відновлення менструальної функції, зазвичай, спостерігається через 4 тижні після видалення пухлини, однак можлива тривала (до 3 місяців) аменорея (відсутність місячних).

VI. План та організаційна структура заняття.

\п	Основні етапи заняття, їх функції та зміст	лі	Методи контролю навчання	і	Матеріал и методичного забезпечення	ас
	2		4		5	
Підготовчий етап						
	Організаційні заходи					%
I	Постановка навчальних цілей та мотивація				Див.п.2” Навчальні цілі” Див.п.1” Актуальність теми”	%
II	Контроль вихідного рівня знань, навиків, вмінь: -Причини та патогенез розвитку фонових та передракових станів шийки матки та ендометрію, молочних залоз та трофобластичних захворювань -Класифікація фонових та передракових станів шийки матки та ендометрію, молочних залоз та трофобластичних захворювань	$\alpha=2$)	- індивідуальне теоретичне опитування - тестовий контроль - рішення типових задач		- питання для теоретичного опитування - тести - типові задачі - структурно-логічні схеми, таблиці - муляжі	5%

	<p>-Клініка фонових та передракових станів шийки матки та ендометрію, молочних залоз та трофобластичних захворювань</p> <p>-Діагностика фонових та передракових станів шийки матки та ендометрію, молочних залоз та трофобластичних захворювань</p> <p>-Лікарська тактика при фонових та передракових станів шийки матки та ендометрію, молочних залоз та трофобластичних захворювань</p> <p>-Методи лікування фонових та передракових станів шийки матки та ендометрію, молочних залоз та трофобластичних захворювань</p> <p>-Методи профілактики виникнення фонових та передракових станів шийки матки та ендометрію, молочних залоз та трофобластичних захворювань</p>				
Основний етап					
V	<p>Формування професійних навичок:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Збирати гінекологічний анамнез - Виконувати гінекологічне дослідження. 	$\alpha=3$)	<p>Метод формування навичок:</p> <p>практичний тренінг</p>	<p>Алгоритми методів обстеження гінекологічних хворих,</p>	5%

<p>Формування професійних вмінь:</p> <p>-Зібрати анамнез і виділити ознаки, притаманні фонових та передракових станах шийки матки та ендометрію, молочних залоз та трофобластичних захворювань</p> <p>-Скласти план обстеження для діагностики фонових та передракових станах шийки матки та ендометрію, молочних залоз та трофобластичних захворювань</p> <p>-Оцінити результати основного та додаткового обстеження при фонових та передракових станах шийки матки та ендометрію, молочних залоз та трофобластичних захворювань</p> <p>-Провести діагностику фонових та передракових станах шийки матки та ендометрію, молочних залоз та трофобластичних захворювань</p> <p>-Визначити тактику ведення хворої з різними формами фонових та передракових станів шийки матки та ендометрію, молочних залоз та трофобластичних захворювань</p>	<p>$\alpha=4$)</p>	<p>Метод формування вмінь:</p> <p>тренінг у вирішенні типових і нетипових ситуаційних задач - реальних клінічних, імітованих, тестових</p>	<p>муляжі для тренінгу, гінекологічний інструментарій,</p> <p>Тематичні хворі, історії хвороби; УЗД –знімки або УЗД в реальному часі, результати інших додаткових методів обстеження</p> <p>ситуаційні задачі IV рівня, інтерактивні завдання.</p>	
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

	<p>-Призначити лікування при фонових та передракових станах шийки матки та ендометрію.</p> <p>-Визначити показання до хірургічного лікування при передракових станах шийки матки та ендометрію, молочних залоз</p> <p>-Скласти план щодо реабілітації хворих з фоновими та передраковими станах шийки матки та ендометрію, молочних залоз та трофобластичних захворювань</p>				
Підсумковий етап					
I	<p>Контроль та корекція рівня практичних навиків.</p> <p>Контроль та корекція рівня професійних вмінь</p> <p>Підведення підсумків заняття: Теоретичного, практичного, організаційного</p> <p>Домашнє завдання</p>	<p>$\alpha=3$)</p> <p>$\alpha=4$)</p>	<p>Індивідуальний контроль практичних навиків</p> <p>Аналіз результатів клінічної роботи студентів, рішення задач і тестів IV рівня</p> <p>Підсумкове оцінювання студентів за критеріями знань, навиків, вмінь</p>	<p>Тематичні хворі, муляжі Гінекологічний інструментарій</p> <p>Результати клінічної роботи, нетипові задачі і тести IV рівня</p> <p>Орієнтовна карта для самостійної роботи з літературою. Рекомендована</p>	0%

				література (основна, додатков а, електронні джерела)	
--	--	--	--	------------------------------------------------------------------	--

VII. Матеріали методичного забезпечення заняття

7.1. Матеріали контролю для підготовчого етапу заняття

Питання ($\alpha=2$) :

- Причини та патогенез розвитку фонових та передракових станів шийки матки та ендометрію, молочних залоз та трофобластичних захворювань

- Класифікація фонових та передракових станів шийки матки та ендометрію, молочних залоз та трофобластичних захворювань

- Клініка фонових та передракових станів шийки матки та ендометрію, молочних залоз та трофобластичних захворювань

- Діагностика фонових та передракових станів шийки матки та ендометрію, молочних залоз та трофобластичних захворювань

- Фактори ризику фонових та передракових станів шийки матки та ендометрію, молочних залоз та трофобластичних захворювань

- Лікарська тактика при фонових та передракових станах шийки матки та ендометрію, молочних залоз та трофобластичних захворювань

- Методи лікування фонових та передракових станів шийки матки та ендометрію, молочних залоз та трофобластичних захворювань

Тестові задачі

1. Хвора 40 років, при профогляда на шийці матки утворення 2x2 см блідо-жовтого кольору, контури нерівномірні, межі зі здоровою слизовою шийки матки чіткі. На поверхні – незначні папіломатозні розростання. Тіло матки без патологічних змін, параметрії вільні з обох сторін. Зліва близько до стінок тазу – щільне нерухоме утворення 3x4 см. Який найбільш доцільний метод обстеження для уточнення діагнозу?

1. Прицільна біопсія
2. Цитологія мазків шийки матки
3. Розширена кольпоскопія
4. Лапароскопія
5. Мазки на мікрофлору

2. Жінка 42 роки звернулася до гінеколога зі скаргами на контактні кровотечі з зовнішніх статевих шляхів. При огляді – гіпертрофія вагінальної частини шийки матки, поверхня ерозована. Який метод діагностики найбільш показаний для верифікації діагнозу?

3. Кольпоскопія
4. Реакція Васермана
5. Біопсія тканини шийки матки
6. Цитологічне дослідження мазка з поверхні шийки матки

7. Цервікоскопія

3. До доброякісних патологічних процесів шийки матки відносяться такі патологічні процеси:

1. При яких зберігається нормоплазія епітелію
2. **При яких виникає порушення диференціювання, дозрівання та відторгнення епітеліальних клітин, при цьому процес не виходить за межі базальної мембрани.**
3. **При якому виникає порушення диференціювання, дозрівання та відторгнення епітеліальних клітин, при цьому процес виходить за межі базальної мембрани.**
4. При якому з'являються клітини з різним ступенем атипії

4. До доброякісних (фонових) патологічних процесів шийки матки відносять:

1. Поля дисплазії
2. Ектопію циліндричного епітелію
3. Лейкоплакія проста.
4. Проліферуюча лейкоплакія

5. До преклінічного раку шийки матки відносять:

1. Екзо- і ендоцервіцити.
2. Ендо метріоз шийки матки
3. Ектопія циліндричного епітелія
4. Передпухлинна зона трансформації

6. Вилікованих хворих на доброякісні патологічні процеси можна знімати з диспансерного нагляду лише:

1. Після заключного огляду з використанням кольпоцервікоскопічних та цитологічних методів через півтора — два місяці після лікування
2. Після заключного огляду з використанням кольпоцервікоскопічних та цитологічних методів через шість місяців після лікування
3. Після заключного огляду з використанням кольпоцервікоскопічних та цитологічних методів через рік після лікування
4. Після заключного огляду з використанням кольпоцервікоскопічних та цитологічних методів через два роки після лікування

7. Зняття з обліку хворих на передракові процеси шийки матки після радикального лікування допустиме тільки:

1. При повному ендоскопічному, цитологічному видужанні через два роки після лікування
2. При повному ендоскопічному, цитологічному видужанні через рік після лікування
3. При повному ендоскопічному, цитологічному видужанні через шість місяців після лікування
4. При повному ендоскопічному, цитологічному видужанні через три роки після лікування

лікування

8. Хвора 55 років Скаржитья на збільшення розмірів живота, закрепи, астеною, появу мажучих виділень з піхви після 4 роки, після настання менопаузи. Який метод дослідження для верифікації діагнозу необхідно провести?

1. Роздільне діагностичне вишкрібання порожнини матки і цервікального каналу
2. УЗД
3. Рентгенологічне дослідження ШКТ
4. Метросальпінгографію
5. Лапароскопію

9. У хворої 33 років з комплексною атиповою гіперплазією ендометрія після 3 місяців консервативної гормональної терапії проведено діагностичне вишкрібання порожнини матки. При повторному гістологічному дослідженні знову виявлена комплексна атипова гіперплазія ендометрію. Яка подальша лікувальна тактика?

1. Призначення гестагенів.
2. Призначення агоністів гонадотропін рилізінг гормонів.
3. Проведення абляції ендометрія.
4. Проведення надпівхової ампутації матки.
5. Проведення екстирпації матки.

10. До лікаря звернулася жінка 62 років зі скаргами на кров'яні виділення з піхви. Менопауза 12 років, у гінеколога не була 10 років. При обстеженні – матка не збільшена, безболісна, додатки не пальпуються. Тактика лікаря?

1. Фракційне діагностичне вишкрібання.
2. Гемостатична терапія
3. Гормональний гемостаз.
4. Оперативне лікування.
5. Пункція заднього склепіння.

11. У хворої 58 років з комплексною неатиповою гіперплазією ендометрія після 6 місяців консервативної гормональної терапії проведено діагностичне вишкрібання порожнини матки. При повторному гістологічному дослідженні знову виявлена комплексна неатипова гіперплазія ендометрія. Яка подальша лікувальна тактика?

1. Призначення гестагенів.
2. Призначення агоністів гонадотропін рилізінг гормонів.
3. Проведення абляції ендометрія.
4. Проведення надпівхової ампутації матки.
5. Проведення екстирпації матки.

12. На прийомі у дільничого акушер-гінеколога у хворої Л. 28 років було діагностовано просту лейкоплакію. Цитологічне заключення: отримані без'ядерні поверхневі клітини з гіперкератозом. Яка лікарська тактика?

1. Гормональна терапія.
2. Кріодеструкція.
3. Спостереження.
4. Протизапальна терапія.
5. Електроексцезія.

13. Який з перерахованих пухлин-асоційованих антигенів доцільно використовувати у хворих на РМЗ:

1. CA 15.3
2. CA 19.9
3. CA 125
4. CA 72.4

14. Серед перерахованих факторів виділіть найбільш вагомий щодо ризику виникнення у жінок РМЗ :

1. Метаболічні порушення(ожиріння)
2. Екзогенні фактори (паління, висококалорійна їжа)
3. Генетичні фактори BRCA
4. Ендокринні порушення(діабет, гіпотиріоз)

15. Сторожовий або сигнальний лімфатичний вузол це:

1. Збільшений в розмірах солітарний регіонарний лімфатичний вузол, який доступний пальпації
2. Один з перших лімфатичних вузлів на шляху відтоку лімфи від первинної пухлини
3. Солітарний лімфогенний мікрометастаз у зоні регіонального лімфовідтоку ,діагностований гістологічно .
4. Лімфогенний регіонарний метастаз , діагностовано на підставі імуногістохімії.

Ситуаційні задачі ($\alpha=2$)

1. Хвора К., 19 років, звернулася до лікаря зі скаргами на те, що у неї тривалий час спостерігаються рясні світлі слизові виділення. Менструація без відхилень від норми. При огляді в дзеркалах на шийці матки виявляється яскраво-рожева ділянка. Кольпоскопічно в зоні I і II, частково III, виявлено яскраво-рожеву ділянку з зернистою поверхнею, яка нагадує гроно винограду. Змін з боку матки, додатків, параметрія не виявлена. Встановіть попередній діагноз. Які сучасні методи лікування можна використати при даній патології?

2. У хворої А., 36 років, на профілактичному огляді в дзеркалах виявлено деформацію шийки матки старими післяпологовими розривами. При кольпоскопічному дослідженні на задній губі в зоні II на 16.00 виявлені поля дисплазії. Попередній діагноз. Що необхідно зробити для уточнення діагнозу?

3. Хвора 46 років має ожиріння і розлади менструального циклу. За останні 3 роки з лікувальною і діагностичною метою 5 разів проводилося роздільне вишкрібання цервікального каналу і порожнини матки. Результат гістологічного дослідження після кожного вишкрібання — поліпоз ендометрія. Консервативне лікування неефективне. Діагноз. План подальшого лікування.

4. Хвора 35 років звернулася до гінеколога зі скаргами на рясні і часті місячні. До цього до гінеколога не зверталась. В анамнезі: двоє пологів і 2 штучних аборти. При бімануальному дослідженні патології не виявлено. УЗД: тіло матки та додатки нормальних розмірів, структура не змінена. М - луна 25 мм. Діагноз. План обстеження і лікування..

5. Хвора 59 років скаржиться на кров'яні виділення з піхви, які з'явилися після 8 років менопаузи. Загальний стан задовільний. Пологів — 2, абортів — 3. За останні 2 роки до гінеколога не зверталась. Об'єктивно: зовнішні статеві органи без патології, шийка матки атрофічна, чиста. Тіло матки нормальних розмірів, трохи м'якуватої консистенції, рухоме, безболісне. Склепіння глибокі. Придатки не визначаються, ділянка їх безболісна. Параметрії вільні. Виділення серозно-кров'яні. Діагноз? Що робити?

6. У хворої 30 років при черговому профогляді проведено цитологічне обстеження, результат якого – III а тип мазка. Встановіть попередній діагноз. Що треба зробити для уточнення діагнозу?

7. Хвора 43 років скаржиться на кров'яні виділення зі статевих органів протягом двох тижнів. Менструації з 14 років, по 4–5 днів, через 26 днів, помірні, безболісні. Остання менструація почалася з затримкою на два тижні та тривала 14–15 днів. При дослідженні встановлено: шийка матки циліндрична, вічко закрите, тіло матки нормальних розмірів, рухоме, безболісне. Склепіння глибокі. Придатки не пальпуються. Параметрії вільні. Виділення кров'яні, в помірній кількості. Що робити?

8. Хвора 45 років, звернулася до лікаря обласного онкологічного диспансеру зі скаргами на наявність болючих припухлостей у лівій грудній залозі. З анамнезу відомо, що в неї відбулися пологи 1 місяць тому назад, лактаційний період триває місяць. У хворої протягом останніх двох діб спостерігається гарячка гектичного характеру. При огляді і пальпації визначається різка болючість і припухлість у лівій грудній залозі в ділянці нижнього внутрішнього квадранту, шкіра над цією ділянкою гіперемічна. Регіонарні лімфатичні вузли не збільшені.

Попередній діагноз? Яке лікування їй необхідно призначити?

9. Хвора віком 48 років, незаміжня, звернулася зі скаргами на наявність виразки по зовнішньому краю ареоли правої грудної залози, яка не загоюється протягом 4 місяців. Об'єктивно: виразка в діаметрі до 3 см, з нерівними краями, гнійним дном, запальний валик навколо виразки. Ваш попередній діагноз? Ваші перші діагностичні заходи? Який план лікування в цьому випадку?

10. В поліклініку диспансеру звернулася хвора 63 роки, зі скаргами на пухлину в лівій молочній залозі. Новоутворення помітила більше року, тому відмічає що пухлина збільшилася в розмірах. При пальпації відмічається пухлина 3 на 5 см, щільна, неболюча, малорухома, без чітких контурів. Збільшені ліві аксиллярні вузли. Які додаткові методи діагностики показано застосувати? Яке захворювання має місце в даній ситуації?

11. Хвора М., 45 років, звернулася до лікаря зі скаргами на тупий біль у правій молочній залозі, набряк, відчуття важкості і дискомфорту, особливо перед місячними. Хворіє протягом 3 місяців. Патологічних виділень із пипки немає, ареола не змінена. Пальпаторно: у зовнішньому верхньому квадранті визначається пухлина розмірами 3 на 2 см, рухома, щільно-еластичної консистенції. Шкіра над нею не змінена. Який найбільш вірогідний діагноз цієї хворої? Яка ваша подальша діагностична тактика?

12. Хвора Н., 31 року, звернулася на консультацію до мамолога зі скаргами на утвір у лівій грудній залозі, який виник раптово протягом останньої доби. Клінічно під час огляду - утвір знаходиться субареолярно, округлої форми з гладкою поверхнею, щільно-еластичної консистенції, розмірами 2 на 2 см. Аксилярні лімфатичні вузли не збільшені. Ваш попередній діагноз? Які потрібно провести обстеження? Які варіанти лікування можливо у даному випадку?

7.2. Матеріали методичного забезпечення основного етапу заняття

Завдання для формування навичок ($\alpha=3$) :

7. Зібрати скарги і гінекологічний анамнез.
8. Провести основні методи гінекологічного обстеження: огляд зовнішніх статевих органів, огляд в дзеркалах, бімануальне дослідження

Завдання для формування вмінь ($\alpha=4$)

1. Зібрати анамнез і виділити ознаки, притаманні фоновим та передраковим станам шийки матки та ендометрію, молочних залоз та трофобластичних захворювань
2. Скласти план обстеження для діагностики фонових та передракових станів шийки матки та ендометрію, молочних залоз та трофобластичних захворювань
3. Оцінити результати основного та додаткового обстеження при фонових та передракових станів шийки матки та ендометрію, молочних залоз та трофобластичних захворювань
4. Провести діагностику фонових та передракових станів шийки матки та ендометрію, молочних залоз та трофобластичних захворювань. Визначити фактори ризику виникнення фонових та передракових станів шийки матки та ендометрію..
5. Призначати лікування при фонових та передракових станах шийки матки та ендометрію, молочних залоз та трофобластичних захворювань
6. Визначати показання до хірургічного лікування при передракових станах шийки матки та ендометрію, молочних залоз та трофобластичних захворювань

8. Інтерактивне завдання ($\alpha=4$) :

1. Групу студентів поділити на 3 підгрупи, завдання для формування вмінь надати кожній підгрупі
2. Групу студентів поділити на 3-4 підгрупи, кожній групі надати різні знімки УЗ досліджень з різними формами передракових станів шийки матки та ендометрію, на підставі яких пропонувати встановити діагноз.
3. Групу студентів поділити на 2 підгрупи:
Підгрупа 1 – проводить аналіз ведення тематичної хворої на підставі наданої історії хвороби
Підгрупа 2 - оцінює правильність проведеного аналізу

7.2. Матеріали методичного забезпечення підсумкового етапу заняття

- a. Оцінити результати виконання наданих інтерактивних завдань

В

підгрупах студентів.

7.3. Матеріали методичного забезпечення самостійної роботи студентів.

Література.

Навчальна.

Основна:

9. Гінекологія: підручник (за ред. Б.М.Венцківського, Г.К.Степанківської, В.П.Лакатоша).- К.: ВСВ Медицина, 2012.- 648 с.
10. Акушерство і гінекологія (у 2-х книгах): підручник (за ред. Грищенко В.І., Щербини М.О.)// Книга І Акушерство.-К.: Медицина, 2011.- 422 с.; Книга ІІ Гінекологія.- К.Медицина,2011.- 375 с.
11. Запорожан В.М., Чайка В.К., Маркін Л.Б. Акушерство і гінекологія (у 4-х томах): національний підручник: 2013

Допоміжна:

9. Норвітц Єррол Р., Шордж Джон О. Наглядные акушерство и гинекология (перевод с английского).- М.: ГЭОТАР - МЕД, 2003.-141 с.
10. Сенчук А.Я., Вдовиченко Ю.П., Венцковский Б.М., Шунько Е.Е. Руководство по практическим навыкам в гинекологии, акушерстве и неонатологии.- К.: Гидромакс,2006.- 368 с.

Методична

3. Акушерство: підручник (ВУЗ III — IV р.а.) / Б. М. Венцківський, І. Б. Венцківська та ін.; під ред. Б. М. Венцківського, Г. К. Степанківської, М. Є. Яроцького. «Медицина». 2012. — 648с.
4. Жабицкая Л. А. Пузырный занос: клинические аспекты, тактика ведения / Репродуктивное здоровье. Восточная Европа. Приложение.— 2018.— 44–46с.
5. Ross S Berkowitz, MD. Hydatidiform mole: Management / Ross S Berkowitz, MD, Donald Peter Goldstein, MD, Neil S Horowitz, MD // Sep. 2017.
6. Ross S Berkowitz, MD. Hydatidiform mole: Epidemiology, clinical features, and diagnosis / Ross S Berkowitz, MD, Donald Peter Goldstein, MD, Neil S Horowitz, MD.— Sep. 2017.
7. Rebecca N Baergen, MD. Gestational trophoblastic disease: Pathology.— Sep. 2017.
8. Акушерство и гинекология. / Current Obstetric & Gynecologic Diagnosis & Treatment. Eleven Edition / Лорен Натан, Алан Х. ДеЧерни. 2012.
- 9 . <https://almostadoctor.co.uk/about> <https://geekymedics.com/category/medicine/og/>

ТЕМА «ФОНОВІ ТА ПЕРЕДРАКОВІ СТАНИ ЖІНОЧИХ СТАТЕВИХ ОРГАНІВ»

I. Науково-методичне обґрунтування теми

Актуальність теми обумовлена профілактикою раку жіночих статевих органів, оскільки лише рання діагностика і лікування передраку може попередити розвиток раку, який останнім часом зростає у всіх країнах світу.

Патологія шийки матки займає одне з перших місць в структурі гінеколо-гічних захворювань. Частота її виявлення за останні роки не має тенденції до зниження. Відомо, що рак шийки матки дуже рідко виникає на здоровому органі. Виникненню захворювання завжди передуює патологічний процес шийки матки.

Ризик виникнення передракових захворювань ендометрію і переходу їх в рак підвищується в тих випадках, коли у жінок наявні порушення овуляції, обміну жирів, вуглеводів і гіперпластичних процесів ендометрію. Діагностика, лікування передракових станів жіночих статевих органів — це основні профілактичні заходи з попередження раку шийки матки та матки.

II. Навчально-виховні цілі

Для формування вмінь студент повинен **знати**:

- 1) доброякісні (фонові) патологічні стани шийки матки;
- 2) передракові стани шийки матки (дисплазії);
- 3) частота і ступінь ризику переродження передраку в рак шийки матки;
- 4) кольпо-цитоморфологічну картину передраку шийки матки;
- 5) клінічні симптоми передракових процесів шийки матки;
- 6) обов'язкові і додаткові методи дослідження, які використовують для діагностики передраку шийки матки;
- 7) послідовність клінічного обстеження при підозрі на передрак шийкиматки;
- 8) основні методи лікування передракових станів шийки матки;
- 9) скрінінг-діагностика передраку шийки матки;
- 10) профілактика передраку шийки матки;
- 11) етіологію і патогенез предраку ендометрію;
- 12) варіанти патогенетичного перебігу предраку ендометрію;
- 13) класифікацію фонових та передракових станів ендометрію;
- 14) методи діагностики передракових станів ендометрію;
- 15) диференційну діагностику предраку ендометрію;
- 16) методи лікування предраку ендометрію.

В результаті проведеного заняття студент повинен **вміти**:

- 1) визначити фактори ризику щодо виникнення передраку шийки матки та

ендометрію у конкретної хворої;

- 2) провести об'єктивне гінекологічне обстеження хворої з передраковим станом шийки матки;
- 3) володіти методикою забору матеріалу з порожнини матки для цитологічного і гістологічного дослідження;
- 4) скласти план обстеження хворої на передрак шийки матки;
- 5) скласти план обстеження хворої на передрак ендометрію;
- 6) оцінити результати обстеження і поставити діагноз у хворих з передраковими захворюваннями жіночих статевих органів;
- 7) провести диференційну діагностику між фоновими захворюваннями та передраком шийки матки;
- 8) скласти і обґрунтувати план лікування хворих на передрак шийки матки;
- 9) скласти і обґрунтувати план лікування конкретної хворої на передрак ендометрію;
- 10) виписати рецепти препаратів, які застосовуються при лікуванні передракових станів жіночих статевих органів
- 11) скласти план профілактичних заходів передраку шийки матки;
- 12) скласти план профілактичних заходів передраку ендометрію у конкретної хворої.

III. Базові знання

1. Анатомія жіночих статевих органів.

2. Методи обстеження гінекологічних хворих.

3. Поняття про передрак.

4. Теорія канцерогенезу.

5. Нейрогуморальна регуляція менструального циклу

6. Гормональні препарати і механізми їх дії.

7. Морфологічні ознаки гіперпластичних процесів і атипії ендометрія. 8. Механізм виникнення гіперпластичних процесів ендометрія при порушеннях менструального циклу і доброякісних пухлинах матки.

IV. Зміст навчального матеріалу

Зміст навчального матеріалу

I. Фонові та передракові захворювання зовнішніх ЖСО

75% випадків злоякісних пухлин жіночих зовнішніх статевих органів виявляють у занедбаних стадіях. Тому треба визнати, що найбільш оптимальним є шлях вторинної профілактики - ефективне лікування фонових та передракових захворювань вульви.

КЛАСИФІКАЦІЯ ПАТОЛОГІЇ ВУЛЬВИ Доброякісні (фонові) епітеліальні захворювання шкіри та слизової оболонки:

1. Склеротичний лишай (раніше атрофічна дистрофія без атипії).
2. Плоскоклітинна гіперплазія (раніше гіперпластична дистрофія без атипії).
3. Інші дерматози.

Передракові епітеліальні захворювання:

1. Плоскоклітинна інтраепітеліальна неоплазія (раніше - дистрофія з атипією):

- VIN (вільварна інтраепітеліальна неоплазія) I (слабка дисплазія)
 - VIN II (помірна дисплазія)
 - VIN III (тяжка дисплазія або мікроінвазивна карцинома).
2. Неплоскоклітинна інтраепітеліальна неоплазія.
 3. Хвороба Педжета.
 4. Неінвазивна меланома.

Фонові захворювання (дистрофія вульви) – патологічні стани епітелію, що полягають у порушенні росту та дозрівання епітеліоцитів; найчастіше зустрічаються у пацієток в пре- та постменопаузі, супроводжуються сильним свербінням, білим ураженням вульви та погано піддаються лікуванню. Гіперпластична дистрофія характеризується наявністю патологічного ороговіння, потовщення шкіри в ділянці вульви білого або жовтого кольору. Складки вульви збільшуються, звуження входу до піхви практично не спостерігається. Склеротичний лишай відрізняється тим, що шкіра тонка, у вигляді пергаменту, гладка і блискуча, легко тріскається, перебуває у стані хронічного запалення. Складки прикривають клітор, вхід до піхви різко звужений. Змішана дистрофія зустрічається у 15% випадків і характеризується наявністю ділянок вульви як з ознаками гіперпластичної дистрофії, так і склеротичного лишая.

Вульвіт - запальний процес шкірно-слизових оболонок вульви, який характеризується появою набряку, значної гіперемії та розгалуження судин, які під впливом оцтової кислоти звужуються і деякий час не визначаються. Проба є диференціально-діагностичною, бо неправильної форми судини, що характерні для злоякісного процесу, на оцтову кислоту не реагують. При вульвіті слизові оболонки вкриті жовтуватим або зеленуватим слизом.

Справжня ерозія - яскраво-червоний дефект сквамозного епітелію, іноді з загорнутими краями. Справжні ерозії виникають внаслідок механічного пошкодження, а при приєднанні інфекції мають запальний характер. Дно такої ерозії тьмяне, з зернистою поверхнею і набряком оточуючих тканин. Краї нечіткі, розмиті.

Кондилома має вигляд товстих пальцеподібних блідо-рожевих новоутворень з деревоподібною капілярною мережею, що позитивно реагують на оцтову кислоту. *Лейкопакія* характеризується змінами, які залежать від ступеня гіперкератозу і прогресують від непроліферуючої до проліферуючої форми, від вогнищевої до зливної, виглядає як білі, жовтуваті або сірі плями з перламутровим блиском, різної форми, з чіткими чи стертими краями на рівні шкірно-слизових покривів вульви. Ознаками початкової малігнізації є поліморфізм судинних та епітеліальних структур, біло-сірий, жовтуватий колір та скловидна прозорість тканини.

Передракові захворювання вульви - це дисплазія або вульварна інтраепітеліальна неоплазія (VIN), при яких виражені гіперплазія, проліферація, порушення диференціювання, дозрівання та відторгнення епітеліальних клітин.. В залежності від ступеня вираження атипії сквамозного епітелію розрізняють слабку помірну та важку (інтраепітеліальний рак) неоплазію - VIN (I-III). VIN I - характеризується гіперплазією базальних і парабазальних клітин, клітинним і ядерним поліморфізмом, мітотичною активністю у глибоких шарах сквамозного епітелію. VIN II - зміни захоплюють 1/2 - 2/3 товщі епітеліального пласта, в той час як нормальна стратифікація вищележачих шарів зберігається. VIN III - патологічними змінами охоплюється весь епітеліальний пласт. Дистрофія вульви, - це порушення росту та

дозрівання епітелію. Причини цього захворювання до кінця не встановлені, проте важливе значення надається: - вірусному інфікуванню (вірусами простого герпесу, папіломи людини) - порушенням функції гіпоталамічних центрів, - гіпоестрогенії (дефіциту та дисбалансу гормонів), - порушенню жирового обміну, - патології щитовидної залози.

Діагностика

Вульвоскопія, достовірність якої сягає 98,3%, дозволяє розрізнити вульвоскопічні картини:

- нормальну слизову оболонку
- доброякісні гіпертрофічні, атрофічні та запальні зміни епітелію
- (вульвіт, справжня ерозія, кондилома); атиповий епітелій (лейкоплакія, основа лейкоплакії, поля);
- ранній рак.

У пременопаузі та менопаузі з'являються дистрофічні та атрофічні зміни в епітеліальних та сполучнотканинних структурах і через шкірно-слизові оболонки простежується субепітеліальна судинна мережа (телеангіоектазії). Стоншений епітелій легко травмується і при вульвоскопії виявляються геморагії, справжні ерозії, а при приєднанні інфекції - явища вульвіту.

Цитологічні дослідження є пріоритетними у програмі зниження захворюваності та покращення результатів діагностики патології жіночих зовнішніх статевих органів. Для отримання матеріалу для цитологічного дослідження запропоновано вульварний ніж, який дозволяє отримати для досліджень життєздатні клітини глибоких шарів епітелію методом примусової ексфоціації. Діагностична достовірність методу становить 86%. Використовуються металеві чи пластмасові шпатель, жолобуваті зонди. Найінформативнішим методом діагностики на різних етапах перебігу патології вульви є гістологічне дослідження (біопсія)

II. Фонові та передракові захворювання шийки матки

До доброякісних патологічних процесів шийки матки відносяться такі патологічні процеси: фонові- при яких зберігається нормоплазія епітелію, тобто проходить правильне ділення епітеліальних клітин, їх диференціація, дозрівання, старіння та відторгнення; передракові- це патологічні процеси (цервікальна інтраепітеліальна неоплазія CIN, або дисплазія), при яких спостерігають гіперплазію, проліферацію, порушення диференціювання, дозрівання та відторгнення епітеліальних клітин при цьому процес не виходить за межі базальної мембрани

Фонові та передракові стани, займають одне з перших місць в структурі гінекологічних захворювань. У зв'язку з цим доброякісні патологічні процеси розглядаються як фонові або як факультативний передрак.

До доброякісних (фонових) патологічних процесів відносять:

- ектопію циліндричного епітелію,
- доброякісну зону трансформації,
- екзо- і ендцервіцити, справжню ерозію,
- субепітеліальний ендометріоз,
- крововиливи,
- телеангіоектазії,

- поліпи.

Вони становлять 80—85% патологічних змін на шийці матки. При наявності вірусного інфікування обов'язкова диференціація вірусу папіломи людини (ВПЛ) та вірусу простого герпесу (ВПГ).

Лікування фонових захворювань ШМ:

При виявленні вірусної інфекції до комплексного лікування включають противірусну терапію системно та локально: інтерферони (лаферон, реаферон, інтрон А, реалдерон) поєднують з препаратами ацикловіру (зовіракс, віролекс, ловір, вальтрекс, герпевір). Для підвищення ефективності лікування до схем включають імуномодулятори (декаріс, тімалін, тактивін), рослинний адаптоген протекфлазид. При наявності ерозій епітелію слід застосовувати регенеруючу терапію місцево, наприклад супозиторії з пантенолом.

Враховуючи, що при бактеріоскопічному дослідженні вагінального вмісту у 36-42% пацієнток виявляють дріжджові гриби, хламідії, гарднерсли, трихомонади, необхідно проводити адекватне лікування супутньої інфекції та здійснювати корекцію біоценозу вагіни. Лікування слід проводити обом партнерам.

Лікування хворих з гіпоестрогенією проводять в залежності від причини її виникнення. Хворим, які перенесли хірургічну кастрацію до 45 років, призначають замінну гормонотерапію. У періоді менопаузи, препаратом вибору при встановленій гіпоестрогенії може бути також «овестін», частина дози якого вводиться в піхву, а частина втирається в уражені ділянки піхви. При неефективності консервативної терапії застосовуються деструктивні методи лікування - лазеротерапія, кріодеструкція, хірургічне лікування.

До доброякісних передракових станів шийки матки відносять дисплазію епітелія

Дисплазії— це патологічний процес, при якому порушується нормальне диференціювання та стратифікація через гіперплазію базальних і парабазальних клітин без подальшої диференціації. Отже, з'являється клітинна та тканева атипія. з різним ступенем тяжкості.

Атипія — це відсутність рис звичайної будови. Вона може бути тканинною, клітинною, ядерною. *Атипія не є синонімом малігнізації*. Вона може бути присутня при різних видах дисплазії - при регенераторних процесах і хронічному запаленні.

Передракові процеси (дисплазії) становлять 15—18% всіх патологічних процесів шийки матки. Вони мають пряме відношення до виникнення злоякісних пухлин, хоча останні і не завжди з них розвиваються.

За кордоном і в нашій країні найбільш визнаною серед цитологів і клініцистів є класифікація цитограм піхвових мазків по Паланіколау (1947). Вона недостатньо повно відображає сутність патологічного процесу, однак повністю підходить для цитологічного скринінгу. Дана класифікація включає п'ять класів або типів мазка.

1-й клас — атипові клітини відсутні, нормальна цитологічна картина.

2-й клас — зміни клітинних елементів, зумовлені запальним процесом в піхві або шийці матки.

3-й клас — існують поодинокі клітини зі зміненими співвідношеннями ядра і цитоплазми, що відповідають дисплазіям (CIN) — слабкій (CIN I), помірній (CIN II) і тяжкій (CIN III).

4-й клас — виявляються поодинокі клітини з ознаками злоякісності і відповідають станам підозри на рак шийки матки.

5-й клас — в мазку є численні атипові клітини, дана картина відповідає раку шийки матки. На теперішній час класифікація Папаніколау вже не може повністю задовільнити потреби клініки. Сьогодні дедалі частіше в класифікації цитологічних висновків використовується міжнародна термінологія Бетесда 2014 року.

Для цитологічної оцінки плоского епітелію:

- ASCUS (atypical squamous cells of undetermined significance) — атипові клітини плоского епітелію невизначеного значення, не виключено запальний процес на шийці матки;
- ASC-H (atypical squamous cells can not exclude HSIL) — атипові клітини плоского епітелію, не виключене ураження тяжкого ступеня;
- LSIL (Low-grade Intraepithelial Lesion) — ураження епітелію низького ступеня (зазвичай, сюди належить CIN-I).
- HSIL (High-grade Intraepithelial Lesion) — ураження епітелію високого ступеня (термін об'єднує дисплазію помірного ступеня, тяжкого ступеня і внутрішньоепітеліальну карциному, CIN-II і CIN-III).
- Плоскоклітинна карцинома

Для цитологічної оцінки залозистого епітелію:

- AGC-US: Atypical glandular cells of undetermined significance (атипові клітини залозистого епітелію невизначеного значення);
- AGC favor neoplastic: Atypical glandular cells, favour neoplastic (атипові клітини залозистого епітелію з підозрою на неоплазію);
- AIS: Endocervical adenocarcinoma in situ (ендоцервікальна аденокарцинома in situ);
- Adenocarcinoma (аденокарцинома).

ФАКТОРИ РИЗИКУ ПЕРЕДРАКОВИХ СТАНІВ ШИЙКИ МАТКИ

До факторів ризику епітеліальних дисплазій відносять ранній початок статевого життя і часту зміну статевих партнерів, посттравматичні (післяпологові, післяабортні) зміни епітелію шийки матки і запальні захворювання; інфікування вірусами (HPV, VHS-2) та інфекціями, що передаються статевим шляхом, зміни гормонального стану (абсолютна або відносна гіперестрогенія), вплив шкідливих умов виробництва і екології.

Як етіологічні фактори розглядалось багато збудників захворювань, що передаються статевим шляхом. Однак не було підтверджено етіологічного зв'язку дисплазії і раку шийки матки із захворюваннями, що передаються статевим шляхом, включаючи гонорею, цитомегаловірус, герпес, хламідіоз, уреоплазмоз та інші інфекції, вони, головним чином, відіграють другорядну роль.

Багаточисельні епідеміологічні та молекулярно-біологічні дані свідчать про важливу роль папіломавірусу людини в розвитку передраку та раку шийки матки. На практичному занятті студентам необхідно підкреслити, що всі типи ВПЛ, асоційовані з

неоплазіями та раком шийки матки, можуть бути умовно поділені на групи "високого ризику", що виявляються головним чином у злоякісних пухлинах, їх прототипом є ВПЛ типу 16 та 18; та "низького ризику", що виявляються, як правило, у разі доброякісних уражень шийки матки. їх прототипом є ВПЛ типів 6 та 11.

ДІАГНОСТИКА ПАТОЛОГІЙ ШИЙКИ МАТКИ ТА ПРОФІЛАКТИКА РАКУ ШИЙКИ МАТКИ

Діючою профілактикою РШМ є своєчасне виявлення і лікування фонових та передракових захворювань, зокрема дисплазії (цервікальна інтраепітеліальна неоплазія (CIN)). За останні 10 років зросло число дисплазій ШМ у молодих жінок у віці до 30 років і зросла смертність від РШМ у віковому інтервалі 25-49 років. На сьогодні в Україні обов'язкове скрінінгове обстеження жінок включає огляд гінекологом шийки матки у дзеркалах, взяття мазків з епітеліального шару шийки матки та цитологічне їх дослідження. Основне завдання цитологічного скрінінгу – виявлення на етапі первинного огляду хворих з фоновими та передпухлинними захворюваннями шийки матки, поглиблене їх обстеження з використанням високоефективних діагностичних методів.

Діагностика патології шийки матки включає в себе:

а) основні методи обстеження: збір анамнестичних даних, огляд шийки матки у дзеркалах, цитологічні дослідження, кольпоскопія, бімануальне піхвове дослідження, морфологічне дослідження цілеспрямованого біопсійного матеріалу;

б) додаткові методи обстеження: бактеріологічні та бактеріоскопічні, вірусологічні, гормональні, кольпоцитологічні, сонографія органів малого тазу.

В клінічній практиці використовується **двохетапний** метод діагностики патології шийки матки.

На першому етапі з метою профілактики і ранньої діагностики передраку і раку шийки матки найбільш раціонально використовувати цитологічний скрінінг при профілактичних гінекологічних обстеженнях жінок всіх груп. Цитологічний діагноз обов'язково повинен відображати особливості мікроскопічної картини і морфологічних змін клітин в піхвових мазках.

Другий етап передбачає обстеження жінок, у яких виявлені атипів клітини, з використанням кольпоцервікоскопії та прицільної біопсії.

Цитологічне дослідження (бажано методом рідинної цитології) разом із кольпоскопією та ВПЛ-тестуванням – це основа діагнозу норми шийки матки. Масові профілактичні огляди, скрінінг дозволяють виявляти як фонові, так і передракові стани. При проведенні профілактичних оглядів важливе місце відводиться кольпоскопічному та цитоморфологічному методам дослідження. Враховуючи причетність вірусу папіломи до розвитку деяких форм передраку шийки матки, виникає необхідність обстеження хворих на папіломавірусну інфекцію імунологічними та молекулярно-біологічними методами (імунопероксидазний, гібридизація *in situ* та ДНК ПЛР та генотипування на онкогенні штами ВПЛ, особливо 16,18) і це має принципове значення, оскільки виявлення папіломавірусної інфекції визначає різну лікувальну тактику ведення хворих. Первинна профілактика РШМ заключається в проведенні заходів по відношенні до осіб, які не мають ознак захворювання, з метою попередження його розвитку в подальшому. Класичним прикладом первинної

профілактики РШМ є вакцинація дівчаток-підлітків до початку статевого життя. Вторинна профілактика РШМ заключається в ранньому виявленні і лікуванні жінок, які мають передракові зміни на шийці матки з метою попередження, в подальшому, розвитку інвазивного раку

У хворих з цитологічно і ендоскопічно виявленою передраковою патологією необхідно виконати під контролем кольпоскопа біопсію з наступним гістологічним дослідженням

Правила проведення цитологічного дослідження ШМ традиційним методом :

1) Мазки бажано брати у II фазі менструального циклу, після обережного видалення слизу ватним тампоном;

2) Забор матеріалу потрібно проводити:

а) з поверхні ШМ

б) із цервікального каналу (бажані щіточки cervix brush, ложечки Фолькмана, зонди),

в) з патологічного вогнища окремо.

3) Матеріал наноситься тонким шаром на обезжирене скло, окремо із кожної зони і фіксується у суміші Никіфорова (спірт 96% : ефір = 1:1).

Найефективніший спосіб діагностики на сьогодні — PAP-тест, або рідинна цитологія. Що таке рідинна цитологія?

Рідинна цитологія (ПАП-тест) - це найефективніший на сьогодні вид цитологічного лабораторного обстеження з метою скринінгу раку шийки матки. Дозволяє вивчити детальну будову клітин шийки матки під мікроскопом. Назва походить від імені онколога, який винайшов цей тест - Георгіса Папаніколау. Має ще одну назву — «онкоцитологія».

Різниця між традиційною та рідинною цитологією

Традиційне цитологічне дослідження — не те саме, що ПАП-тест методом рідинної цитології. Основна відмінність - у методі фіксації матеріалу:

- При заборі методом традиційної цитології, мазок наносять на скло, висушують та передають на дослідження цитологам.

- При заборі методом рідинної цитології, той самий матеріал поміщають у консервувальну рідину. Клітини зберігаються у своєму природному стані, що дозволяє більш ретельно дослідити їх в умовах лабораторії. Результат рідинної цитології — максимально точний та інформативний. Він дозволяє виявити та вчасно пролікувати передракові стани, не допускаючи подальшого розвитку.

Переваги ПАП-тесту

- Відповідь з першого взяття матеріалу;
- Висока точність результату, адже матеріал довше зберігається, ніж при заборі іншими методами, а також не руйнується під дією різних факторів;
- При одноразовому заборі є можливість провести два дослідження: ПАП-тест та діагностику на ВПЛ;
- Можливість виявлення хвороби на ранніх стадіях.

Кому та коли потрібно робити ПАП-тест?

Тест необхідно регулярно проходити всім жінкам, які ведуть статеве життя. У більшості країн світу рекомендують робити цитологічне дослідження кожні три роки, починаючи з 21-річного віку. Проте за наявності факторів ризику, доцільно робити пап-тест 1 раз на рік. Цими факторами ризику є:

- випадки раку шийки матки у родині — в матері, бабусі, сестри;
- ранній початок статевого життя — до 16 років;
- часта зміна статевих партнерів без використання бар'єрної контрацепції (презервативів);
- куріння;
- ВІЛ-інфекція;
- ослаблений імунітет через прийом кортикостероїдів.

Також ПАП-тест призначають для контролю ефективності лікування, оцінки динаміки захворювання.

Кому не можна робити ПАП-тест?

Проведення дослідження методом рідинної цитології має деякі протипокази. ПАП-тест не проводять:

- жінкам, які ще не живуть статевим життям;
- при наявності кров'янистих виділень з піхви (під час менструального циклу);
- при аномалії розвитку статевих органів, які перешкоджають взяттю біоматеріалу з піхви;
- при повному закритті каналу шийки матки;
- після процедури хірургічного видалення матки (тотальна гістеректомія).

Після досягнення 65-річного віку жінка може припинити регулярне проведення цитологічного дослідження, якщо попередні результати ПАП-тестів були негативними.

ПАП-тест рекомендовано проходити в перші дні після завершення менструації. Виняток — жінки, які приймають оральні контрацептиви (протизаплідні пігулки) та жінки у періоді менопаузи. Вони можуть проходити цитологічне дослідження у будь-який день. **Розшифровка результату ПАП-тесту є наступною:**

• **NILM** - Нормальний результат рідинної цитології — негативний. Це означає, що шийка матки - здорова. Рекомендований плановий огляд через рік.

• **ASC-US** - атипові клітини плоского епітелію невизначеного значення — означає, що деякі клітини мають нетиповий вигляд, але не відомо, чи це пов'язано з раком. Можливими причинами можуть бути поліпи, зміни гормонального фону, інфекції та навіть подразнення. При отриманні такого результату рекомендовано перездати ПАП-тест через 6-12 місяців.

• **ASC-H** - атипові клітини плоского епітелію, які не дозволяють виключити HSIL — вказує на те, що в тканинах зовнішньої частини шийки матки є аномальні клітини. Це може свідчити про передраковий стан, і потребує лікування. Скоріш за все, після отримання такого результату лікар скерує вас на подальше дообстеження.

• **AGC** - атипові залозисті клітини — деякі клітини внутрішньої частини матки або слизової оболонки її шийки мають нетиповий вигляд, можливі захворювання матки. Інколи у висновку ПАП-тесту вказано, які саме це клітини.

- **LSIL (CIN I)** - низький ступінь плоскоклітинного інтраепітеліального ураження — у клітинах є зміни, можливо, спричинені ВПЛІ. Цей стан має назву дисплазія легкого ступеня. Може минати самотійно (без лікування). Але консультація лікаря після отримання такого результату є обов'язковою.

- **HSIL (CIN II /CIN III)**- високий ступінь плоскоклітинного інтраепітеліального ураження — результат, який свідчить про помірний або серйозний характер змін в клітинах. Стан має назву дисплазія помірної або важкого ступеня (помірна дисплазія або важка дисплазія). Означає, що лікування потрібне: обов'язково проконсультуйтеся з лікарем та пройдіть всі додаткові дообстеження.

- **AIS** - аденокарцинома in situ — результат свідчить про те, що тканини шийки матки мають великі уражені зони з аномальними клітинами. Потребує дообстеження організму та лікування.

- **Клітини раку шийки матки** — результат свідчить про наявність в тканинах шийки матки є злоякісні (ракові) клітини.

Кольпоскопія- це огляд шийки матки за допомогою оптичного приладу з додатковим освітленням і збільшенням картини огляду в 10– 30 разів, і сильним джерелом освітлення. Кольпоскопія дозволяє зробити прицільну біопсію і уточнити чи є дисплазія шийки матки.

Види кольпоскопії:

Проста – визначається характер виділень, проводиться огляд кольпоскопом шийки матки після видалення виділень та без обробки будь-якими допоміжними речовинами.

Розширена – огляд шийки матки кольпоскопом після попередньої обробки її поверхні 3% розчином оцтової кислоти та 2% розчином Люголя. В результаті дії оцтової кислоти виникає короточасний набряк епітелію і зменшується кровонаповнення тканин, що має важливе діагностичне значення так як судини незміненої тканини звужуються та зникають з поля зору, а судини при злоякісних новоутвореннях не реагують на оцтову кислоту не звужуються та не зникають. Проба Шиллера – під дією 2% розчину Люголя,багатошаровий плоский епітелій багатий глікогеном,забарвлюється в темно-коричневий колір-це нормальний стан шийки матки. Пошкоджений епітелій бідний на глікоген, тому оброблена люголем ділянка виглядає незабарвленою (йоднегативною), а проба вважається позитивною. Ця проба дає можливість точно визначити локалізацію та межі патологічного процесу.

В 2011 році на XIV Всесвітньому конгресі Міжнародної федерації кольпоскопії та патології шийки матки у м. Ріо-де-Жанейро була прийнята Номенклатура кольпоскопічних термінів щодо шийки матки.



International Federation for Cervical Pathology and Colposcopy
 Internationale Federation für Zervixpathologie und Kolposkopie
 Federación Internacional de Patología Cervical y Colposcopia
 Fédération Internationale de Pathologie Cervicale et Colposcopie

IFCPC термінологія для шийки матки¹ (IFCPC, Ріо-де-Жанейро, 2011)

2011 IFCPC кольпоскопічна термінологія для шийки матки ¹			
Загальна оцінка	Адекватна/неадекватна картина (із зазначенням причини, наприклад об'єктивна оцінка цервікса затруднена внаслідок запалення, кровотечі, рубцевих змін) Стик БПЕ та ЦЕ візуалізується повністю, частково, не візуалізується Зона трансформації: тип 1, 2, 3		
Нормальні кольпоскопічні картини	Багат шаровий плоский епітелій, зрілий, атрофічний Циліндричний епітелій Ектопія Метапластичний епітелій Наботові кісти, відкриті залози Децидуоз (під час вагітності)		
Аномальні кольпоскопічні картини	Загальні принципи	Локалізація ураження в межах або поза межами зони трансформації, відповідність за циферблатом Розміри зони ураження у відсотковому відношенні до цервікса	
	Ступінь I (слабко виражене ураження)	Тонкий оцтово-білий з нерівними, нечіткими контурами	Ніжна мозаїка Ніжна пунктація
	Ступінь II (виражене ураження)	Щільний оцтово-білий епітелій з чіткими контурами Швидке побіління Оцтово-білий ободок навколо залоз (крипт) Груба пунктація	Груба мозаїка Ознака внутрішньої межі (всередині ураження межі більш щільного оцтово-білого ураження) Ознаки бугристості
	Неспецифічні ознаки	Лейкоплакія (кератоз, гіперкератоз) Ерозія Забарвлення розчином Люголя (йоднегативне, йодпозитивне)	
	Підозра на інвазію	Атипові судини Додаткові ознаки: ламкість судин, нерівна поверхня, екзофітне ураження, ділянки некрозу, виразка, пухлинні утворення	
Інші кольпоскопічні картини	Вроджена зона трансформації Кондиломи Наслідки попереднього лікування	Стеноз Вроджені аномалії Запалення	Поліпи Ендометриоз

ЛІКУВАННЯ ПАТОЛОГІЧНИХ ПРОЦЕСІВ ШИЙКИ МАТКИ

Мета лікування патології шийки матки — ліквідація патологічного процесу на шийці матки і тих змін в організмі, які сприяли його виникненню.

Принципами лікування є:

1. забезпечення безрецидивного виліковування;
2. використання органозберігаючих методів лікування

Рівень радикальності лікування визначається ступенем тяжкості дисплазії.

Методи лікування захворювань шийки матки

1. Консервативні

2. Хірургічні: • локальна деструкція (діатермокоагуляція, радіохвильова коагуляція кріодеструкція, лазерна деструкція); • радикальне оперативне втручання (ексцизія шийки матки, ампутація шийки матки, гістеректомія)

3. Комбіновані

За наявності екзо-, ендocerвіцитів та справжніх ерозій проводиться місцева і загальна протизапальна терапія. Вибір лікувальних засобів встановлюється за результатами бактеріологічних досліджень.

У хворих на субепітеліальний ендометріоз, окрім місцевого лікування (видалення вогнища шляхом кріо- або лазерною деструкцією), визначається баланс статевих гормонів і призначається гормонотерапія.

При посттравматичній ектопії призматичного епітелію і доброякісній зоні трансформації проводиться лазеровапоризація, діатермокоагуляція, кріодеструкція.

За наявності масивного ектропіону, рубців та розривів у жінок після 40 років рекомендується секторальна або кругова діатермоексцизія (діатермоконізація), а в репродуктивному віці — корегуюча діатермопунктура або пластична операція. У хворих з дисгормональною ектопією призматичного епітелію необхідно визначити характер гормональних порушень і призначити відповідну терапію.

Кріодеструкція при лікуванні хворих з посттравматичними ектопіями призматичного епітелію, доброякісною зоною трансформації та субепітеліального ендометріозу є більш ефективною і менш травматичною, ніж діатермокоагуляція.

Доброякісні поліпи необхідно видаляти шляхом лазеровапоризації, діатермокоагуляції або кріодеструкції з наступним руйнуванням поліпа. Матеріал, отриманий після видалення тканин, обов'язково підлягає гістологічному дослідженню

У хворих на передракові стани метод лікування вибирається з урахуванням комплексного клініко-ендоскопічного, цитологічного та морфологічного досліджень. До ефективних методів лікування дисплазій відносять конусовидну діатермоексцизію, лазерну та кріодеструкцію. Лазерна деструкція найбільш раціональна на основі CO₂. Діатермокоагуляція не може бути визнана раціональною. Оскільки після її використання в епітелії нерідко зберігаються незруйновані клітини, які в подальшому можуть малігнізуватися.

Перед лікуванням передпухлинних процесів шийки матки необхідно орієнтувати студентів на необхідність проведення діагностики і лікування сексуально трансмісивних захворювань статевих органів. При лікуванні доброякісних процесів, дисплазії шийки матки, асоційованих з ВПЛ, слід проводити етіопатогенетичну терапію (місцева цитостатична терапія (5-фторурацилом) в комплексі з кріодеструкцією, CO₂ лазерною вапоризацією, електроконізацією та місцевою чи системною інтерферонотерапією).

Показанням для гістеректомії при захворюваннях шийки матки є:

- CIN III з локалізацією у цервікальному каналі;

- технічна неможливість проведення електроексцизії у зв'язку з анатомічними особливостями;
- поєднання з міомою матки або пухлинами яєчників;
- рецидиви після кріотерапії або лазерної терапії.

У пацієнок, які є носіями вірусу папіломи людини, при відсутності патоморфологічних змін на шийці матки, вірус папіломи людини втрачає своє діагностичне значення, і ці пацієнти не підлягають лікуванню. Однак ці пацієнтки повинні знаходитись в групі ризику з виникнення передраку та раку шийки матки. Профілактичні заходи повинні бути спрямовані на елімінацію фактору ризику з виникнення передраку, раку шийки матки та на своєчасне виявлення, лікування фонових, передракових станів шийки матки. Вилікуваних хворих на доброякісні патологічні процеси можна знімати з диспансерного нагляду лише після заключного огляду з використанням кольпоцервікоскопічних та цитологічних методів через півтора — два місяці. Після радикального лікування хворих на передракові процеси вони підлягають кольпоцервікоскопічному і цитологічному контролю через півтора місяці, 6 місяців і року після лікування. Зняття з обліку допустиме тільки при повному ендоскопічному, цитологічному видуванні через два роки після лікування.

III. ПЕРЕДРАКОВІ ЗАХВОРЮВАННЯ ЕНДОМЕТРІЮ

Гіперплазія ендометрія (далі – ГЕ) – це патологічна проліферація залоз ендометрія зі збільшенням співвідношення залоз до стромы у порівнянні з нормальним проліферативним ендометрієм. Нормальний проліферативний ендометрій містить залози, які розташовані рівномірно і знаходяться в стромі при співвідношенні залоз до стромы 1:1.

Захворюваність на гіперплазію ендометрія зростає з віком і становить 133 випадки на 100 000 пацієнто-років. Гіперплазія ендометрія рідко зустрічається у жінок віком до 30 років і досягає піку у віці 50 - 54 роки

Класифікація

У 2014 році ВООЗ ухвалила дворангову або бінарну класифікацію гіперплазії ендометрія, щоб поліпшити відтворюваність результатів: гіперплазія ендометрія без атипії та гіперплазія ендометрія з атипією.

Термінологія	Синонім	Генетичний профіль	Співіснуючий інвазивний РЕ	Ризик прогресування інвазивного РЕ
Гіперплазія без атипії	Доброякісна гіперплазія ендометрія Проста неатипова гіперплазія ендометрія Комплексна	Низький рівень соматичних мутацій	< 1 %	Відносний ризик 1,01–1,03

	неатипова гіперплазія ендометрія Проста гіперплазія ендометрія без атипії Комплексна гіперплазія ендометрія без атипії			
Гіперплазія з атипією	Проста атипова гіперплазія ендометрія Комплексна атипова гіперплазія ендометрія Інтраепітеліальна ендометріальна неоплазія	Мікросателітна нестабільність Інактивація PAX2 Мутації PTEN, KRAS і CTNNB1 (βкатенін)	До 60 %	Відносний ризик 14–45

Примітки. CTNNB1 – катенін бета 1; KRAS – гомолог вірусного онкогенна щурячої саркоми Кірстен v-Ki-ras2; PAX2 – парний бокс-ген 2; PTEN – аналог фосфатази й тензину. За даними Abu Hashim H. і співавт. (2015), а також Emons G. і співавт. (2015)

Вважається, що атипова гіперплазія (далі – АГ) ендометрія найчастіше прогресує до PE I типу, тому що вони мають схожий профіль генетичних змін і моноклонального росту. Фактично до 60 % пацієток з АГ вже мають інвазивний рак ендометрія або він розвинеться в майбутньому. Гіперплазія ендометрія без атипії рідко прогресує до PE (1–3 %) і не характеризується такими генетичними мутаціями, як варіант з атипією.

Класифікація ЗА МКХ

1.1. Діагноз: Гіперплазія ендометрія (ГЕ)

1.2. Коди захворювання за Міжнародною статистичною класифікацією хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я, Десяте видання, Австралійська модифікація, 2017 р.

№ 85.0 Залозиста гіперплазія ендометрія

Гіперплазія ендометрія:

кістозна

залозисто-кістозна

БДВ

поліпоїдна

№ 85.1 Аденоматозна гіперплазія ендометрія

Гіперплазія ендометрія атипова (аденоматозна)

Літери БДВ є аббревіатурою "без детального визначення" та означають "не уточнений" або "не охарактеризований"

Визначення термінів

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

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

Прогресування - розвиток атипкової гіперплазії або раку ендометрія.

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

Фактори ризику ГЕ

Фактори ризику, що пов'язані з гіперплазією ендометрія з атипією або без неї, такі ж, як і в разі ендометріюідного раку ендометрія (далі - РЕ). Ці фактори призводять до впливу на ендометрій вільних естрогенів з ендогенних або екзогенних джерел.

Вважається, що атипова гіперплазія (далі - АГ) ендометрія найчастіше прогресує до РЕ І типу, тому що вони мають схожий профіль генетичних змін і моноклонального росту. Фактично до 60 % пацієток з АГ вже мають інвазивний рак ендометрія або він розвинеться в майбутньому.

Гіперплазія ендометрія без атипії рідко прогресує до раку ендометрію (1 - 3%) і не характеризується такими генетичними мутаціями, як варіант з атипією. Згідно з даними бюлетеню Національного канцер-реєстру України № 21 за 2018 - 2019 рр. рак тіла матки характеризується незначимим зростанням показників як захворюваності, так і смертності. У загальній структурі захворюваності на злоякісні новоутворення жіночого населення України РЕ займає третє місце (9,6%), в структурі смертності - сьоме місце (5,8%). Рівень захворюваності на рак ендометрія становить 36,1 на 100 тис. жіночого населення, а рівень летальності - 8,4 на 100 тис. жіночого населення.

Хвороба може розвиватися у жінок практично будь-якого віку, але частіше за все у пізньому репродуктивному періоді. Гіперплазія ендометрія розвивається, якщо естрогени, не зустрічаючи протидії прогестерону, стимулюють ріст клітин ендометрія через зв'язування з рецепторами естрогену в ядрах клітин ендометрія.

Фактори ризику гіперплазії ендометрія можна поділити на:

- менструальні фактори (наприклад, раннє менархе, ановуляція, СПКЯ, ендокринне безпліддя, відсутність пологів в анамнезі, перехід до менопаузи, пізня менопауза, похилий вік або постменопауза);

- пухлини яєчників, які секретують естрогени, наприклад гранульозноклітинні пухлини (трапляються приблизно в 40 % випадків ГЕ);

- ятрогенні фактори (наприклад, медикаментозна стимуляція ендометрія у разі застосування монотерапії естрогенами, як системної МГТ при інтактній матці або тривалого прийому тамоксифену);

- супутні захворювання (наприклад, підвищений ІМТ та ожиріння з надмірним периферичним перетворенням андрогенів на естрогени у жировій

тканині, цукровий діабет, артеріальна гіпертензія, синдром Лінча, синдром Каудена).

Клініка

Основним клінічним проявом гіперплазії ендометрія є аномальні маткові кровотечі (далі – АМК). До них належать надмірні менструальні кровотечі, кровотечі між менструаціями, нерегулярні кровотечі, проривні кровотечі на фоні менопаузальної гормональної терапії (далі – МГТ) та кровотечі у постменопаузі.

Головною небезпекою захворювання часто є малосимптомний перебіг. Іноді у жінок відсутні АМК і гіперплазія ендометрія діагностується лише при цитологічному дослідженні шийки матки шляхом виявлення патологічних залозистих або ендометріальних клітин. Через слабо виражений дискомфорт не кожна жінка відразу ж звертається на огляд до лікаря акушера-гінеколога. Це призводить до прогресування захворювання з розвитком серйозних ускладнень - анемії, безпліддя, злоякісних новоутворень тіла матки.

Діагностика

Зазвичай обстеження пропонують жінкам, які мають будь-який із зазначених вище симптомів. Іноді можна запідозрити гіперплазію ендометрія за допомогою ультразвукового датчика, який вводиться у піхву (трансвагінальне ультразвукове дослідження органів малого тазу). Однак для точного діагнозу зразок тканини слизової оболонки матки після біопсії повинен бути досліджений під мікроскопом. При підозрі на гіперплазію ендометрія при ультразвуковому дослідженні пропонують пайпель біопсію слизової оболонки матки або гістероскопію з біопсією (обстеження порожнини матки спеціальним приладом). Це дозволяє ретельно дослідити порожнину матки і провести біопсію для дослідження під мікроскопом. Більшості жінок проводять гістероскопію з біопсією в амбулаторних умовах у денному стаціонарі, хоча іноді може знадобитися загальний наркоз. Іноді клітини гіперплазії ендометрія знаходяться в поліпах. Якщо поліпи виявляють в порожнині матки, їх потрібно видалити. Майже у кожного п'ятого поліпа спостерігаються передракові або ракові зміни всередині.

Збір анамнезу та фізикальне обстеження допомагають встановити фактори ризику гіперплазії ендометрію, скерувати жінку на обстеження, визначити/уточнити тактику ведення пацієнтки. Серед симптомів ГЕ у жінок репродуктивного віку спостерігають аномальні маткові кровотечі - зміни регулярності і частоти менструацій, тривалості кровотечі або кількості крові, що втрачається У постменопаузі необхідно аналізувати всі випадки вагінальних кров'яних виділень.

Анамнез включає такі відомості: акушерсько-гінекологічний анамнез (раннє менархе, ановуляція – СПКЯ, ендокринне безпліддя, відсутність пологів в анамнезі, перехід до менопаузи, пізня менопауза, похилий вік або постменопауза); прийом медикаментів (наприклад, терапія екзогенними естрогенами або тамоксифеном); супутні захворювання, що є чинниками ризику ГЕ (наприклад, ожиріння, цукровий діабет, артеріальна гіпертензія); сімейний анамнез раку ендометрія, яєчників, молочної залози і кишечника (наприклад, синдром Лінча).

Фізикальне обстеження У ході фізикального обстеження важливе значення має визначення ІМТ, тому що ожиріння є суттєвим чинником ризику гіперплазії ендометрія. Необхідно звертати увагу на наявність проявів СПКЯ (гірсутизм, акне).

Обстеження органів малого тазу включає проведення дослідження шийки матки в дзеркала, бімануального дослідження.

Лабораторна діагностика

- мазок за Папаніколау за показаннями.
- хоріонічний гонадотропін людини (β -субодиниця) в сироватці крові або сечі;
- експрес-тест на вагітність (при порушенні менструального циклу).
- загальний аналіз крові, визначення рівня феритину у сироватці крові (скринінг залізодефіцитної анемії).
- у разі відсутності інших встановлених факторів ризику гіперплазії ендометрію (ГЕ) за підозри на гранульозноклітинну пухлину яєчників проводять аналіз для визначення рівня сироваткового інгібіну В
- рівень естрадіолу.

Інструментальні методи обстеження – основним методом діагностики є біопсія ендометрія.

Біопсію ендометрія проводять пацієнткам з підозрою на гіперплазію ендометрія у наступних випадках:

- 1) З аномальними матковими кровотечами:
 - в постменопаузі - будь-які маткові кровотечі, незалежно від обсягу (включаючи кров'яні виділення або кровомазання).
 - у віці від 45 років до менопаузи - у будь-якої пацієнтки часті кровотечі (інтервал між початком епізодів кровотечі 8 днів).
 - у пацієнок, які мають овуляцію, це включає міжменструальні кровотечі.
 - молодші за 45 років - будь-які аномальні маткові кровотечі (АМК) у пацієнок із ожирінням.
 - у жінок з нормальною вагою хронічна АМК, яка виникає в умовах одного з наступного: хронічна овуляторна дисфункція, гіперестрогенія, неефективне медикаментозне лікування маткової кровотечі або пацієнтки з високим ризиком РЕ (синдром Лінча, синдром Каудена).
- 2). Потовщення ендометрія ≥ 4 мм(за УЗД) у менопаузі потребує забору зразка ендометрія та гістологічного дослідження. **При постійній або періодичних маткових кровотечах в постменопаузі необхідно провести гістологічну оцінку ендометрія незалежно від товщини ендометрія, тому що рідкісні випадки раку ендометрія (особливо II типу папілярний серозний, муцинозний, світлоклітинний) можуть мати товщину ендометрія менше 3 мм.**
- 3) Необхідно запідозрити АГ у пацієнок репродуктивного віку, які мають ановуляцію і тривалі періоди аменореї (шість і більше місяців);
- 4) За результатами цитологічного дослідження шийки матки.
 - наявність атипичних залозистих клітин ендометрія.
 - наявність атипичних залозистих клітин всіх підкатегорій, крім ендометрія - якщо вік жінки ≥ 35 років або існує ризик РЕ (фактори ризику або симптоми).
 - наявність доброякісних клітин ендометрія у пацієнок віком ≥ 40 років, які також мають АМК або фактори ризику РЕ;
- 5) За іншими показаннями. Моніторинг пацієнок з ГЕ. Скринінг у пацієнок з високим ризиком РЕ (наприклад, синдром Лінча).

Для дослідження ендометрія беруть зразки ендометрія за допомогою пайпель біопсії ендометрія або гістероскопії з прицільною БЕ. Немає проспективних або ретроспективних досліджень, що демонстрували б підвищений ризик дисемінації пухлини ендометрія в разі гістероскопії або інфузії фізіологічного розчину.

Стани у жінок з підозрою на гіперплазію ендометрія, при яких необхідно надавати перевагу *гістероскопії з прицільною біопсією ендометрія* по відношенню до **пайпель біопсії (аспірацій на біопсія)**:

- неінформативний зразок ендометрія за результатами пайпель біопсії;
- якщо за результатами трансвагінального УЗД органів малого тазу, або біопсії ендометрію підозрюються внутрішньоматкові структурні аномалії (наприклад поліпи);
- наявність зразка ендометрія доброякісного характеру у поєднанні з іншими ознаками, що вказують на високу ймовірність підозри на ГЕ чи рак ендометрія;
- присутність хронічної АМК;
- наявність стенозу шийки матки, при якому не вдалося виконати БЕ;
- больовий синдром.

У жінок репродуктивного віку з регулярними менструальними циклами оптимальним терміном для гістероскопії є фолікулярна фаза менструального циклу. Перед проведенням гістероскопії потрібно виключити вагітність. У жінок з нерегулярними менструаціями та у постменопаузі гістероскопія проводиться у будь-який день.. Для рутинної гістероскопії антибіотикопрофілактика не рекомендується.

Метод дилатації і кюретажу (фракційного вишкрібання цервікального каналу і порожнини матки) не є стандартом діагностики стану ендометрія, даний метод необхідно застосовувати лише при аномальних маткових кровотечах у разі неможливості біопсійного забору зразка ендометрія та/або виконання гістероскопії з прицільною біопсією ендометрію.

Трансвагінальне ультразвукове дослідження органів малого тазу

У жінок репродуктивного віку ТВ УЗД органів малого тазу обмежується виявленням структурної патології матки та ендометрія, тому що товщина ендометрія в нормі та при гіперплазії може бути однаковою в певному діапазоні.

Для жінок з СПКЯ за відсутністю кровотечі відміни при лікуванні прогестагенами або при АМК при ТВ УЗД органів малого тазу порогове значення товщини ендометрія відповідає 7 мм. Потовщення ендометрія або поліп ендометрія при СПКЯ потребують пайпель біопсії ендометрія або гістероскопії з прицільною БЕ.

У жінок з **постменопаузальною матковою кровотечею** для початкової оцінки доцільно проводити як біопсію ендометрія, так і ТВ УЗД. ТВ УЗД є інформативним, якщо виявляється М-ехо ендометрія (≥ 4 мм), враховуючи, що це має більше ніж 99 % негативного прогностичного значення для РЕ

Якщо тонке, чітке М-ехо ендометрія у жінки в постменопаузі з кровотечею адекватно не визначається, необхідно провести соногістерографію, офісну гістероскопію або забір зразків ендометрія.

Жінку, у якої при проведенні ТВ УЗД органів малого тазу з доплерометрією виявлено безсимптомне потовщення ендометрія у постменопаузі та інші ознаки, такі як підвищена васкуляризація, неоднорідність ендометрія, наявність внутрішньоматкової рідини зі взвіссю, або товщину ендометрія понад 11 мм, необхідно направити до лікаря акушера-гінеколога для подальшого обстеження.

Рішення щодо подальшого обстеження жінок з безсимптомним потовщенням ендометрія повинне прийматися індивідуально з урахуванням наявності факторів ризику РЕ, таких як ожиріння, артеріальна гіпертензія та пізня менопауза.

Диференціальна діагностика

Диференціальний діагноз ГЕ включає інші стани, які проявляються матковими кровотечами, насамперед невиношування вагітності та структурні ураження порожнини матки: поліп ендометрія, аденоміоз, субмукозна лейоміома матки і РЕ.

Підтвердження джерела кровотечі є найважливішим етапом оцінки жінок з АМК. Необхідно виключити кровотечу з будь-якого іншого відділу статевих шляхів: промежини, вульви, піхви, шийки матки або фаллопієвих труб, а також інших органів: уретри, сечового міхура, анусу або прямої кишки.

У жінок з патологічною цервікальною цитологією диференціальний діагноз включає передракову патологію і рак шийки матки.

При аналізі результатів гістологічного дослідження ГЕ потрібно диференціювати від атрофічного або слабо проліферативного ендометрія за архітектурою гіперплазії, метаплазії ендометрія та гіперплазії ендометрія із накладеними секреторними змінами добре диференційованою аденокарциномою.

Лікування (тактика ведення)

Доступне як медикаментозне, так і хірургічне лікування, але найкращі варіанти залежатимуть від типу гіперплазії ендометрія та індивідуальних особливостей.

1. Гіперплазія ендометрія без атипії:

- *усунення факторів ризику* Втрату ваги при надмірній вазі або ожирінні. При надмірній вазі або ожирінні потрібно схуднути, щоб мінімізувати ризик того, що ліки виявляться неефективними, або станеться рецидив гіперплазії ендометрія після лікування (повернення захворювання за результатами біопсії).

Зворотні фактори ризику, зокрема ожиріння, овуляторну дисфункцію (наприклад при СПКЯ, гіперпролактинемії), використання неадекватних режимів МГТ, естроген-продукуючу пухлину, необхідно виявити та за можливості усунути.

Медикаментозне лікування гіперплазії ендометрія без атипії

Медикаментозна гормональна терапія ГЕ є ефективною у багатьох жінок і включає використання ЛНГ-ВМС 52 мг («МІРЕНА»), ін'єкційних або пероральних прогестагенів в режимі безперервного прийому протягом 6 місяців з динамічним спостереженням за станом ендометрія.

Лікування за допомогою внутрішньоматкової системи, яка вивільняє гормон левоноргестрел 52 мг. Якщо жінка добре переносить ЛНГ-ВМС і не планує вагітності,

необхідно рекомендувати їй залишити ЛНГ-ВМС на термін до 5 років, тому що це знижує ризик рецидиву ГЕ, особливо якщо ЛНГ-ВМС полегшує симптоми АМК.

Внутрішньоматкова система, що вивільняє левоноргестрел 52 мг (20 мкг/добу) має бути лікуванням першої лінії, тому що вона забезпечує кращі показники регресу захворювання, має більш сприятливий профіль лікування маткової кровотечі й менше побічних ефектів у порівнянні з пероральними прогестагенами.

Жінкам, які відмовляються від ЛНГ-ВМС, необхідно застосовувати прогестагени: шляхом внутрішньом'язової ін'єкції медроксипрогестерону по 150 мг кожні 90 діб або перорально у безперервному режимі, наприклад, прогестерон мікронізований 100 - 300 мг/добу або інші прогестагени у відповідних дозуваннях.

Лікування за допомогою прогестагену: внутрішньом'язових ін'єкцій раз на 3 місяці або таблеток, які приймають щодня, протягом принаймні 6 місяців.

Якщо наявний синдром полікістозних яєчників і немає регулярних менструацій, потрібно приймати ліки, щоб переконатися, що є щонайменше 4 менструації на рік, щоб слизова оболонка матки знову не потовщувалася. При відсутності природних менструацій кровотеча може бути викликана таблетками прогестагену, які може призначити лікар акушер-гінеколог, або можна встановити внутрішньоматкову гормональну систему.

Прогестагени не слід використовувати у циклічному режимі, тому що циклічний режим менш ефективний для індукції регресу гіперплазії ендометрія без атипії у порівнянні з безперервним пероральним прийомом прогестагенів або використанням ЛНГ-ВМС.

Гістологічний контроль (Динамічне спостереження) Біопсія ендометрія при ГЕ проводиться щонайменше кожні 6 місяців.

Динамічне спостереження за відповіддю на лікування повинно здійснюватися за допомогою БЕ, яку також можна проводити зі встановленою внутрішньоматковою системою. Біопсія ендометрія при ГЕ проводиться щонайменше кожні 6 місяців, **Перед закінченням динамічного спостереження при ГЕ необхідно отримати не менше двох негативних результатів біопсії ендометрія поспіль з інтервалом у 6 місяців.** Жінкам з високим ризиком рецидиву, з ІМТ 35 кг/м^2 або вище та пацієнткам, що приймали пероральні прогестагени, після отримання двох негативних результатів біопсії ендометрія поспіль потрібно проведення біопсію ендометрію з інтервалом 6 місяців протягом принаймні 2 років, а потім - довгострокове спостереження зі щорічною біопсією ендометрія.

Хірургічне лікування гіперплазії ендометрія без атипії

У разі гіперплазії ендометрія без атипії не потрібно розглядати тотальну гістеректомію, як терапію першої лінії, тому що терапія прогестагенами у безперервному режимі забезпечує гістологічну й симптоматичну ремісію у більшості жінок і дає змогу уникнути ускладнень, пов'язаних із серйозним хірургічним втручанням.

Тотальна гістеректомія показана жінкам, які не бажають зберегти фертильність, якщо:

- під час динамічного спостереження відбувається прогресування до атипової гіперплазії та раку ендометрія;

- відсутній гістологічний регрес гіперплазії ендометрія, незважаючи на 12 місяців медикаментозного лікування;

- після завершення терапії прогестагенами спостерігається рецидив гіперплазії ендометрія;

- зберігаються симптоми АМК;

- жінка відмовляється від біопсії ендометрія, медикаментозного лікування або не дотримується режиму лікування,

- є протипоказання чи непереносимість медикаментозного лікування.

У разі виконання тотальної гістеректомії перевага надається лапароскопічному методу.

Жінкам у постменопаузі, які потребують хірургічного лікування ГЕ гіперплазії ендометрія без атипії, необхідно запропонувати двобічну сальпінгофоректомію разом з тотальною гістеректомією.

Для жінок у пізньому репродуктивному віці при ГЕ рішення про видалення яєчників має бути індивідуальним; проте необхідно розглянути доцільність двобічної сальпінгоектомії зі збереженням яєчників, тому що це може знизити ризик злоякісного новоутворення яєчників у майбутньому.

Абляція ендометрія не рекомендується для лікування ГЕ, тому що неможливо забезпечити повне та стійке руйнування ендометрія, а утворення внутрішньоматкових синехій може стати перешкодою для гістологічного дослідження ендометрія.

2. Гіперплазія ендометрія з атипією або атипова гіперплазія ендометрія

Якщо діагностували атипову гіперплазію ендометрія, як правило, пропонують гістеректомію (видалення матки) і, можливо, видалення обох яєчників. Це пов'язано з підвищеним ризиком наявності ракових клітин в порожнині матки.

У разі збереження фертильності можливе консервативне лікування. Перед початком лікування АГ у жінок зі збереженням фертильності необхідно провести аналіз на пухлинний маркер яєчників СА 125, візуалізацію органів малого тазу за допомогою ТВ УЗД та (або) дифузійно-зваженої МРТ, щоб виключити супутній рак яєчників та інвазивний РЕ.

Медикаментозне лікування АГ атипової гіперплазії ендометрія у жінок зі збереженням фертильності

- При АГ рекомендовано лікування першої лінії за допомогою ЛНГ-ВМС 52 мг; альтернативою є ін'єкційні або пероральні прогестагени у

безперервному режимі **аналоги гонадотропін-релізинг-гормону тривалістю 6 місяців**

Для посилення лікувального ефекту також може бути доданий метформін навіть за відсутності метаболічного синдрому

Гістологічний контроль (Динамічне спостереження) Біопсію ендометрія при атиповій гіперплазії необхідно проводити з інтервалом у 3 місяці. **доки не буде отримано два негативних результати біопсії посліть.**

Жінкам без симптомів зі збереженою маткою та ознаками гістологічного регресу захворювання, заснованими принаймні на двох негативних результатах біопсії ендометрія посліть, рекомендується довгострокове спостереження з біопсією ендометрія кожні 6 місяців впродовж 2-х років і щороку після цього до усунення факторів ризику або виконання тотальної гістеректомії з ДСО

Хірургічне лікування атипової гіперплазії ендометрія

Оскільки у 60% пацієток з атиповою гіперплазією ендометрія вже розвинувся або розвинеться інвазивний рак ендометрія, тотальна гістеректомія з двосторонньою сальпінгофоректомією є методом вибору для пацієток із цим захворюванням.

Необхідно наполегливо рекомендувати жінці тотальну гістеректомію з огляду на підвищений ризик раку ендометрія:

коли терапія зі збереженням фертильності не призводить до регресу атипової гіперплазії ендометрія за 12 місяців або є ознаки прогресування до раку ендометрія,

якщо рецидив АГ виникає під час динамічного спостереження, адже в таких випадках під час дослідження вилучених тканин після гістеректомії часто виявляють РЕ,

коли після медикаментозного лікування тривають АМК,

при відмові жінки від спостереження за станом ендометрія або від медикаментозного лікування,

після реалізації репродуктивної функції.

У випадку рецидиву АГ, якщо жінка категорично відмовляється від тотальної гістеректомії, можна провести медикаментозне лікування за допомогою другого курсу прогестагенів ін'єкційно або аналогів гонадотропін-релізинг гормону протягом 6 місяців.

Жінкам у постменопаузі з АГ необхідно запропонувати ДСО разом з тотальною гістеректомією. Для жінок у пізньому репродуктивному віці рішення про видалення яєчників має бути індивідуальним; проте необхідно розглянути доцільність двобічної сальпінгоектомії, тому що це може знизити ризик злоякісного новоутворення яєчників у майбутньому.

Через ризик поширення злоякісних новоутворень необхідно уникати морцеляції матки. Виконання субтотальної (супрацервікальної) гістеректомії протипоказано.

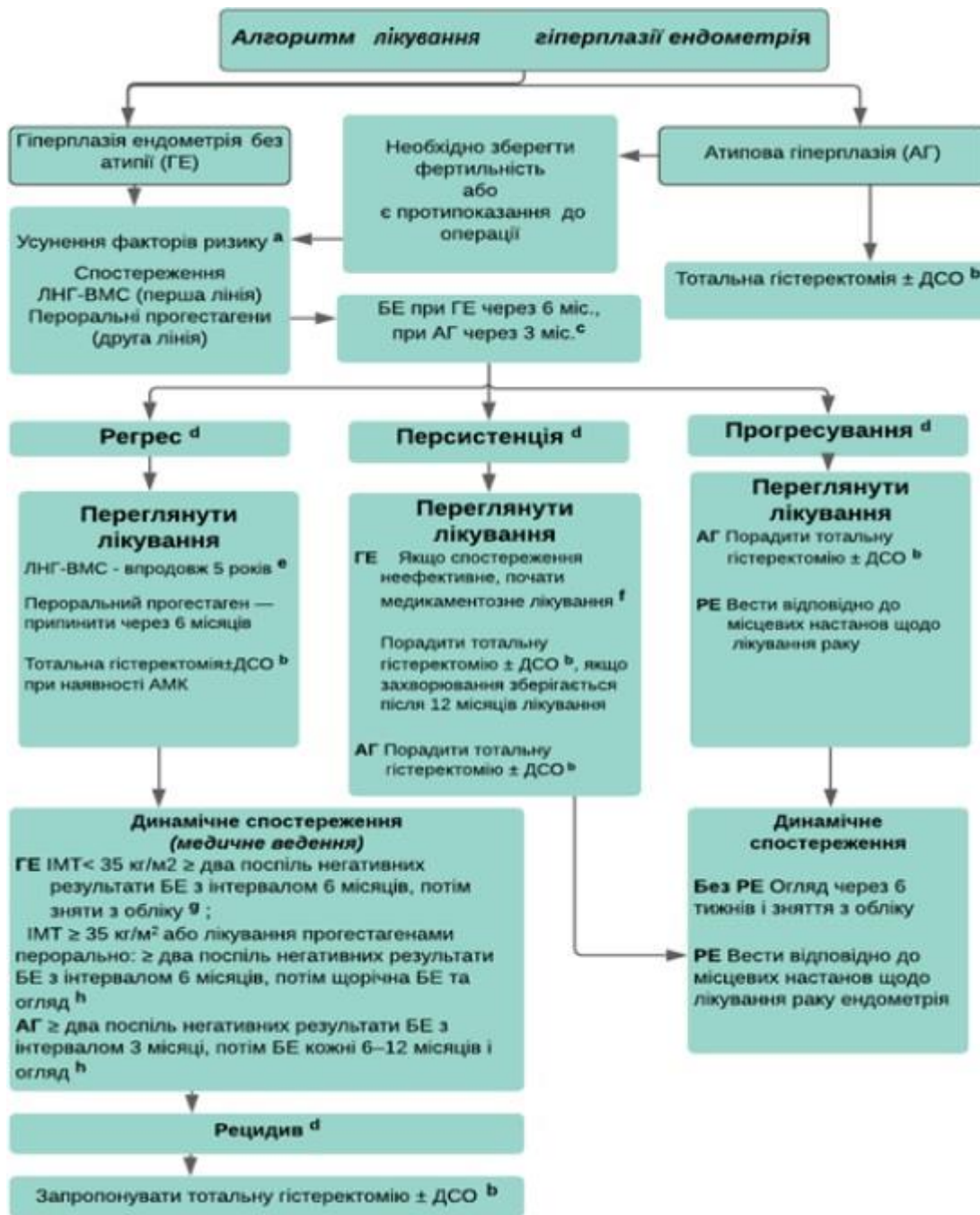
Лікування гіперплазії ендометрія при плануванні вагітності

Жінкам з ожирінням необхідно прагнути зменшити ІМТ нижче 30 кг/м².

Перед плануванням вагітності необхідно досягти регресу захворювання принаймні за результатами біопсії одного зразка ендометрія. Після досягнення регресу гіперплазії ендометрія жінкам можна поради спробувати природне зачаття.

Перед застосуванням допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ) також необхідно досягти регресу гіперплазії ендометрія, тому що це пов'язано з більш високими показниками імплантації та клінічної вагітності. Рішення щодо застосування ДРТ після припинення лікування прогестагенами приймає консилиум лікарів (варто зважати на ризики прогресування захворювання та перспективи фертильності). У разі застосування ДРТ зачаття відбувається швидше, завдяки чому скорочується період без лікування прогестагенами, протягом якого у жінки може наступити рецидив. ДРТ забезпечують більший відсоток живонародження та допомагають уникнути рецидиву у порівнянні з жінками, які намагаються зачати дитину природним шляхом.

Варіанти збереження фертильності передбачають кріоконсервацію яйцеклітин або ембріонів перед тотальною гістеректомією з ДСО, медикаментозне лікування із застосуванням допоміжних репродуктивних технологій, а також тотальну гістеректомію зі збереженням яєчників і використання сурогатного материнства в майбутньому.



Профілактика

Проведення просвітницької роботи серед жінок щодо здорового способу життя, зокрема щодо корекції зайвої ваги та ожиріння; щодо частоти та тривалості нормального менструального циклу; щодо необхідності щорічного огляду у лікаря акушера-гінеколога жінок у постменопаузі, за наявності факторів ризику.

Посилання на літературні джерела

Management of Endometrial Hyperplasia. Спільна настанова Королівської колегії акушерів та гінекологів (Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, RCOG) / Британського товариства гінекологічної ендоскопії (British Society for Gynaecological Endoscopy, BSGE), 2016.

Classification and Management of Endometrial Hyperplasia. Спільна настанова Товариства онкогінекологів Канади (Society of Gynecologic Oncology of Canada, GOC) / Комітету і Товариства акушерів та гінекологів Канади (Committee and the Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada, SOGC), 2019.

Endometrial Intraepithelial Neoplasia. Настанова Комітету з гінекологічної практики Товариства 2 онкогінекологів США (Society of Gynecologic Oncology) Американського коледжу акушерів та гінекологів (American College of Obstetricians and Gynecologists, ACOG), 2019.

Електронний документ «Клінічна настанова, заснована на доказах «Гіперплазія ендометрія», 2021. Наказ МОЗ України № 869 від 05.05 2021 року,

Контрольні запитання і завдання для оцінки вихідного рівня знань

1. Що таке "передрак" в клінічному і морфологічному розумінні?
2. Що відносно до фонових захворювань шийки матки?
3. Які ви знаєте передраки шийки матки?
4. Які ви знаєте класифікації патологічних процесів шийки матки?
5. Назвіть фактори ризику виникнення епітеліальної дисплазії.
6. Етіологічні аспекти розвитку передраку і раку шийки матки.

7. Назвіть клінічну симптоматику фонових та передракових захворювань шийки матки.

8. Перерахуйте методи діагностики фонових та передракових захворювань шийки матки.

9. Які основні етапи діагностики захворювань шийки матки?

10. Назвіть класифікацію цитологічних препаратів по Папаніколау.

11. Яка лікувальна тактика і методи лікування доброякісних процесів шийки матки?

12. Які методи лікування передракових процесів?

13. Від чого залежить вибір методу лікування передраку шийки матки?

14. В чому полягає диспансерний нагляд за хворими на патологічні процеси шийки матки?

15. Яка профілактика передраку та раку шийки матки?

16. Назвіть фонові та передракові стани ендометрія.

17. Дати характеристику гіперплазії ендометрія.

18. Дати характеристику поліпів ендометрія.

19. Дати характеристику ати пічної гіперплазії ендометрія.

20. Який етіопатогенез гіперпластичних станів ендометрія?

21. Яка роль факторів росту у виникненні гіперпластичних станів ендометрія?

22. Яка клініка гіперпластичних станів ендометрія?

23. Яка діагностика гіперпластичних станів ендометрія?

24. Яка тактика лікування при гіперпластичних станах ендометрія?

25. Які показання до хірургічного лікування гіперпластичних станів ендометрія?

В результаті проведеного заняття студент повинен **вміти (практичні навички)** :

1) визначити фактори ризику щодо виникнення передраку шийки матки та ендометрію у конкретної хворої;

2) провести об'єктивне гінекологічне обстеження хворої з передраковим станом шийки матки;

3) володіти методикою забору матеріалу з цервікального каналу (ПАП-тест) та порожнини матки для цитологічного і гістологічного дослідження (пайпель – біопсія);

4) скласти план обстеження хворої на передрак шийки матки;

- 5) скласти план обстеження хворої на передрак ендометрію;
- 6) оцінити результати обстеження і поставити діагноз у хворих з передраковими захворюваннями жіночих статевих органів;
- 7) провести диференційну діагностику між фоновими захворюваннями та передраком шийки матки;
- 8) скласти і обґрунтувати план лікування хворих на передрак шийки матки;
- 9) скласти і обґрунтувати план лікування конкретної хворої на передрак ендометрію;
- 10) виписати рецепти препаратів, які застосовуються при лікуванні фонівих та передракових станів жіночих статевих органів
- 11) скласти план профілактичних заходів передраку шийки матки;
- 12) скласти план профілактичних заходів передраку ендометрію у конкретної хворої.

Тестові задачі для контролю заключного етапу заняття

Задача №1

Хвора 40 років, при профогляда на шийці матки утворення 2x2 см блідо-жовтого кольору, контури не рівномірні, межі зі здоровою слизовою шийки матки чіткі. На поверхні – незначні папіломатозні розростання. Тіло матки без патологічних змін, параметрії вільні з обох сторін. Зліва близько до стінок тазу – щільне нерухоме утворення 3x4 см. Який найбільш доцільний метод обстеження для уточнення діагнозу?

6. *Прицільна біопсія*
7. Цитологія мазків шийки матки
8. Розширена кольпоскопія
9. Лапароскопія
10. Мазки на мікрофлору

Задача №2

Жінка 42 роки звернулася до гінеколога зі скаргами на контактні кровотечі з зовнішніх статевих шляхів. При огляді – гіпертрофія вагінальної частини шийки матки, поверхня ерозована. Який метод діагностики найбільш показаний для верифікації діагнозу?

9. Кольпоскопія
10. Реакція Васермана
11. Біопсія тканини шийки матки
12. *Цитологічне дослідження мазка з поверхні шийки матки*
13. Цервікоскопія

Задача №3

У хворої 36 років з не атиповою гіперплазією ендометрія після 6 місяців консервативної гормональної терапії гестагенами проводилась гістероскопія з біопсією ендометрію. При повторних гістологічних дослідженнях знову виявлена не атипова гіперплазія ендометрія. Яка подальша лікувальна тактика?

1. Призначення гестагенів.
2. *Призначення агоністів гонадотропін рилізінг гормонів.*
3. Проведення абляції ендометрія.

4. Проведення надпихвової ампутації матки.
5. Проведення екстирпації матки.

Задача №4

На прийомі у дільничого акушер-гінеколога у хворої А. 42 років було діагностовано поліп цервікального каналу, що кровоточить. Яка лікарська тактика?

1. Направити хвору на кольпоскопію з наступним визначенням тактики.
2. Провести відразу в жіночій консультації поліпектомію, та відправити поліп на гістологічне дослідження.
3. Направити хвору на консультацію в онкологічний диспансер.
4. Тактику визначити після результату цитологічного дослідження мазку.
5. *Госпіталізація у гінекологічне відділення для проведення поліпектомії та біопсії ендометрію з наступним гістологічним дослідженням матеріалу.*

Задача №5

У 58-ми літньої жінки з менопаузою 3 роки і відсутністю статевого життя за останні 5 років спостерігається у продовж 8 днів метрорагія помірної інтенсивності. Тіло матки ледь збільшене, додатки без особливостей, шийка матки макро- та кольпоскопічно без змін. Цитологія цервікального каналу на атипію – 1У ступінь заключення. Що необхідно зробити для встановлення діагнозу?

1. Обстеження по тестам функціональної діагностики
2. Цервікоскопія
3. *Роздільне діагностичне вишкрібання цервікального каналу та порожнини матки.*
4. Аспірат-цитологія порожнини матки
5. Штрих-біопсія ендометрію

Задача №6

Хвора 35 років звернулась до гінеколога зі скаргами на рясні і часті місячні. В анамнезі: двоє пологів і 2 штучних аборти. При бімануальному дослідженні патології не виявлено. ТВ УЗД: тіло матки та додатки нормальних розмірів, структура не змінена. Товщина ендометрію 20 мм. Проведено роздільно-діагностичне вишкрібання порожнини матки. Гістологічне заключення: не атипова гіперплазія ендометрія. Яка тактика лікування?

1. *Призначення гестагенів.*
2. Призначення агоністів гонадотропін рилізінг гормонів.
3. Проведення абляції ендометрія.
4. Проведення надпихвової ампутації матки.
5. Проведення екстирпації матки.

Задача №7

На прийомі у дільничого акушер-гінеколога у хворої А. 18 років було діагностовано дисгормональну ектопію циліндричного епітелію. Яка лікарська тактика?

1. Електрокоагуляція.

2. Кріодеструкція.
3. Спостереження
4. Протизапальна терапія.
5. Хімічна коагуляція.
6. Електроексцезія.

Задача №8

Хвора 55 років Скаржитья на збільшення розмірів живота, закрепи, похудання, астению, появу кров'янистих виділень з піхви після 4 років менопаузи. Який метод дослідження для верифікації діагнозу необхідно провести?

1. Біопсія ендометрію
2. УЗД
3. Рентгенологічне дослідження ШКТ
4. Метросальпінгографію
5. Лапароскопію

Задача №9

У хворої 38 років з атиповою гіперплазією ендометрія після 3 місяців консервативної гормональної терапії агоністами гонадотропін рилізінг гормонів проведено біопсію ендометрію. При повторному гістологічному дослідженні знову виявлена атиповою гіперплазією ендометрію. Яка подальша лікувальна тактика?

6. Призначення гестагенів.
7. Призначення агоністів гонадотропін рилізінг гормонів.
8. Проведення абляції ендометрія.
9. Проведення надпівкової ампутації матки.
10. Проведення екстирпації матки.

Задача №10

До лікаря звернулася жінка 62 років зі скаргами на кров'яні виділення з піхви. Менопауза 12 років, у гінеколога не була 10 років. При обстеженні – матка не збільшена, безболісна, додатки не пальпуються. Тактика лікаря?

6. Пайпель-біопсія
7. Гемостатична терапія
8. Гормональний гемостаз.
9. Оперативне лікування.
10. Пункція заднього склепіння.

Задача №11

До лікаря звернулася жінка 50 років зі скаргами на кров'яні виділення з піхви. При обстеженні – матка не збільшена, безболісна, додатки не пальпуються Проведено діагностичне вишкрібання порожнини матки. Гістологічне заключення: атипова гіперплазія ендометрія. Яка подальша лікувальна тактика?

1. Призначення гестагенів.
2. Призначення агоністів гонадотропін рилізінг гормонів.
3. Проведення абляції ендометрія.
4. Проведення надпівкової ампутації матки.

5. *Проведення екстирпації матки з додатками.*

Задача №12

У хворої 48 років з не атиповою гіперплазією ендометрія після 6 місяців консервативної гормональної терапії гестагенами проведено діагностичне вишкрібання порожнини матки. При повторному гістологічному дослідженні знову виявлена неатипова гіперплазія ендометрія. Яка подальша лікувальна тактика?

6. Призначення гестагенів.
7. *Призначення агоністів гонадотропін рилізінг гормонів.*
8. Проведення абляції ендометрія.
9. Проведення надпівової ампутації матки.
10. Проведення екстирпації матки.

Задача №13

На прийомі у дільничного акушер-гінеколога у хворої Л. 28 років було діагностовано просту лейкоплакію. Цитологічне заключення: отримані без'ядерні поверхневі клітини з гіперкератозом. Яка лікарська тактика?

6. Кріодеструкція.
7. Спостереження.
8. Протизапальна терапія.
9. Хімічна коагуляція.

Радіохвильова ексцизія шийки матки. **Ситуаційні задачі для контролю кінцевого рівня знань**

Задача №1.

Хвора К., 19 років, звернулася до лікаря зі скаргами на те, що у неї тривалий час спостерігаються рясні світлі слизові виділення. Менструація без відхилень від норми. При огляді в дзеркалах на шийці матки виявляється яскраво-рожева ділянка. Кольпоскопічно в зоні I і II, частково III, виявлено яскраво-рожеву ділянку з зернистою поверхнею, яка нагадує гроно винограду. Змін з боку матки, додатків, параметрія не виявлено. Встановіть попередній діагноз. Які сучасні методи лікування можна використати при даній патології?

Задача №2.

У хворої А., 36 років, на профілактичному огляді в дзеркалах виявлено деформацію шийки матки старими післяпологовими розривами. При кольпоскопічному дослідженні на задній губі в зоні II на 16.00 виявлені поля дисплазії. Попередній діагноз. Що необхідно зробити для уточнення діагнозу?

Задача №3.

Хвора Л., 42 роки, прийшла за викликом лікаря жіночої консультації, оскільки у неї цитологічно виявлено IIIб тип мазка. При огляді в дзеркалах шийка матки циліндрична, без видимої патології. Кольпоскопічно в зоні I на 11.00 виявлено ділянку папілярної дисплазії. Встановіть попередній діагноз. Що треба зробити для уточнення діагнозу? Складіть план лікування хворої.

Задача №4

Хвора 46 років має ожиріння і розлади менструального циклу. За останні 3 роки з лікувальною і діагностичною метою 5 разів проводилося роздільне вишкрібання цервікального каналу і порожнини матки. Результат гістологічного

дослідження після кожного вишкрібання — поліпоз ендометрія. Консервативне лікування неефективне. Діагноз. План подальшого лікування.

Задача №5

Хвора 35 років звернулась до гінеколога зі скаргами на рясні і часті місячні. До цього до гінеколога не зверталась. В анамнезі: двоє пологів і 2 штучних аборти. При бімануальному дослідженні патології не виявлено. УЗД: тіло матки та додатки нормальних розмірів, структура не змінена. М - луна 25 мм. Діагноз. План обстеження і лікуванн

Задача №6

Хвора 43 років, менструації з 13 років, встановились відразу, були регулярні, по 3—4 дні через 28 днів. Було двоє пологів, гінекологічних захворювань не було.

Протягом останніх двох років зазначає продовження менструального циклу до 40—45 днів, після чого виникають маткові кровотечі. Вагінальне дослідження: шийка матки циліндричної форми, без змін, зовнішнє вічко закрите, матка трохи більша за норму, щільна, придатки з обох боків без особливостей. Виділення кров'янисті, брудні (10 днів). В стаціонарі проведено роздільне вишкрібання цервікального каналу і порожнини матки. Патогістологічний діагноз: комплексна гіперплазія ендометрія з атипією клітин. Діагноз. План лікування.

Задача №7

В гінекологічне відділення поступила хвора М., зі скаргами на нерегулярні кров'янисті виділення із піхви на протязі одного року. В анамнезі: двоє нормальних родів та три медичних аборти. Менопауза 4 роки. В 52 роки було виконано діагностичне вишкрібання стінок порожнини матки з приводу мізерних кров'янистих виділень. Гістологічне заключення: залозисто-поліпозна гіперплазія ендометрія. Проводилось лікування 17-ОПК в дозі 125 мг на протязі 6 місяців. Після контрольного вишкрібання стінок порожнини матки патологічна проліферація не відмічена. Через рік знову з'явилися мізерні кров'яні виділення. З приводу чого хвора поступила в гінекологічне відділення. Стан жінки задовільний. Тиск 170/100 мм.рт.ст. Пульс 80 уд./хв.. Маса тіла 95 кг, ріст 154 см. Кордони серця розширені вліво на 1-1,5 см. Прослуховується систолічний шум на його верхівці та акцент другого тону на аорті. Вагінальне обстеження: шийка матки набрякла, циліндричної форми, рухома. Слизова оболонка цианотичного відтінку. Цервікальний канал закритий. Виділення кров'янисті помірні. Тіло матки нормальних розмірів, рухоме, безболісне. Додатки з обох сторін без патології. Виконано вишкрібання стінок порожнини матки. Гістологічний висновок: комплексна атипова гіперплазія ендометрія.

1) Поставте клінічний діагноз.

2) Визначте план лікування хворої.

Задача №8

При профілактичному огляді у хворої 33 років при огляді в дзеркалах визначили, що шийка циліндрична, вічко закрите, на передній губі визначається дефект покривного епітелію, який вкритий гнійним нальотом. Тіло матки і придатки з обох сторін без патології. Параметрії вільні. Який діагноз? Що робити?

Задача №9

Хвора М., 24 років, звернулась до лікаря жіночої консультації зі скаргами на серозно-гнійні виділення із піхви та контактні кров'яні виділення. При огляді в

дзеркалах визначили, що шийка конічна, вічко закрите, навколо вічка червоне утворення розмірами 2×2 см, покрите гнійним нальотом, зернистої структури, яке кровоточить при дотику. Тіло матки і придатки з обох сторін без патології. Параметрії вільні. Який діагноз? Що робити?

Задача №10

Хвора 46 років скаржиться на кровотечі, які виникають після затримки менструації на 2-3 тижні. Пологів - 2. Абортів -3. Загальний стан задовільний. Вагінальне дослідження: шийка матки циліндрична, чиста. Тіло матки нормальних розмірів, рухоме, безболісне. Додатки не визначаються. Параметрії вільні. Виділення кров'яні, значні. Хворій призначене діагностичне вишкрібання стінок порожнини матки. Патгістологічне заключення: проста нетипова гіперплазія ендометрія. Діагноз? Призначте лікування.

Задача №11

Хвора 59 років скаржиться на кров'яні виділення з піхви, які з'явилися після 8 років менопаузи. Загальний стан задовільний. Пологів — 2, абортів — 3. За останні 2 роки до гінеколога не зверталась.

Об'єктивно: зовнішні статеві органи без патології, шийка матки атрофічна, чиста. Тіло матки нормальних розмірів, трохи м'якуватої консистенції, рухоме, безболісне. Склепіння глибокі. Придатки не визначаються, ділянка їх безболісна. Параметрії вільні. Виділення серозно-кров'яні. Діагноз? Що робити?

Задача №12

У хворої 30 років при черговому профогляді проведено цитологічне обстеження, результат якого – III а тип мазка. Встановіть попередній діагноз. Що треба зробити для уточнення діагнозу?

Задача №13

Хвора 43 років скаржиться на кров'яні виділення зі статевих органів протягом двох тижнів. Менструації з 14 років, по 4–5 днів, через 26 днів, помірні, безболісні. Остання менструація почалася з затримкою на два тижні та тривала 14–15 днів.

При дослідженні встановлено: шийка матки циліндрична, вічко закрите, тіло матки нормальних розмірів, рухоме, безболісне. Склепіння глибокі. Придатки не пальпуються. Параметрії вільні. Виділення кров'яні, в помірній кількості. Що робити?

Відповіді на ситуаційні задачі для контролю вихідного рівня знань.

1. Ектопія циліндричного епітелію. Можна застосовувати хімічну коагуляцію (солковагін), лазеровапурізацію, діатермокоагуляцію, кріодеструкцію.
2. Передракова патологія шийки матки, дисплазія. Необхідно виконати під контролем кольпоскопа біопсію з наступним гістологічним дослідженням.
3. Передракова патологія шийки матки, дисплазія. Необхідно виконати під контролем кольпоскопа біопсію з наступним гістологічним дослідженням.
4. Поліпоз ендометрію. Гістерорезектоскопія з подальшим гістологічним обстеженням.
5. Гіперплазія ендометрія. Проведення біопсії ендометрію послідуочим гістологічним обстеженням ендометрія. Подальше лікування буде залежити від форми гіперплазії та наявності атипії.

6. Гіперплазія ендометрія з атипією клітин. Показана екстирпація матки з додатками.
7. Атипова гіперплазія ендометрія. Показана екстирпація матки з додатками.
8. Ерозія шийки матки, ендоцервіцит. Провести кольпоскопічні, цитологічні, бактеріологічні дослідження. Після отримання результатів дослідження визначити лікування хворої.
9. Ектопія циліндричного епітелію, ендоцервіцит. Лікування в два етапи: 1) протизапальна терапія – лікування ендоцервициту; 2) проведення кріодеструкції шийки матки.
10. Проста неатипова гіперплазія ендометрія. Гормональна терапія гестагенами або ЛНГ-ВМС 52 мг («МІРЕНА»),
11. АМК під час менопаузи. Підозра на рак ендометрію. Біопсія едометрія.
12. Передракова патологія шийки матки, дисплазія. Необхідно виконати під контролем кольпоскопа біопсію шийки матки з наступним гістологічним дослідженням.
13. Провести біопсію ендометрію з послідуочим гістологічним дослідженням отриманого матеріалу.

Тема: «НЕПЛІДНИЙ ШЛЮБ. АБОРТ ТА ЙОГО УСКЛАДНЕННЯ»

I. Науково-методичне обґрунтування теми

Непліддя в сім'ї — одна з найбільш важливих проблем сучасного акушерства-гінекології, тому що 10—20 % сімей в усіх країнах Європи скаржаться на затримку настання вагітності, а 3—5 % цих сімей взагалі залишаються стерильними.

Оскільки за останні роки ВООЗ визнало неплоддя як хворобу жінки і чоловіка, то виникла потреба забезпечити цій категорії хворих лікування, на зразок тих хворих, які мають незворотні анатомічні вади чи фізіологічні відхилення. У зв'язку з цими вимогами неплодні сім'ї мають право на лікування з використанням усіх методів, якими володіє сучасна репродуктивна медицина.

Непліддя важливе і цікаве не тільки з медико-біологічної точки зору, але має велике державне, національне та соціальне значення.

II. Навчально-виховні цілі

Для формування умінь студент повинен *знати*:

- 1) етіологію чоловічої та жіночої неплодності;
- 2) класифікацію неплодності;
- 3) об'єм обов'язкового та допоміжного обстеження чоловіка та жінки з неплодного шлюбу;
- 4) профілактику виникнення неплодності;
- 5) сучасні консервативні (медикаментозні), хірургічні та допоміжні методи лікування репродуктивної системи жінки.

Виховні цілі:

1. Виховувати у студентів усвідомлення важливості проблеми, зацікавити в детальному вивченні проблеми;
2. Дотримуватися деонтології у стосунках з хворими на неплоддя та їх родичами;
3. Виховувати почуття особистої відповідальності лікаря будь-якого профілю за допомогу цій категорії хворих.

У результаті вивчення теми студент повинен *уміти*:

- 1) вибрати з даних анамнезу скарги, характерні для діагнозу неплоддя;
- 2) скласти план обстеження неплодної пари;
- 3) прочитати, оцінити одержаний факт лабораторного та інструментального обстеження неплодної пари;
- 4) надати рекомендації про існуюче додаткове обстеження та існуючі методи відновлення репродуктивної функції.

III. Базові знання

1. Анатомія та фізіологічні особливості статевих жіночих та чоловічих органів.
2. Вплив оточуючого середовища та стану загального здоров'я сімейної пари на овуляцію та спермогенез.
3. Нейрогуморальна регуляція менструального циклу та її порушення.
4. Тести функціональної діагностики репродуктивної функції жінки.
5. Основні причини чоловічого неплоддя.
6. Сучасні апаратні та лабораторні методи дослідження репродуктивної функції жінки.
7. Вплив лікарських (гормональних) засобів на репродуктивну функцію жінки.

V. План організації заняття

VI. Основні етапи заняття

А. Підготовчий — мотивація теми, виховна робота, контроль вихідного рівня базових знань шляхом опитування кожного студента, розподіл завдань для самостійної роботи.

Б. Основний етап: самостійна робота студентів під контролем викладача. Заняття проводяться в палаті, оглядовому кабінеті, операційній (якщо оперується хвора по темі заняття). Якщо всі студенти підготовлені задовільно до проведення заняття, їх розподіляють на групи по 2 — 3 особи, і кожній групі надається хвора. За відсутності хворих, кожній групі можна надати історію хвороби або виписки із історії хвороби (амбулаторних карт), які студенти детально аналізують, вивчають показники лабораторних методів обов'язкового та допоміжного обстеження, ставлять діагноз, складають план лікування, виписують рецепти, розбирають механізм дії лікарських засобів. Згодом кожна група доповідає всім результати анамнезу, огляду хворої, результати додаткових методів обстеження, розглядаються засоби лікування.

В. На заключному етапі проводиться контроль засвоєння матеріалу шляхом розв'язування тематичних задач, оцінюються усні звіти студентів про проведenu роботу.

Викладач узагальнює роботу групи, оцінює роботу кожного студента, задає домашнє завдання.

VII. Методичне забезпечення заняття

Місце проведення заняття: палата, оглядовий кабінет, операційна, УЗ-кабінет.

Оснащення: хвора по темі заняття, історії хвороби, виписки із історій хвороби, графіки базальної температури, симптом "арборизації", метросальпінгограми, УЗ-картини, муляжі жіночих статевих органів, таблиці, стенди, пробірки.

Контрольні запитання для оцінки вихідного рівня знань:

1. Яке визначення неплідного шлюбу за даними ВООЗ?
2. Яке значення для визначення непліддя має вік жінки?
3. Який вік вважається сприятливим для вагітності?
4. Які основні групи жіночої неплідності за даними ВООЗ?
5. Які основні причини чоловічого непліддя?
6. Які основні методи обстеження проводяться при обстеженні неплідного шлюбу?
7. Які спеціальні методи обстеження проводяться при неплідному шлюбі (гормональні, імунологічні та інше)?
8. Як відновлюється репродуктивна функція жінки при порушеннях менструальної функції?
9. Як відновлюється репродукція у жінки при перенесених запальних процесах — гострих та хронічних?
10. Які методи стимуляції овуляції застосовуються на практиці?
11. Які допоміжні консервативні методи відновлення репродуктивної функції застосовуються на сьогодні?
12. Які хірургічні методи відновлення репродукції застосовуються нині?

Завдання для самостійної роботи:

1. Провести аналіз тестів функціональної діагностики у пацієнтки з непліддям
2. Оцінити результати спермограми

3. Дати заключення по метросальпінгографії
4. Проаналізувати дані ехогідротубації
5. Ретельно зібрати спеціальний анамнез у хворої з непліддям
6. Спілкуючись з пацієнткою з непліддям визначити його вид і напрямки обстеження
7. Аналізуючи історію хвороби з непліддям визначити його вид, методи діагностики та лікування
8. Виписати рецепт ліків, які стимулюють овуляцію
9. Виписати рецепт на КОК
10. Виписати рецепт на препарат який використовується при синдромі галактореї-аменореї
11. Дати оцінку рентгенограми черепа
12. Дати оцінку посткоїтальному тесту

Зміст

Непліддя в сім'ї - одна з найбільш важливих проблем сучасного акушерства-гінекології, тому що 10 - 20 % сімей в усіх країнах Європи скаржаться на затримку настання вагітності, а 3 - 5 % цих сімей взагалі залишаються стерильними.

Оскільки за останні роки ВООЗ визнало непліддя як хворобу жінки і чоловіка, то виникла потреба забезпечити цій категорії хворих лікування, наразок тих хворих, які мають незворотні анатомічні вади чи фізіологічні відхилення. У зв'язку з цими вимогами неплідні сім'ї мають право на лікування звикористанням усіх методів, якими володіє сучасна репродуктивна медицина. Непліддя важливе і цікаве не тільки з медико-біологічної точки зору, але має велике державне, національне та соціальне значення.

1. Визначення непліддя: з сучасної точки зору непліддя в сім'ї — це мимовільне або патологічне непліддя. Таким чином, розглядається неплідний шлюб, а не жіноче непліддя, як було в минулому. За визначенням ВООЗ, непліддя — це непередбачене непліддя в сім'ї.

Частота непліддя становить 50% жіночого та 50 % чоловічого непліддя. За даними ВООЗ (1999 — 2000 р.), 20 % сімей в Європі відчують затримку в настанні І вагітності, а 3 — 5 % від цієї кількості залишаються неплідними на майбутнє. Довгий час дискутувалося питання: непліддя — це захворювання чи синдром. За визначенням ВООЗ — це захворювання чоловіка і жінки, а тому в X Міжнародному переліку захворювань непліддя шифрується як захворювання чоловіка і жінки під різними номерами.

Якщо це хвороба, то такі хворі мають право на лікування, як це надається хворим з вродженими вадами чи стійкими функціональними порушеннями, тобто такі пари мають право одержати всі види медичної допомоги, якими володіє сучасна репродуктивна медицина.

Переважає більшість клініцистів вважає, що шлюб слід оцінювати неплідним, якщо вагітність не настала протягом одного року статевого життя без застосування будь-яких протизаплідних засобів.

При цьому ВООЗ вважає основною перемінною в цьому визначенні вік жінки. Фертильним за оцінкою ВООЗ є вік від 18 до 49 років.

2. Класифікація непліддя:

I — фізіологічне (до настання менархе та менопаузи); II — патологічне.

Первинне — до 30%, коли вагітності не було ніколи.

Вторинне — > 60%, вагітність була, закінчилась пологами, аборт, позаматковою вагітністю, а більше не настає.

Непліддя абсолютне (коли немає гонад, матки) і відносне (запальні процеси та інше).
Непліддя може бути вроджене, набуте, тимчасове і постійне.

3. Етіологія та патогенез.

Основні причини чоловічого непліддя:

1. Патологічний склад сперми або відсутність сперматозоїдів;
2. Відсутність еякуляції (або її патологія);
3. Облітерація вивідних каналців спермогенеруючих органів чоловіка;
4. Хронічна інфекція;
5. Аутоімунні захворювання;
6. Непліддя неясного генезу, коли відхилень у здоров'ї не виявлено.

Причини жіночого непліддя можуть бути спричинені патологією репродуктивної системи жінки та рядом екстрагенітальних захворювань.

Згідно з даними ВООЗ, виділяють декілька причин непліддя. Понад 50 % становить ендокринне непліддя.

Згідно з класифікацією ВООЗ, виділяють 7 груп:

Ендокринне непліддя

I гр. — гіпоталамо-гіпофізарна недостатність;

II гр. — гіпоталамо-гіпофізарна дисфункція (у більшості хворих цієї групи наявні ознаки полікістозу яєчників);

III гр. — первинна недостатність яєчників;

IV гр. — порушення функцій геніталій (сексуальні порушення, порушення еякуляції);

V гр. — гіперпролактинемія за наявності пухлини гіпофіза;

VI гр. — гіперпролактинемія за відсутності пухлини гіпофіза, яку не можна виявити сучасними засобами;

VII гр. — гіпоталамо-гіпофізарна недостатність за наявності пухлини гіпофіза.

Наступна група причин — запальні захворювання статевих органів. Запальні процеси статевих органів різної локалізації по-різному впливають на виникнення непліддя. Найбільше значення має запалення матки, маткових труб, очеревини в гострому періоді.

Певну роль відіграють хронічні інфекції: тbc, хламідіоз. Значну роль у виникненні неплідного шлюбу відіграє імунологічне не-пліддя. Запліднення та імплантація, як вважають, є двома специфічними процесами, характерними тільки для статевого розмноження. Взаємодію яйцеклітини та сперматозоїдів порівнюють з реакцією антиген-антитіло. На поверхні яйцеклітини присутнім є фертилізин, а на поверхні сперматозоїда — антифертилізин. Ці детермінанти і допомагають зустрічі гамет.

В сім'яній плазмі та сперматозоонах людини виявлено до 30 повних антигенів, що сенсibilізують організм жінки і можуть призводити до створення антиспермальних антитіл. Це явище є позитивним, через те що антитіла елімінують дегенеративно ослаблені сперматозоїди, не дають їм брати участь в заплідненні. Але в 10% це явище має патологічний характер, спричиняє непліддя. Антиспермальні антитіла в організмі жінки можуть бути в крові та в секретах статевих органів (зокрема, в слизі шийки матки), що і може обумовлювати неплідність. В жіночих гаметах також існують спектранти генів, цим особливо відзначається *Zona pellucida*. Ці обставини диктують необхідність обстеження слизу цервікального каналу при неплідному шлюбі.

Причиною неплідності може бути ендометріоз статевих органів будь-якої локалізації.

Хронічні інтоксикації (ртуть, свинець, алкоголь, тютюн) та професійні шкідливості (рентген-опромінення, робота з радіоізотопами), вібрації. Емоційні хронічні стреси та фізична перевтома (майстри великого спорту, наприклад). Ряд захворювань обміну речовин — ожиріння, гіпо- та гіперфункція щитоподібної залози, цукровий діабет — також є причиною непліддя. Вроджені вади розвитку статевих органів та неправильні положення статевих органів зустрічаються рідко, але можуть спричинити непліддя.

До непліддя можуть призводити хірургічні втручання в черевній порожнині, навіть якщо не оперували на статевих органах, а також генні та хромосомні аберації.

Досить значну групу складає непліддя невиясненого генезу, коли при всебічному обстеженні не виявлено будь-яких відхилень у здоров'ї партнерів, але вагітність відсутня протягом значного часу.

4. Діагностика.

Ідеальним вважається можливість одномоментного обстеження партнерів неплідного шлюбу гінекологом, андрологом, а за необхідності — і сексопатологом.

При обстеженні жінки також слід перш за все детально зібрати загальний та спеціальний анамнез (вік, професія, становлення менструальної функції, давність статевого життя без запобігання вагітності, перебіг статевих контактів, *libido* та наявність оргазму, частота статевих контактів, перенесені захворювання, оперативні втручання будь-якої локалізації).

Об'єктивний огляд включає: зріст, масу тіла, конституцію, будову скелета, вторинні статеві ознаки. Слід звертати увагу на ступінь оволосіння

— гірсутне число Феррімана-Голлвея, розвиток молочних залоз — V ступенів по Таннеру. Огляд щитоподібної залози.

Далі проводиться обов'язкове гінекологічне обстеження: огляд зовнішніх статевих органів (збільшення клітора, аномалії розвитку, пухлини

тощо), огляд вагіни та вагінальної частини шийки матки в вагінальних дзеркалах. Дворучне обстеження матки, придатків, параметріїв, за необхідності — ректальне

дослідження, кольпоскопія та цитологія.

Допоміжні методи обстеження:

1. Тести функціональної діагностики: базальна t° , феномен зіниці, краще цервікальне число — сума балів по 5 параметрах, що характеризують слиз шийки матки.

2. Гормональні проби при аменореї з прогестероном.

3. Рентгенограма гіпофіза.

4. Гістеросальпінгографія.

5. УЗ-дослідження.

6. Посткоїтальний тест для підтвердження інтравагінальної еякуляції (проба Шуварова-Гунера).

7. При 2 від'ємних пробах — імунологічний тест — проба Курцрок-Міллера.

4. Гістероскопія.

5. Лапароскопія.

6. Діагностичне вишкрібання матки.

7. Гормональна палітра (дослідження гормонів в крові): а) пролактин; б) визначення ФСГ, ЛГ, тестостерону; в) естрогени і прогестерон; г) визначення дегідроепіандростерону в сечі і плазмі крові.

8. Реакція на сифіліс, ВІЛ, хламідіоз.

9. Біопсія яєчників та тестикул.

10. Генетичне дослідження хворих на непліддя.

5. Лікування.

Впровадження системного підходу до діагностики непліддя дозволило розробити диференційний підхід до лікування різних форм непліддя чи поєднаних форм.

1. При виявленні перенесеного чи існуючого запального процесу реко- мендується комплексне протизапальне лікування, санаторно-курортне лікування;

2. При ендокринному неплідді найперше слід відновити менструальну функцію.

3. При наявності менструального циклу можна починати з призначення оральних комбінованих контрацептивів строком на 3 — 4 місяці. Роз- раховують при такому методі на ребаунд-синдром — синдром відміни препарату.

4. При ановуляторному циклі приміняються індуктори овуляції: кломіфен, клолід, клостильбегід — від 50 до 150 мг на прийом, з 5 по 10 день менструального циклу, протягом 4 — 6 циклів. Слід контролювати гіперстимуляцію яєчників методом УЗД.

5. При синдромі галактореї-аменореї призначають парлодел (бромкрептин, норпролак) по 2,5 — 5 мг на добу під контролем базальної t° або УЗД.

6. При настанні вагітності слід рекомендувати хоріонічний гонадотропін людини (ХГЛ) або прегніл по 5 — 10 тис. одиниць (профазі, прималют) з 15 дня менструального циклу.

7. На сучасному етапі при гіпоталамо-гіпофізарній недостатності стимуляцію овуляції проводять препаратами хумігон, який містить по 75 МО активного

ФСГ і ЛГ. Препарат вводять з 1 по 7 день в дозі 75 МО, з 8 по 15 день — дозу подвоюють. При дисфункції ФСГ і нормальному ЛГ (чи навіть збільшеному) застосовують препарат метро-дін ВЧ, який містить високоочищений ФСГ. Прийом препаратів контролюється УЗД (визначають появу домінантних фолікулів), а з 14 — 15 дня також призначають ХГК, профазі, прегніл.

8. При склерозі чи полікістозних яєчниках використовується клостільбегід, кломіфен, а при необхідності — операції в об'ємі клиновидної резекції чи декапсуляції (фенестрації) яєчників з наступним застосуванням антиестрогенів (кломід, кломіфен).

9. При неплідді, зумовленому наднирниковим генезом, за наявності гірсутизму, лікують призначенням $\frac{1}{2}$ - $\frac{1}{4}$ таблетки дексаметазону щодоби протягом 6-ти місяців, в сполученні з кломіфеном.

10. За наявності імунологічного генезу непліддя — рекомендують штучне запліднення, кондомтерапія 1—2 роки, кріодеструкція епітелію шийки матки. Останнім часом в лікуванні безпліддя все більшого поширення набувають методи допоміжних репродуктивних технологій, це маніпуляції із зародковим матеріалом, який використовують для подолання безпліддя. Класичний варіант екстракорпорального запліднення полягає у взятті ооцитів у природному циклі лапаротомічно чи лапароскопічно, заплідненні *in vitro* і перенесенні ембріонів у порожнину матки пацієнтки.

Нині використовують такі методи допоміжної репродукції:

- стандартну програму екстракорпорального запліднення: безпосередньо ЕКЗ, ЕКЗ і ПЕ, IVF (In Vitro Fertilization), IVF- ET (In Vitro Fertilization and Embryo Transfer);
- трансцервікальне перенесення гамет (GIFT) і зигот (ZIFN) у маткові труби;
- програму сурогатного материнства;
- екстракорпоральне запліднення з ізоцитоплазматичною ін'єкцією сперматозоїдів (ЕКЗ + ICSI) ;
- ДО (ovum donation) – програму, що ґрунтується на методі екстракорпорального запліднення ооцитів донора під час лікування безпліддя реципієнтки з нефункціонуючими яєчниками, у тому числі в разі їх передчасного виснаження, дисгенезії гонад, генетичних порушень у жінок, а також під час природної менопаузи;
- ЕКЗ+ICSI в поєднанні з аспірацією сперматозоїдів із яєчка або його придатка (PESA, TESA, MESA);
- Поєднання екстракорпорального запліднення з іншими програмами при кріоконсервованих ембріонах.

У разі використання допоміжних репродуктивних технологій можливе виникнення таких ускладнень:

- Синдром гіперстимуляції яєчників.
- Багатоплідна вагітність.

- Ектопічної вагітності, ускладнень трансвагінальної пункції яєчників, апоплексії і перекруту яєчника, гнійно-септичних ускладнень, що потребують оперативних втручань.

Хірургічне лікування

Ендоскопічні методи відновлення проходження труб, резекція чи декапсуляція яєчників; збереження труби при операціях з приводу позаматкової вагітності.

Профілактика.

- Регулярні огляди (двічі на рік) у гінеколога та уролога із застосуванням ультразвукового дослідження малого тазу.

Тема «Аборт та його ускладнення»

Невиношування вагітності – самовільне (спонтанне) передчасне переривання вагітності від зачаття до 37 тижня. Переривання вагітності в термін до 22 тижнів або масою плода до 500 грамів, незалежно від наявності або відсутності ознак його життя, називається *абортом (викиднем)*. Виділяють також поняття недоношування вагітності – *передчасні пологи*.

- 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).

Частота мимовільних переривань вагітності по триместрам розподіляється наступним чином: в I триместрі – 75-80%, у II триместрі – 9-12%, в III триместрі – 4-8%. Висока частота переривань у I триместрі є свого роду природнім відбором, елімінацією аномально сформованого ембріону і в 50-60% пов'язана з хромосомними аномаліями зародка. Однак ці порушення можуть бути пов'язані і з рядом інших причин, зокрема, з інфекцією, радіацією, стресом та ін.

Невиношування – поліетіологічна патологія. Порушення вагітності, як правило, обумовлено поєднанням ряду причин, які можуть діяти або водночас, або приєднуватись з прогресуванням вагітності.

САМОВІЛЬНИЙ АБОРТ (ВИКИДЕНЬ)

Самовільний аборт відбувається без будь-яких зовнішніх втручань. Якщо самовільний аборт у жінки повторюється більше як 2 рази, його називають *звичним*.

Етіологія

1. Материнські причини:

нейро-ендокринні – гіпофункція яєчників (недостатність фолікулярної фази циклу, недостатність лютеїнової фази циклу, хронічна ановуляція, первинна яєчникова недостатність); порушення в системі гіпоталамус-гіпофіз-яєчники (гіпофункція гіпофізу, синдром полікістозних яєчників – СПКЯ, гіперпролактинемія, гіперандрогенія яєчникового, наднирикового, змішаного генезу, тіреопатія, та їх

поєднання);

анатомо-функціональні – вади розвитку статевих органів, істміко-цервікальна недостатність, дефекти матки (внутрішньоматкові синехії, патологія рецепторного апарату, гіпоплазія матки, аномалії розвитку матки), пухлиниматки та яєчників;

інфекційні – інфікування бактеріальними, вірусними, паразитарними та умовнопатогенними мікроорганізмами;

імунологічні – аутоімунні процеси (антифосфоліпідний синдром, системний червоний вовчак й інші аутоімунні захворювання), алоімунні процеси (ізоантигенна несумісність крові матері та плода за резус-фактором та антигенами системи АВО, сенсibilізація за фетальними антигенами), імунодефіцитні процеси;

генетичні фактори і хромосомні аномалії – найбільш часті хромосомні порушення – трисомія, моносомія, триплоїдія, тетраплоїдія.

2. Патологія вагітності – важкі форми ранніх гестозів, шийкова вагітність, міхурцевий занесок.

3. Екстрагенітальна патологія матері.

4. Патологія стану організму батька, у тому числі фактори, що сприяють виникненню патологічних змін еякуляту.

5. Соціально-середовищні фактори:

- *екологічні* (радіація, хімічне забруднення повітря, ін.);
- *вік матері* (до 18 і після 30 років);
- *несприятливі умови життя* (незбалансоване харчування, дефіцит вітамінів тощо);
- *професійні і виробничі шкідливості* (температурні, шумові, вібраційні, хімічні, радіаційні);
- *шкідливі звички.*(алкоголізм, наркоманія, куріння).

6. Нез'ясовані причини.

Фактори ризику самовільного аборту

- пізні менархе та тривалий період становлення менструального циклу;
- розлад менструального циклу;
- медичні аборти, особливо, перший аборт, їх ускладнення;
- безпліддя, особливо після лікування методами допоміжних репродуктивних технологій;
- наявність самовільного переривання попередніх вагітностей;
- перинатальні втрати в анамнезі;

- патологічний перебіг попередніх вагітностей;
- запальні захворювання статевих органів;
- доброякісні пухлини матки;
- гінекологічні операції в анамнезі;
- алергічні захворювання полівалентного характеру;
- шкідливі звички (куріння);
- вплив тератогенів (інфекції, токсичні речовини, ліки);
- дефіцит фолієвої кислоти
- провокуючі фактори (травма, падіння, фізичне навантаження, coitus).

Патогенез переривання вагітності

Незважаючи на велике число факторів, які сприяють перериванню вагітності, дія їх в більшості випадків на кінцевому етапі однотипова і можуть бути виділені декілька патогенетичних варіантів викидня.

Перший патогенетичний варіант: *викидень за типом відторгнення.*

При дії будь-якого пошкоджуючого фактора найбільш вразливим органом в першій третині вагітності є хоріон. При цьому страждають в першу чергу такі функції як процеси біосинтезу гормонів, ферментів, білків, синтезу речовин, що

блокують процес розпізнавання «чужого» імунною системою матері. Падіння синтезу цих речовин особливо стероїдних та імуносупресивних субстанцій нижче критичного рівня, призводить до розвитку імунологічних реакцій за типом відторгнення алотрансплантату.

Завдяки взаємодії систем клітинного та гуморального імунітету в реакції на

«чужерідні» тканинні антигени плода, антитіла, лімфоцити та вторинно активовані макрофаги матері накопичуються в ділянці прикріплення хоріона, а потім плаценти і виявляють цитотоксичну дію на клітини трофобласту. Виникає кровотеча і при відносно слабких скороченнях матки плідне яйце цілком або частково вигоняється із порожнини матки.

Переривання вагітності, що пов'язане з первинною загибеллю ембріону або плода внаслідок хромосомних мутацій чи генетичних дефектів відбувається саме за таким типом.

Другий патогенетичний варіант спонтанного викидня спостерігається в основному у другому триместрі вагітності і перебігає по типу пологів. В більш пізні терміни вагітності падіння вироблення стероїдних гормонів, імуносупресивних субстанцій та інших біологічно важливих речовин відносно менше, ніж в більш ранні строки. В ці терміни вже добре розвинені опорні ворсини, які досить міцно утримують плаценту. До того ж часу в матці встигають відбутись наступні зміни: гіпертрофія і

гіперплазія м'язових волокон, накопичення актоміозину, АТФ, ферментних білків, і матка стає чутливою до діютеротонічних речовин. Реакція «відторгнення» перебігає за іншим типом, а саме по типу пологів. З'являються перейми, відкриття шийки матки і народження плода. При цьому механізмі переривання вагітності основна увага приділяється блокуванню скоротливої діяльності матки.

Ведучим компонентом ще одного патогенетичного варіанту, який пов'язаний з істміко-цервікальною недостатністю, є недостатність «запираючого» апарату матки.

Класифікація

1. За стадіями розвитку виділяють:

- *загрозливий аборт*
- *аборт «в ходу»*
- *неповний аборт,*
- *повний аборт*

2. Розрізняють також :

- *аборт, що не відбувся (припинення розвитку ембріона/плода)*
- *інфікований аборт*

Загрозливий аборт.

Клініка. При загрозливому аборті у хворої відмічається тягнучий біль в нижніх відділах живота, у другому триместрі біль може мати переймоподібний характер; можливі скудні або помірні кров'янисті виділення із статевих шляхів, затримка місячних.

Діагностика. При огляді у дзеркалах зовнішнє вічко закрито, спостерігаються скудні або помірні кров'янисті виділення.

Бімануальне піхвове дослідження свідчить, що матка легко збудлива, її тонус підвищений, розміри відповідають терміну вагітності

УЗ ознаками загрози аборті будуть наявність локального потовщення міометрію вигляді валика, що випинається у порожнину матки, деформація контурів плідного яйця, його вдавнення за рахунок гіпертонусу матки, наявність ділянок відшарування хоріону чи плаценти.

Тактика ведення загрозливого аборті.

Після встановлення діагнозу та до початку лікування необхідним є визначення життєздатності ембріона/плода та подальшого прогнозу вагітності. Для цього використовують критерії сприятливого чи несприятливого прогнозу даної вагітності.

Сприятливий прогноз:

- сонографічні ознаки - наявність серцевих скорочень при КТР плода 6 мм (трасвагінально), відсутність брадикардії, відповідність розмірів ембріону розмірам плідного яйця, ріст плідного яйця в динаміці;

- біохімічні ознаки – рівень ХГЛ та прогестерону відповідає гестаційному віку.

Несприятливий прогноз:

- наявність спонтанних абортів в анамнезі, вік жінки >34 років;
- сонографічні ознаки – відсутність серцевих скорочень при КТР 10 мм (трасабдомінально), брадикардія, пусте плідне яйце діаметром 15мм при терміні гестації 7 тижнів, 21мм - в 8 тижнів; невідповідність розмірів ембріону розмірам плідного яйця; відсутність росту плідного яйця через 7-10 днів; субхоріальна гематома;
- біохімічні ознаки – рівень ХГЛ нижче норми для гестаційного віку, зростає менш ніж на 66% за 48 годин (до 8 тижнів вагітності) або знижується; вміст прогестерону нижче норми для гестаційного віку та знижується.

За наявності клінічних ознак загрозового аборт у термін вагітності менше 8 тижнів та несприятливих ознак прогресування вагітності проведення терапії, спрямованої на збереження вагітності не рекомендується.

Пацієнтка має бути поінформована щодо результатів обстеження, прогнозу даної вагітності та можливих ускладнень, пов'язаних з використанням лікарських засобів. Потрібне отримання письмової згоди на проведення медикаментозних та оперативних втручань.

При загрозі переривання вагітності в термін більше 8 тижнів та за відсутності ознак несприятливого прогнозу застосовуються заходи, спрямовані на збереження та підтримку розвитку вагітності.

Лікування. Для лікування загрозового аборт використовуються препарати прогестерону. Показанням для застосування прогестерону є наявність в анамнезі двох та більше спонтанних викиднів в першому триместрі (звичний викидень),

доведена до вагітності недостатність лютеїнової фази, виліковане безпліддя, вагітність внаслідок допоміжних репродуктивних технологій. Застосування прогестерону за будь-якими іншими показаннями не має доведеної ефективності. Рутинне призначення гестагенних препаратів при загрозовому аборті не підвищує відсоток виношування (А).

Застосування інших традиційних методів лікування (ліжковий режим, спазмолітична та седативна терапія) не мають доказів ефективного та безпечного застосування.

Препарати прогестерону:

- масляний розчин прогестерону (внутрішньом'язово);
- мікронізований прогестерон – утрожестан (вагінально або перорально);
- синтетичні похідні прогестерону - дідрогестерон (перорально).

Різні препарати прогестерону не можна призначати одночасно.

Не виявлено статистично достовірної різниці ефективності різних способів призначення прогестерону (в/м, перорально, інтравагінально). Не доведено переваги

будь якої схеми та не визначено оптимальний термін використання прогестерону.

Моніторинг ефективності лікування визначається за допомогою: даних УЗД, тестів функціональної діагностики, динаміки рівнів ХГЛ та прогестерону в сироватці крові (один раз на тиждень до зникнення симптомів).

Аборт в ході

Клініка. Ця стадія самовільного абортів супроводжується тягнучим болем в нижніх відділах живота (у другому триместрі біль може мати переймоподібний характер) з посиленням в динаміці до інтенсивного, кров'янистими виділеннями зі статевих шляхів здебільше у великій кількості.

Діагностика. При огляді у дзеркалах відмічається вкорочена шийка матки, зовнішнє вічко відкрите. Кров'яністі виділення у великій кількості; частини плідного яйця у цервікальному каналі, підтікання навколоплідних вод (може бути відсутнім в рані терміни вагітності). При бімануальному піхвовому дослідженні визначається підвищений тонус матки, її розмір відповідає строку вагітності.

За необхідністю може бути проведене УЗД, при якому відмічається повне або майже повне відшарування плідного яйця (до 12 тижнів), наявність ділянки відшарування плаценти (після 12 тижнів).

Тактика ведення абортів в ході.

В термін вагітності менше 16 тижнів:

- проводять вакуум аспірацію або кюретаж стінок порожнини матки в ургентному порядку під адекватним знеболенням та заходи спрямовані на стабілізацію гемодинаміки в залежності від об'єму крововтрати. Обов'язкове патогістологічне дослідження видаленої тканини.

В термін вагітності більше 16 тижнів

- у разі відсутності значної кровотечі після спонтанного вигнання елементів плідного яйця проводять вакуум-аспірацію або кюретаж стінок порожнини матки та заходи, спрямовані на стабілізацію гемодинаміки в залежності від об'єму крововтрати.

- у разі кровотечі, під адекватним знеболенням:

- при наявності умов проводять евакуацію вмісту матки (не чекають спонтанного вигнання продукту запліднення) та заходи, спрямовані на стабілізацію гемодинаміки в залежності від об'єму крововтрати;

- при відсутності умов – абдомінальне переривання вагітності.

У разі необхідності та за відсутності протипоказань можливо використання утеротоніків:

- для прискорення вигнання продукту запліднення у терміні гестації 16 тижнів та більше лише окситоцин (у дозі 10 ОД в/м або в/в крапельно у 500мл ізотонічного розчину хлориду натрію, до 40 крапель за хвилину);

- у разі кровотечі після вигнання або під час кюретажу для покращання скоротливої спроможності матки вводять один з утеротоніків:

- окситоцину 10 ОД в/м або в/в крапельно у 500 мл ізотонічного розчину хлориду

натрію зі швидкістю до 40 крапель за хвилину;

ергометрину 0,2 мг в/м або в/в (у разі необхідності можливо повторити введення вказаної дози, максимальна добова доза не більше 1 мг);

мізопростол 800 мкг ректально.

Профілактичне застосування антибіотиків є обов'язковим. Вибір препарату, дози та тривалість використання має бути визначено індивідуально.

Всім резус-негативним жінкам, у яких не має анти-резус антитіл, вводять анти-D імуноглобулін згідно діючого протоколу.

Неповний аборт

Клініка. Для неповного аборт характерна наявність болю в нижніх відділах живота (біль може мати переймоподібний характер) з посиленням в динаміці до інтенсивного та зменшенням в подальшому через експульсію плідного яйця. Кров'янисті виділення зі статевих шляхів різного ступеня вираженості, переважно значні.

Діагностика. При огляді у дзеркалах визначається вкорочена шийка матки, відкрите зовнішнє вічко, що супроводжується кров'янистими виділеннями різного ступеня вираженості.

При бімануальному піхвовому дослідженні відмічається м'якої консистенції матка, розміри якої менше терміну гестації, різний ступінь розкриття шийки матки.

За даними УЗД порожнина матки розширена >15 мм, шийка матки розкрита, плідне яйце/плід не візуалізується, можуть візуалізуватися тканини неоднорідної ехоструктури.

Тактика ведення неповного аборт

У разі неповного аборт обов'язково проводять звільнення матки від залишків ембріональних/плодових тканин з наступним їх патогістологічним дослідженням.

За відсутності абсолютних показань до кюретажа або вакуум-аспірації, рекомендується надання пацієнтці можливості вибору метода звільнення матки від залишків плідного яйця: хірургічний або медикаментозний.

Хірургічний метод евакуації вмісту порожнини матки (кюретаж або вакуум-аспірація).

Абсолютні показання до хірургічного методу:

- інтенсивна кровотеча,
- розширення порожнини матки >50 мм (УЗД),
- підвищення температури тіла вище 37,5°C.

Кюретаж стінок порожнини матки або вакуум-аспірацію проводять під адекватним знеболенням; паралельно проводять заходи, спрямовані на стабілізацію гемодинаміки відповідно до об'єму крововтрати.

Обов'язкове застосування антибіотиків. Вибір препарату, дози та тривалість використання мають бути визначені за індивідуальними клінічними показаннями.

Медикаментозний метод евакуації вмісту порожнини матки

Медикаментозний метод може використовуватися

- лише у разі підтверженого неповного аборт у першому триместрі.
- якщо відсутні абсолютні показання для хірургічної евакуації
- лише за умови госпіталізації до медичного закладу що надає екстрену допомогу цілодобово

Протипоказання

Абсолютні:

- наднирникова недостатність;
- тривала терапія глюкокортикоїдами;
- гемоглобінопатії або антикоагулянтна терапія;
- анемія (Hb < 100 г/л);
- порфірія;
- мітральний стеноз;
- глаукома;
- прийом нестероїдних протизапальних засобів протягом попередніх 48 годин.

Відносні:

- гіпертензія,
- тяжка бронхіальна астма.

Для медикаментозної евакуації вмісту порожнини матки використовують:

Мізопростол – 800-1200мкг одноразово інтравагінально в умовах стаціонару. Препарат вводять у заднє склепіння піхви лікарем під час огляду у дзеркалах. Через кілька годин (як правило протягом 3-6 годин) після введення мізопростолу починаються маткові скорочення та вигнання залишків плідного яйця.

Спостереження:

Жінка залишається для спостереження в умовах стаціонару протягом доби після вигнання і може бути виписана із стаціонару у разі:

- відсутності значної кровотечі,
- відсутності симптомів інфекції,
- можливості негайно звернутися до цього медичного закладу у будь який час цілодобово.

Через 7-10 днів після виписки з стаціонару в амбулаторних умовах проводиться контрольний огляд пацієнтки та УЗД.

Перехід до хірургічної евакуації після медикаментозної евакуації здійснюють уразі:

- виникнення значної кровотечі;
- появи симптомів інфекції;
- евакуація залишків не розпочалась протягом 8 годин після введення мізопростолу;
- виявлення залишків плідного яйця у порожнині матки під час УЗД через 7-10 днів.

Рандомізовані дослідження демонструють відсутність статистичної різниці ефективності хірургічної та медикаментозної евакуації при неповному викидні в терміні до 70 днів від 1 дня останньої менструації.

Повний аборт

Клініка. При повному аборті хвора може скаржитись на тягнучий біль в нижніх відділах живота різної інтенсивності (може бути відсутній), незначні кров'яністі виділення із статевих шляхів (можуть бути відсутні) після експульсії плідного яйця.

Діагностика. При огляді у дзеркалах визначається сформована шийка матки, закрите зовнішнє вічко; спостерігаються незначні кров'яністі виділення або вони можуть бути відсутні.

При бімануальному піхвовому дослідженні пальпується щільна матка, розміри якої менше терміну гестації. Цервікальний канал закритий (іноді не повністю).

За результатами УЗД порожнина матки <15 мм, цервікальний канал закритий (іноді не повністю), плідне яйце/плід не візуалізується, залишки продукту запліднення в порожнині матки не візуалізуються

Тактика ведення повного аборту.

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, вибір препарату, дозита тривалість використання мають бути визначені за індивідуальними клінічними показаннями.

Аборт, що не відбувся (припинення розвитку ембріона/плода)

Клініка. Припинення розвитку вагітності із затримкою плодових тканин в матці супроводжується зникненням суб'єктивних ознак вагітності. Іноді спостерігаються кров'яністі виділення з матки та підвищення температури тіла.

Діагностика. При огляді у дзеркалах шийка матки сформована, зовнішнє вічко закрите. За даними бімануального піхвового дослідження розміри матки менше терміну гестації, цервікальний канал закритий.

При проведенні УЗД:

- 5-6 тижнів: невідповідність розмірів плодового яйця терміну гестації, не

візуалізується жовточний мішок, не візуалізується ембріон. Діагноз вагітності, що не розвивається, в терміні 5-6 тижнів має бути підтвердженим не менше ніж двома спеціалістами. За відсутності впевненості в ультразвукових критеріях дослідження треба повторити через 3-7 днів, паралельно визначити динаміку рівнів хоріогонічного гонадотропіну.

- 7-8 тижнів: відсутність серцевих скорочень ембріону, невідповідність розмірів терміну гестації.
- 9-12 тижнів: відсутність серцевих скорочень та рухів ембріону, невідповідність розмірів матки терміну гестації.

Тактика ведення абортів, що не відбувся

В разі підтвердження діагнозу - терміново провести евакуацію ембріональних/плодових тканин з порожнини матки хірургічним або медикаментозним методами.

Знаходження вагітності, що не розвивається, в порожнині матки протягом 4 тижнів та більше збільшує ризик коагулопатичних ускладнень, в зв'язку з чим необхідно бути готовим для боротьби з можливою кровотечею (визначити груп крові, резусфактор, коагулограму).

Індукція скоротливої діяльності при вагітності, що не розвивається в другому триместрі здійснюється застосуванням препаратів простагландинів (мізопростол), або утеротонічних засобів (окситоцин), або хірургічним методом (кюретаж, вакуум-аспірація).

Необхідність профілактичного застосування антибіотиків, вибір препарату, дозита тривалість використання має бути визначено за індивідуальними клінічними показаннями.

Реабілітація репродуктивної функції після мимовільного абортів

Незважаючи на те, що один мимовільний аборт не вважається фактором ризику звичного невиношування, за наявності у матері ознак станів, які могли виступати причиною переривання вагітності (ознаки інфекційних захворювань, ендокринних порушень, структурних порушень матки) бажаним є дообстеження

пацієнтки. У разі виявлення певної патології жінка має бути проінформована про необхідність лікування та заклади, де вона може отримати це лікування.

Обов'язковим є профілактика інфекційно-запальних захворювань, санація вогнищ хронічного запалення, нормалізація біоценозу піхви, діагностика та лікування TORCH-інфекцій.

Після перенесеного абортів необхідною є психологічна реабілітація. При необхідності проведення медико – генетичного консультування.

В плані подальшого ведення передбачення неспецифічної прегравидарної підготовки: антистресова терапія, нормалізація раціону харчування, режиму праці та відпочинку, відмова від шкідливих звичок.

Звичний аборт.

Звичний викидень – визначається як наслідок двох або більше вагітностей поспіль, що закінчилися викиднем. Якщо серії цих епізодів передувала нормальна успішна вагітність, то такий стан визначається як «вторинний звичний» викидень», якщо ні – використовується термін «первинний звичний викидень»

Обстеження жінок зі звичним невиношуванням вагітності.

Обстеження жінок для визначення причин звичного невиношування починають після переривання вагітності, або під час наступної вагітності, якщо жінка звернулася після її настання. Обстеження повинно бути спрямоване на виявлення можливих причин невиношування, для виключення розладів у будь якій системі, або органі спостережуваної жінки.

Дослідження каріотипу подружньої пари обумовлено тим, що приблизно у 2- 5% випадків звичного невиношування один з батьків або обоє (рідше), є носіями збалансованої хромосомної аномалії. Виявлення порушення у будь – кого з батьків є показанням до консультації клінічного генетика для встановлення вірогідності народження дітей без застосування допоміжних репродуктивних технологій, а також для визначення показань для проведення цитогенетичного дослідження плідного яйця (плода) якомога у ранньому терміні вагітності.(С)

Ультразвукове дослідження репродуктивних органів проводиться з метою виявлення вроджених або набутих порушень, які можуть перешкоджати розвитку вагітності. Двомірне ультразвукове дослідження з або без гістеросальпінгографії, проведене кваліфікованим спеціалістом, є достатнім для виявлення порушень анатомічної будови репродуктивних органів.

Не доведена необхідність рутинного проведення гістеросальпінгографії для діагностики порушень анатомічної будови репродуктивних органів.

Ведення жінок зі звичним невиношуванням вагітності різної етіології

Антифосфоліпідний синдром є причиною звичного невиношування вагітності в близько 20% випадків. У жінок зі звичним невиношуванням вагітності та антифосфоліпідним синдромом комбінована терапія аспірин та гепарин достовірно знижує частоту мимовільного абортів на 54% (А). Визначення наявності вовчакового антикоагулянту та антифосфоліпідних антитіл

проводиться з використанням стандартних тестів. Наявність позитивного результату тесту для одних і тих же антитіл (Ig M і IgG) двічі з проміжком 4-6 тижнів на рівні середніх або високих титрів є підставою до встановлення діагнозу та проведення лікування. *Застосування кортикостероїдів у жінок з звичним невиношуванням та АФС не збільшує частоту живонароджень та може супроводжуватись збільшенням материнської та неонатальної захворюваності (А).*

Будь яка **тяжка інфекція у матері**, що перебігає з бактеріємією або вірусемією, може бути чинником самовільного викидня, хоча роль інфекційного фактора в структурі чинників невиношування вагітності не зовсім з'ясована. Для того, щоб інфекційний агент був «прийнятий» як чинник саме звичного невиношування він повинен мати здатність персистенції у геніальному тракті жінки без наявних ознак, або

спричинювати мінімальні прояви.

Виявлення і лікування *бактеріального вагінозу* у ранні терміни вагітності зменшує ризик повторних самовільних абортів і передчасних пологів (А) Обстеження на TORCH інфекцію для виявлення причин звичного невиношування у випадках коли є підозра на наявність інфекції, або відомості про наявність інфекції у минулому чи проведення її лікування (С)

Істміко-цервікальна недостатність (ІЦН) – не пов'язане зі скоротливою діяльністю матки мимовільне згладжування та розкриття шийки, що призводить до повторного переривання вагітності частіше в другому триместрі.

Діагностика. До групи високого ризику належать жінки, що мають в анамнезі: два та більше епізодів переривання вагітності в другому триместрі, які не були результатом скоротливої діяльності матки чи відшарування плаценти; випадки мимовільного безболісного розкриття шийки матки до 4-6 см при попередніх вагітностях; наявність хірургічних втручань на шийці матки, розриви шийки матки другого або третього ступенів в минулих пологах; інструментальні дилатації шийки матки під час штучного переривання вагітностей.

При огляді можна встановити вроджені або набуті анатомічні дефекти ектоцервіксу, розкриття шийки матки до 2 та більше см в другому триместрі вагітності при відсутності маткових скорочень та відшарування плаценти; пролабірування плідного міхура з зовнішнього вічка шийки матки.

При трансвагінальному УЗД – вкорочення шийки матки до 25мм та більше в терміні 16- 24 тижнів, клиноподібну трансформацію каналу шийки матки на 40% довжини та більше.

Недостатність лютеїнової фази.

Діагностика.

- визначення співвідношення рівнів прогестерону в 1 та 2 фазу менструального циклу (менше ніж в 10 разів);
- визначення реологічних властивостей цервікального слизу (неадекватно високий цервікальний індекс за шкалою Maricі);
- визначення динаміки синдрому «зіниці» (закриття цервікального каналу після 21 дня циклу);
- гіполютеїновий тип мазка за даними гормональної кольпоцитології – зберігається високий каріопікнотичний індекс при зниженні еозинофільного індексу);
- визначення різниці базальної температури (різниця між найнижчим значенням у 1 фазу та найвищим у 2 повинна складати більше 0,4 градусівС °);
- дворазове гістологічне дослідження пайпель-біоптатів ендометрію на 22- 24 день циклу (триденне відставання ендометрію від фази циклу).

Прегравідарна підготовка при звичному невиношуванні

- ***Припинення шкідливих впливів*** (відмова від паління, вживання алкоголю, виключення впливу факторів шкідливого промислового виробництва, уникнення психоемоційних перевантажень та стресів)

- **Оздоровлення жінки** (нормалізація режиму праці та відпочинку, раціональне харчування, регулярні фізичні навантаження -вранішня гімнастика, плавання прогулянки, тощо; санація екстрагенітальних вогнищ хронічної інфекції, нормалізація маси тіла, щеплення проти краснухи імунонегативних жінок для профілактики вродженої краснухи, вакцинація проти гепатиту В жінок репродуктивного віку групи ризику, що забезпечує профілактику вертикальної передачі інфекції, зменшення ризику печінкової недостатності та цирозу печінки у матері).

- **Призначення фолієвої кислоти** 400 мкг на день за 3 місяця до зачаття зменшує частоту вад невральної трубки на 2/3.

- **Лікування хронічних захворювань** підготовка пацієнток з хронічними екстрагенітальними захворюваннями:

- цукровий діабет стійка компенсація вуглеводного метаболізму у продовж трьох місяців до запліднення, та призначення фолієвої кислоти 800мкг на день за 3 місяці до зачаття;

- артеріальна гіпертензія (тримання нормотензії, перехід на антигіпертензивні препарати, дозволені до застосування під час вагітності);

- гіпотиреоз (корекція замісної терапії L-тироксином для досягнення еутиреоїдного стану);

- епілепсія (перехід на проти судомні засоби з меншою негативною дією на плід, збільшення дози фолієвої кислоти до 800мкг 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.

Лікування звичного не виношування вагітності.

При встановленні етіологічного фактору не виношування проводять патогенетичне лікування, спрямоване на усунення патології, яка лежить в основі переривання вагітності

З метою лікування звичного не виношування вагітності необхідно застосовувати лише **заходи з доведеною ефективністю.**

Лікування станів, які супроводжуються дефіцитом ендogenous прогестерону (недостатність лютеїнової фази, вилікуване безпліддя, вагітність в наслідок допоміжних репродуктивних технологій) є ефективним.

В групі жінок зі звичним викиднем застосування прогестерону з метою профілактики переривання вагітності демонструє статистично достовірне зниження частоти переривання вагітності в порівнянні з плацебо або відсутністю терапії (А).

Методика лікування прогестероном наведена вище.

Схема комбінованої терапії антифосфоліпідного синдрому після чітко встановленого діагнозу.

Аспірин 75 мг/добу.

Прийом аспірину починають як тільки тест на вагітність стає позитивним та продовжують до пологів.

Нефракціонований гепарин 5 000 ОД підшкірно кожні 12 годин або низькомолекулярний гепарин у середній профілактичній дозі.

Застосування гепарину починають як тільки за допомогою УЗД зареєстрована серцева діяльність ембріону. Застосування гепарину припиняють в 34 тижні вагітності. При застосуванні нефракціонованого гепарину проводять контроль рівня тромбоцитів щотижнево протягом перших трьох тижнів, потім кожні 4 – 6 тижнів. Якщо при попередніх вагітностях мали місце тромбози терапія може бути продовжена до пологів та в післяпологовому періоді.

Лікування істміко-цервікальної недостатності.

Лікування полягає в накладанні профілактичного чи лікувального шва на шийку матки. Операція проводиться в терміні 13 – 16 тижнів вагітності за наявності нижче вказаних умов:

- живий плід без видимих вад розвитку;
- цілий плідний міхур;
- відсутність ознак хоріонамніоніту;
- відсутність пологової діяльності та/або кровотечі;
- перший або другий ступінь чистоти піхви.

Профілактичний шов на шийку матки показаний:

- жінкам групи високого ризику, які мали в анамнезі два та більше самовільних викидні, або передчасні пологи в другому триместрі вагітності.

Терапевтичний шов на шийку матки показаний жінкам групи ризику з наступними УЗ даними:

- коротка шийка (менше 2,5 см) без клиноподібної трансформації цервікального каналу;
- коротка шийка (менше 2,5 см) в поєднанні з прогресуючою в динаміці клиноподібною трансформацією цервікального каналу;
- коротка шийка (менше 2,5 см) в поєднанні з прогресуючою в динаміці клиноподібною трансформацією цервікального каналу на 40 % та більше при одноразовому дослідженні.

Ургентний або лікувальний шов на шийку матки пропонують жінкам з моменту встановлення діагнозу.

- Санація хронічних вогнищ інфекції жіночих статевих органів.

Завдання для самостійної роботи:

1. Провести аналіз тестів функціональної діагностики у пацієнтки з непліддям
2. Оцінити результати спермограми
3. Дати заключення по метросальпінгографії
4. Проаналізувати дані ехогідротубації
5. Ретельно зібрати спеціальний анамнез у хворої з непліддям

6. Спілкуючись з пацієнткою з непліддям визначити його вид і напрямки обстеження

7. Аналізуючи історію хвороби з непліддям визначити його вид, методи діагностики та лікування

8. Виписати рецепт ліків, які стимулюють овуляцію

9. Виписати рецепт на КОК

10. Виписати рецепт на препарат який використовується при синдромі галактореї-аменореї

11. Дати оцінку рентгенограми черепа

12. Дати оцінку посткоїтальному тесту

Контрольні запитання для оцінки вихідного рівня знань:

1. Яке визначення неплідного шлюбу за даними ВООЗ?

2. Яке значення для визначення непліддя має вік жінки?

3. Який вік вважається сприятливим для вагітності?

4. Які основні групи жіночої неплідності за даними ВООЗ?

5. Які основні причини чоловічого непліддя?

6. Які основні методи обстеження проводяться при обстеженні неплідного шлюбу?

7. Які спеціальні методи обстеження проводяться при неплідному шлюбі (гормональні, імунологічні та інше)?

8. Як відновлюється репродуктивна функція жінки при порушеннях менструальної функції?

9. Як відновлюється репродукція у жінки при перенесених запальних процесах — гострих та хронічних?

10. Які методи стимуляції овуляції застосовуються на практиці?

11. Які допоміжні консервативні методи відновлення репродуктивної функції застосовуються на сьогодні?

12. Які хірургічні методи відновлення репродукції застосовуються нині?

Тестові задачі:

1. Хвора скаржиться на нерегулярний менструальний цикл, значне збільшення маси тіла, гірсутизм, неплідність. При бімануальному дослідженні матка трохи менше норми, по обидва боки визначаються щільні, рухливі яєчники розмірами 4 x 5 x 4 см, безболісні. Про яку патологію слід думати?

- хвороба полікістозних яєчників;

- двобічний хронічний аднексит;

- туберкульоз придатків матки;

- двобічні кисти яєчників;

- ендометріоз яєчників

2. Жінка 18 років скаржиться на відсутність вагітності на протязі 1 року регулярного статевого життя. Вагітності не запобігає. Вагітностей не було. При бімануальному дослідженні патології не виявлено. З якого метода слід починати обстеження цієї пари?

- спермограми;

- гістеросальпінгографії;

- лапароскопії;

- тестів функціональної діагностики;

- бактеріологічного посіву

3. Хвора 27 років, звернулась зі скаргами на нерегулярні місячні, безпліддя протягом 4-х років. Відмічається ожиріння, гіпертрихоз. При дослідженні матка невеликих розмірів, яєчники з обох боків збільшені, щільні. Виділення – білі. При обстеженні: базальна температура монофазна. Який діагноз?

- синдром полікістозних яєчників;
- генітальний туберкульоз;
- синдром Шихана;
- ендометріоз яєчників;
- синдром Симонса

4. Хвора, 30 років, звернулась зі скаргами на відсутність місячних на протязі 5 місяців, непліддя. Відмічає виділення молока з молочних залоз. При дослідженні: матка невеликих розмірів, рухома, безболісна. Придатки без особливостей. На рентгенограмі черепу патології патології не виявлено. Виявлено підвищення пролактину в сироватці крові. Який діагноз?

- гіперпролактінемія
- гіпотеріоз;
- синдром склерокістозу яєчників;
- аденома гіпофіза;
- туберкульозне враження ендометрія

5. На прийом до лікаря звернулась жінка із скаргами на непліддя. Основні симптоми: ожиріння, гірсутизм, гіпоменструальний синдром. При УЗД – дослідженні ендометрію визначена гіперплазія. Ознакою якого стану є це заключення?

- Хронічна ановуляція;
- запальні процеси ендометрію;
- перстстенція жовтого тіла;
- гіпотиреоз;
- нормальний стан ендометрію

6. Неплідним вважається шлюб, коли вагітність не настає при статевому житті протягом:

- одного року;
- двох років;
- трьох років;
- 6 місяців

7. Хвора 27 років, протягом 5 років безрезультатно лікується від непліддя. У чоловіка вичавлений хламідіоз. Які методи дослідження є найбільш інформативними?

- імуноферментний, імунофлюоресцентний;
- бактеріоскопічний;
- бактеріологічний;
- клінічний аналіз крові, бак посів крові;
- бактеріологічний після провокації

8. У хворої 28 років в анамнезі 3 завмерлі вагітності, протягом останніх 3 років не вагітніє. Які методи дослідження необхідно провести з метою виявлення причини даної патології?

- обстеження на TORCH – інфекції, медико-генетичне консультування;
- обстеження на сифіліс;
- обстеження на туберкульоз;

- клінічний аналіз крові;
- бактеріологічне дослідження вагінального вмісту

9. Хвора 43 років на протязі 10 років лікується від непліддя. Які межі має фертильний вік жінки за оцінкою ВООЗ?

- 18 – 49 років;
- 16 – 45 років;
- 18 – 45 років;
- 17 – 49 років;
- 16 – 50 років

10. В гінекологічне відділення поступила хвора 28 років, зі скаргами на непліддя впродовж 2 років. З анамнезу: 3 штучних абортів, менструальний цикл без особливостей. Чоловік обстежений – спермо грама в нормі. Що з перерахованого нижче треба зробити поперше?

- метросальпінгографія;
- лапароскопія;
- стимуляція овуляції;
- курси гідротубації;
- інсемінація спермою чоловіка

11. Хвора, 32 років, скаржиться на відсутність вагітностей упродовж 5 років подружнього життя. Базальна температура- двофазна. Чоловік обстежений – здоровий. При метросальпінографії – маткові труби виповнюються контрастом до ампулярних відділів, в черевній порожнині контрасту нема. Що з перерахованого найбільш доцільне в лікуванні цієї хворої?

- лапароскопічна пластика маткових труб;
- курси гідротубації;
- стимуляція овуляції;
- екстракорпоральне запліднення;
- інсемінація спермою чоловіка

12. Хвора, 34 років, звернулася до лікаря з приводу непліддя. Що можна запропонувати жінці з непліддям, яка втратила маткові труби під час операцій з приводу позаматкових вагітностей?

- екстракорпоральне запліднення;
- лапароскопія;
- стимуляція овуляції;
- сурогатне материнство;
- інсемінація спермою чоловіка.

Ситуаційні задачі

1. 1.Хвора Е. 27 років, звернулась зі скаргами на нерегулярні місячні, безпліддя пртягом 4-х років. Відмічається ожиріння, гіпертрихоз. При дослідженні матка невеликих розмірів, яєчники з обох боків збільшені, щільні. Виділення – білі. При обстеженні: базальна температура монофазна. Який діагноз ймовірний? Які додаткові методи дослідження для встановленнякінцевого діагнозу?

2. В гінекологічне відділення поступила хвора Д. 28 років, зі скаргами на непліддя впродовж 2-х років. З анамнезу: 3 штучних абортів, менструальний цикл без

особливостей. Чоловік обстежений – спермограма в нормі. Що перше необхідно зробити?

3. Хвора К. 30 років, звернулася зі скаргами на відсутність місячних протягом 5-ти місяців, непліддя. Відмічає виділення молока з молочних залоз. При дослідженні: матка невеликих розмірів, рухома, безболісна. Придатки без особливостей. На рентгенограмі черепа патології патології не виявлено. Який діагноз? Який гормон буде підвищений в сироватці крові?

4. На прийом до лікаря жіночої консультації звернулася жінка Н. 28 років, із скаргами на непліддя. При з'ясуванні анамнезу виявлено основні симптоми: ожиріння, гірсутизм, гіпоменструальний синдром. При УЗ-дослідженні ендометрія визначена гіперплазія. Ознакою якого стану є це заключення? Які додаткові методи дослідження слід застосувати?

5. Хвора М. 36 років, що не народжувала, звернулася з приводу лікування ановуляторного безпліддя. Тривалий час страждає ожирінням. Менструації з 11 років, перші менструальні цикли нерегулярні, їх тривалість коливалася від 60 до 120 днів. Менструації протікають важко і тривають 7-10 днів. Зміст пролактину в сироватці крові та результати дослідження функції щитовидної залози в межах норми. Біопсія ендометрія виявила його проліферацію з ділянками аденоматозної гіперплазії. Чим можна підтвердити факт прохідності маткових труб? Який попередній діагноз та план лікування?

6. Хвора В. 28 років, звернулася до лікаря жіночої консультації з приводу вторинного безпліддя, триваючого 3 роки. При обстеженні після пологів їй вели ВМС. Через рік довелося видалити ВМС через явища дисменореї. Гістероскопія виявила оклюзію в корнеальному відділі лівої маткової труби, гідросальпінкс та оклюзію фімбріального відділу правої. Лапароскопія виявила наявність оклюзії фімбріального відділів обох маткових труб з наповненням їх до фімбріального кінця барвником без вилиття його в черевну порожнину. Яка лікарська тактика? Та який об'єм оперативного втручання слід виконати?

7. Вагітна 26 років. Вагітність I, 12 тижнів. Скарги на тягнучий біль в нижніх відділах живота. При вагінальному обстеженні: зовнішнє вічко шийки матки закрито, тіло матки збільшене до 12 тижнів, тонус матки підвищений, виділення слизові. Який ймовірний діагноз? Яка тактика ведення?

8. В акушерський стаціонар надійшла жінка 24 років в терміні вагітності 18 тижнів з переймоподібними болями внизу живота, кров'янистими виділеннями зі статевих шляхів. При обстеженні: шийка матки вкорочена, пропускає 3 пальці, плідний міхур відсутній, палькується голівка плода, кров'яні виділення помірні. Який ймовірний діагноз? Яка тактика ведення?

9. В акушерський стаціонар поступила вагітна в термін 11-12 тижнів зі скаргами на переймоподібні болі внизу живота, відходження навколоплідних вод, значні кров'янисті виділення. Вагінальне дослідження: шийка матки вкорочена, пропускає палець, за внутрішнім вічком пальпуються елементи плода, виділення кров'янисті, значні. Який ймовірний діагноз? Яка тактика ведення?

10. Вагітна 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. Який ймовірний діагноз? Яка тактика ведення?

11. 22-річна пацієнтка звернулась до лікаря за порадою, тому що перебуває в шлюбі понад 5 років, але вагітність не настала. При цьому засобів запобігання вагітності не використовує біля 6 — 7 місяців. Що робити?

12. 29-річна пацієнтка звернулась до лікаря зі скаргою, що 2 роки тому перенесла штучне переривання вагітності за власним бажанням, без ускладнень, а останній рік вагітність не настає. Шлюб другий. Д/з? Яке обстеження слід провести для встановлення причини непліддя в першу чергу?

13. 27-річна пацієнтка звернулась до лікаря зі скаргою на відсутність вагітності протягом 6 років подружнього життя без запобігання. Чоловікові 35 років. DS? Складіть план обстеження неплідного шлюбу.

14. 35-річна пацієнтка прийшла порадитися, що можна зробити, щоб настала вагітність. В минулому вона перенесла дві операції з приводу позаматкової вагітності, обидві маткові труби видалені при операціях. DS? Які можливі методи слід застосувати в даної пацієнтки?

15. Жінка в віці 47 років втратила єдину дочку від тяжкого інфекційного захворювання. Пацієнтка хоче порадитись, чи може ще настати в неї вагітність. Яку пораду повинен надати лікар? Які застереження слід зробити щодо пізньої вагітності?

16. 23-річна пацієнтка звернулася до лікаря зі скаргою на відсутність вагітності. 1,5 роки тому народила дитину, ще кормить її грудьми. Яку пораду повинен надати лікар?

17. 7.22-річна пацієнтка звернулася до лікаря зі скаргами на відсутність вагітності протягом двох років як вийшла заміж. Із анамнезу з 12 років професійно займається великим тенісом, менструації нерегулярні з великими затримками, які переходять у кровотечі. Д/з? Складіть план обстеження пацієнтки.

18. 23-річна пацієнтка звернулася до лікаря зі скаргами на відсутність вагітності на протязі двох років. Із анамнезу : вагітності не було, два роки тому перенесла гострий гнійний аднексит. Д/з? Складіть план обстеження пацієнтки.

19. У пацієнтки 23 років з ендокринним непліддям тестами функціональної діагностики встановлена наявність ановуляторних циклів. Що можна застосувати для індукції овуляції?

20. У пацієнтки 30 років не настає вагітність протягом останнього року. Шлюб другий. Має дитину від першого шлюбу. Д/з? Яке обстеження слід провести в першу чергу?

21. Подружня пара звернулася до лікаря з причини відсутності спільної дитини. Жінці 32 роки, два роки тому перенесла надпихвову ампутацію матки без додатків у зв'язку з фіброміомою матки. Яку пораду повинен надати лікар?

22. Хвора 28 років скаржиться на відсутність місячних, ріст волосся на обличчі, кінцівках. Заміжнтя продовж 8 років, дітей немає. Місячні з 14 років, були скудні, через чотири роки щезли. Об'єктивно: зріст – 160 см, маса тіла – 65 кг. Тілобудова по жіночому типу. Шкіра звичайного кольору і вологості. Ріст волосся на обличчі у вигляді

бакенбард. На верхній губі, підборідді, стегнах, гомілках. Зовнішні геніталії нормальної будови. Матка звичайних розмірів, яєчники пальпаторно дещо збільшені. Д\з? Яке лікування?

23. 23-річна пацієнтка звернулася до лікаря зі скаргами на відсутність вагітності на протязі двох років. Із анамнезу : вагітності не було, два роки тому перенесла гострий гнійний аднексит. Д\з? Складіть план обстеження пацієнтки.

Література.

Навчальна.

Основна:

1. Гінекологія: підручник (за ред. Б.М. Венцківського, Г.К. Степанківської, В.П. Лакатоша).- К.: ВСВ Медицина, 2012.648 с.
2. Акушерство і гінекологія (у 2-х книгах): підручник (за ред. Грищенко В.І., Щербини М.О.) // Книга II. Гінекологія. К. Медицина, 2011.375 с.
3. Запорожан В.М., Чайка В.К., Маркін Л.Б. Акушерство і гінекологія (у 4-х томах): національний підручник: 2013.

Допоміжна:

1. Біотехнологія запліднення ін вітро (одна з методик ДРТ) (за ред. Ф.В. Дахно. – К.: Світ Успіху, 2014. 312 с.
2. Сенчук А.Я., Вдовиченко Ю.П., Венцковский Б.М., Шунько Е.Е. Руководство по практическим навыкам в гинекологии, акушерстве и неонатологии. К.: Гидромакс, 2006. 368 с.

ТЕМА: «ПЛАНУВАННЯ СІМ'Ї»

I. Актуальність теми

Проблема регулювання народжуваності, питання свідомого батьківства та планування сім'ї є надзвичайно актуальними. За даними ВООЗ щорічно у світі понад 35 млн. жінок (близько 8 %) переривають вагітність.

Штучне переривання вагітності наносить непоправну шкоду здоров'ю жінки, репродуктивному здоров'ю обох членів подружжя. Навіть відсутність на перший погляд відчутних ускладнень відразу після абортів, буде даватись в знаки тривалий час і може стати причиною невиношування вагітності (самовільних викиднів та передчасних пологів) та інших ускладнень вагітності і пологів, а також безпліддя.

Раціональні методи планування сім'ї дозволяють уникнути ризиків і ускладнень, пов'язаних з штучним перериванням небажаної вагітності

II. Навчальні цілі

Ознайомитись ($\alpha=1$):

- із визначенням поняття «планування сім'ї».

Засвоїти ($\alpha=2$):

- Принципи вибору методу контрацепції.
- Класифікацію методів контрацепції.
- Типи, правила застосування, переваги та недоліки КОК.
- Типи, правила застосування, переваги та недоліки КІПР.
- Правила застосування, переваги та недоліки гормональних пластирів.
- Правила застосування, переваги та недоліки вагінальних гормональних кілець.
- Типи, правила застосування, переваги та недоліки внутришньоматкових засобів контрацепції.
- Правила застосування, переваги та недоліки МЛА.
- Типи, правила застосування, переваги та недоліки бар'єрних методів контрацепції та сперміцидів.
- Типи, правила застосування, переваги та недоліки методів невідкладної контрацепції.
- Типи, правила застосування, переваги та недоліки методів природньої контрацепції.
- Типи, правила застосування, переваги та недоліки методів хірургічної контрацепції.
- Методи штучного переривання вагітності

Оволодіти та удосконалити навички ($\alpha=3$):

- Збирати гінекологічний анамнез.
- Виконувати гінекологічне дослідження.
- Оцінювати результати додаткових методів дослідження (лабораторних, ультразвукових, ендоскопічних, інструментальних, гістологічних).

Вміти ($\alpha=4$):

- Провести консультування жінок з питань контрацепції.
- Підібрати метод контрацепції у підлітків.

- Підібрати метод контрацепції у віці 19-35 років.
- Підібрати метод контрацепції у віці 35-45 років.
- Підібрати метод контрацепції у післяпологовому періоді.
- Підібрати метод контрацепції у післяабортному періоді.

III. Виховні цілі

- Виховна - навчити студентів відповідальності і послідовності в роботі, чуйності та толерантного відношення, що звернулись для вибору методу контрацепції або переривання вагітності.
- Наукова - навчити студентів логічного клінічного мислення на підставі нових для нього методів діагностики і лікування.
- Творча - надати можливість студенту самостійно вирішити нетипову задачу з самостійним вибором шляху вирішення.
- Відповідальна - розвинути у студентів почуття відповідальності за правильність професійних дій.

IV. Міждисциплінарна інтеграція:

Таблиця №

№ з/п	Дисципліни	Знати	Вміти
Забезпечуючі дисципліни			
1.	Анатомія людини	Анатомію зовнішніх та внутрішніх статевих органів	Дати характеристику будови жіночих статевих органів
2	Гістологія	Гістологічну будову матки та яєчників	Оцінити результати гістологічного дослідження
3	Топографічна анатомія	Взаєморозташування жіночих статевих органів з органами сечовидільної та травної системи	Диференціювати утворення органів малого тазу
4	Фізіологія	Роль гормонів у регуляції статевої функції	Оцінити порушення відповідно ієрархічній будові регуляції менструальної функції
	Клінічна імунологія та медична генетика	Імунологічні та генетичні аспекти репродукції	Скласти генетичний анамнез подружжя
Забезпечувані дисципліни			
1	Хірургія	Клініку, діагностику, методи лікування яєчників, злукової хвороби ОМТ	Діагностувати і складати план обстеження та лікування при ускладненнях операції

			переривання вагітності або встановлення ВМК.
Внутрішньопрдметна інтеграція			
1.	Методи дослідження в гінекології	Основні та додаткові методи обстеження в гінекології	Провести гінекологічне обстеження Оцінити результати клініко-лабораторних досліджень та додаткових методів обстеження
	Регуляція менструального циклу	Фізіологія ієрархічної будови нейро-ендокринної регуляції ЖСО	Оцінити результати досліджень та додаткових методів обстеження

V. Зміст навчального матеріалу.

Планування сім'ї – це види діяльності, які допомагають окремим особам та подружнім парам досягти певних репродуктивних результатів: запобігти небажаній вагітності, народити бажаних дітей, регулювати перерви між вагітностями, контролювати вибір часу народження дитини у залежності від віку батьків та інших факторів, визначити кількість дітей в сім'ї.

Перед початком використання будь-якого контрацептивного методу здійснюються заходи щодо виключення вагітності.

Принципи вибору контрацепції:

1. Надання вичерпної інформації щодо методів та засобів контрацепції.
2. Поінформоване бажання жінки застосовувати метод контрацепції.
3. Вибір контрацептиву відповідно до стану здоров'я жінки.
4. Вибір контрацептиву відповідно до віку жінки.
5. Вибір контрацептиву з урахуванням можливостей жінки.

КОМБІНОВАНІ ОРАЛЬНІ КОНТРАЦЕПТИВИ (КОК)

Класифікація

Сучасні КОК можна розділити на 2 групи: комбіновані та однокомпонентні (міні-пілі). У свою чергу, серед комбінованих КОК розрізняють одно-, дво- і трифазні. На сьогоднішній день немає доказів щодо переваг трифазних КОК.

ТИПИ

Монофазні: 21 активна таблетка містить однакову кількість естрогену та прогестину (Е/П).

Двофазні: 21 активна таблетка містить 2 різні комбінації Е/П (наприклад, 10/11).

Трифазні: 21 активна таблетка містить 3 різні комбінації Е/П (наприклад, 6/5/10).

Існують 2 види упаковок таблеток. В одних упаковках по 28 таблеток: 21 активна таблетка, яка містить гормони і 7 таблеток іншого кольору, які не містять гормонів. В упаковках іншого виду – тільки 21 активна таблетка.

Механізм дії

- Пригнічують овуляцію
- Ущільнюють цервікальний слиз, перешкоджаючи проникненню сперматозоїдів
- Змінюють ендометрій, зменшуючи ймовірність імплантації
- Зменшують рух сперматозоїдів у верхньому статевому тракті (фалопієві труби)

Початок прийому: в перші 5 днів менструального циклу, в будь-який день менструального циклу, якщо нема вагітності (якщо прийом почати після 5 дня, рекомендується допоміжний метод протягом 7 днів).

Правила прийому: по одній таблетці щоденно в один і той самий час. Почати наступну упаковку без перерви, якщо в упаковці 28 таблеток. Якщо в упаковці 21 таблетка, то зробити перерву на 7 днів перед початком нової упаковки.

КОНТРАЦЕПТИВИ ПРОГЕСТОГЕНОВОГО РЯДУ (КПР)

- ПТП = протизаплідні таблетки прогестогенового ряду
- ПК = прогестогенові ін'єкційні контрацептиви

ПРОТИЗАПЛІДНІ ТАБЛЕТКИ ПРОГЕСТОГЕНОВОГО РЯДУ (ПТП) –

таблетки, що містять тільки гестогенний компонент (лінестренол).

Механізм дії

- Ущільнюють цервікальний слиз, перешкоджаючи проникненню сперматозоїдів
- Змінюють ендометрій, зменшуючи ймовірність імплантації
- Зменшують рух сперматозоїдів у верхньому статевому тракті (фалопієві труби)
- Пригнічують овуляцію

Переваги:

- єдиний надійний гормональний контрацептивний засіб для жінок, що годують груддю;
- придатні до використання при станах та захворюваннях, коли не можна рекомендувати КОК (протипоказані естрогени): паління, вік понад 40 років, серцево-судинні захворювання.

Правила прийому: по одній таблетці кожний день. Якщо жінка не годує

грудьми, необхідно приймати таблетки в один і той же час: в цьому випадку затримка у прийомі чергової таблетки всього на декілька годин підвищує ризик небажаної вагітності.

ПРОГЕСТОГЕНОВІ ІН'ЄКЦІЙНІ КОНТРАЦЕПТИВИ (ПК) ТИПИ

Депо-Провера: 150 мг депо-медроксипрогестерон ацетату (ДМПА), ін'єкційовані **кожні 3 місяці**. Ін'єкція може бути зроблена до 2- 4 тижнів (28 днів) **раніше** або до 2-4 тижнів (28 днів) **пізніше** визначеного строку.

Нористерат: 200 мг норетистерон енантату (НЕТ-ЕН), ін'єкційовані **кожні 2 місяці**. Ін'єкція може бути зроблена до 2 тижнів (14

Механізм дії

- Ущільнюють цервікальний слиз, перешкоджаючи проникненню сперматозоїдів
- Змінюють ендометрій, зменшуючи ймовірність імплантації
- Зменшують рух сперматозоїдів у верхньому статевому тракті (фалопієві труби)
- Пригнічують овуляцію ((інгібуючий вплив на гіпоталамо-гіпофізарну систему)

ПОЧАТОК ВИКОРИСТАННЯ ПК

- Протягом 7 днів від початку менструації. При цьому немає необхідності у використанні будь-якого додаткового засобу контрацепції.

- У будь-який день менструального циклу, якщо є цілковита впевненість, що пацієнтка не вагітна. Якщо введення ПК проводиться після 7 днів від початку менструації, то рекомендується утримуватись від статевих відносин або використовувати додатковий метод контрацепції протягом наступних 7 днів.

- Після пологів:

- через 6 місяців, якщо жінка використовує МЛА;
- через 6 тижнів, якщо вона годує груддю, але не використовує МЛА;
- через 3 і більше тижнів, якщо не годує груддю.

- Після аборту (відразу або протягом 7 днів).

ПОВТОРНЕ ВВЕДЕННЯ

Повторні ін'єкції ДМПА рекомендується робити через кожні 3 місяці. Повторні ін'єкції НЕТ-ЕН рекомендується робити через кожні 2 місяці.

ГОРМОНАЛЬНІ ПЛАСТИРИ

Евра: 6 мг норелгестроміну та 0,6 мг етинілестрадіолу; кожний пластир протягом 24 годин вивільняє 150 мкг норелгестроміну та 20 мкг етинілестрадіолу (обидві дози наближуються до добового ритму вивільнення гормонів).

Контрацепцію за допомогою гормонального пластирю розпочинають у перший день менструації. Приклеюють до шкіри один пластир і носять його весь тиждень (7 днів). День приклеювання першого пластирю (1-й день/день початку) визначає наступні дні заміни. День заміни буде приходиться на цей самий день кожного тижня (8-й і 15-й дні циклу). На 22-й день циклу пластир знімається і з 22-го по 28-й день циклу жінка його не використовує. Наступний день вважається першим днем нового контрацептивного циклу.

КОМБІНОВАНІ ВАГІНАЛЬНІ КІЛЬЦЯ

Гнучке та еластичне кільце, яке при введенні в піхву діє шляхом вивільнення етинілестрадіолу та прогестерону (етоногестрелу) з 54-мм севіленового кільця. Гормони починають виділятися із кільця, що знаходиться у піхві під дією температури тіла. Через слизову оболонку піхви вони попадають у кров. Контрацептивний ефект комбінованого вагінального кільця настає за рахунок пригнічення овуляції.

НоваРинг – 15 мкг етинілестрадіолу/120 мкг етоногестрелу

ПОЧАТОК ВИКОРИСТАННЯ ВАГІНАЛЬНОГО КІЛЬЦЯ

Жінка повинна ввести кільце між 1 днем і 5 днем менструального циклу, але не пізніше 5 дня циклу, навіть якщо менструальна кровотеча ще не закінчилась. Протягом перших 7 днів використання кільця рекомендується додатково застосовувати бар'єрні методи контрацепції, такі як презерватив. В наступних циклах немає необхідності у використанні будь-якого додаткового методу контрацепції.

РЕЖИМ ВИКОРИСТАННЯ

Одне кільце розраховане на один цикл. Протягом трьох тижнів кільце знаходиться у піхві, потім воно видаляється і робиться 7-ми денна перерва. Після 7-ми денної перерви вводиться наступне кільце. При випадінні кільця необхідно його промити проточною водою та ввести його в піхву знову.

МЕТОД ЛАКТАЦІЙНОЇ АМЕНОРЕЇ (МЛА) – контрацептивний метод, який базується на годуванні груддю. Використовується як тимчасовий метод контрацепції.

Критерії використання МЛА:

- минуло не більше 6 місяців після пологів;
- у жінки аменорея;
- жінка годує виключно груддю:
 - годує дитину за вимогою;

- щонайменше 6 разів на день (включаючи нічне годування) і дитині не дають іншої їжі крім материнського молока;
- інтервал між годуваннями повинен складати не більше 4 годин вдень та 6 годин вночі;

Якщо жінка не хоче покладатися лише на МЛА, необхідно використовувати інші методи: презервативи, сперміциди, ПТП, ДМПА, ВМК.

ВНУТРІШНЬОМАТКОВІ КОНТРАЦЕПТИВИ

- ВНУТРІШНЬОМАТКОВІ КОНТРАЦЕПТИВИ, ЯКІ МІСТЯТЬ У СОБІ МІДЬ (Nova T, Multiload, Copper T)

- ВНУТРІШНЬОМАТКОВІ КОНТРАЦЕПТИВИ, ЯКІ МІСТЯТЬ ПРОГЕСТИН

- ВНУТРІШНЬОМАТКОВА СИСТЕМА З ЛЕВОНОРГЕСТРЕЛОМ (Мірена)

Механізм дії

- Впливають на здатність сперматозоїдів проходити через порожнину матки (мідні)
- Впливають на репродуктивний процес, перед тим як яйцеклітина досягає порожнини матки (мідні)
- Ущільнюють цервікальний слиз (прогестинові)
- Змінюють стан ендометрію (прогестинові)

• Якщо менструальний цикл регулярний – введення ВМС можливе протягом 7 днів після початку менструації в будь-який зручний для жінки час (не тільки в період менструації). При цьому будь-який додатковий метод контрацепції не застосовується.

• Введення ВМС можливе у будь-який час менструального циклу, якщо є можливість точно встановити, що жінка невагітна. Якщо введення здійснюється після 7 днів після початку менструації, жінці рекомендується утримуватись від статевих стосунків або користуватись додатковим засобом контрацепції протягом наступних 7 днів.

- Після пологів рекомендується введення ВМС після 4-х і більше тижнів.

НЕВІДКЛАДНА КОНТРАЦЕПЦІЯ

Ситуації, які виникають і при яких рекомендується невідкладна контрацепція:

- незахищений статевий контакт;
- порушення цілісності, зісковзування презерватива;
- сексуальне насильство;
- статевий контакт у фертильні дні при використанні природних методів ПС (також при помилковому підрахунку фертильних днів);
- якщо пацієнтка турбується про можливу вагітність (невдача при використанні інших методів, жінка забула випити таблетки або пропустила термін наступної ін'єкції ДМПА та ін.)

Для невідкладної контрацепції можна використовувати однофазні

низькодозовані КОК, чисто прогестинові таблетки, а також ВМК, які містять в собі мідь. Чисто прогестинові таблетки, які містять левоноргестрел, дають таку ж саму ефективність, як і КОК, проте останні мають меншу кількість побічних ефектів.

Низькодозовані КОК, які містять 30 мкг етинілестрадіола в якості естрогена та 150 мкг левоноргестрела або 150 мкг дезогестрела, або 75 мкг гестодена у якості гестагена.

Режим вживання: першу дозу (4 таблетки) слід прийняти якомога раніше, проте не пізніше 72 годин після незахищеного статевих контакту, прийняти другу дозу (4 таблетки) через 12 годин після першої дози.

Прогестогенові таблетки

-750 мкг левоноргестрела (постінор)

-1,5 мг левоноргестрела (ескапел)

Режим вживання: 1 таблетку слід прийняти якомога раніше, проте не пізніше 72 годин після незахищеного статевих контакту і прийняти ще 1 таблетку через 12 годин або 2 таблетки одночасно не пізніше 72 годин.

ВМК, які мають у своєму складі мідь, можуть бути застосовані для невідкладної контрацепції протягом 5 днів після незахищеного статевих контакту лише при відсутності протипоказань.

Якщо застосування невідкладної контрацепції не запобігло настанню вагітності, пацієнтці пояснюється, що це не справляє шкідливого впливу на розвиток плода. Однак рішення про виношування вагітності залишається за жінкою.

БАР'ЄРНІ МЕТОДИ ТА СПЕРМІЦИДИ

«Чоловічі» методи:

- Презерватив – єдиний метод, який в достатній мірі захищає від інфекцій, що передаються статевим шляхом (ІПСШ). Відноситься до бар'єрних методів контрацепції. Може використовуватись як допоміжний метод при застосуванні інших контрацептивів для захисту від ІПСШ.

«Жіночі» методи:

-Жіночий презерватив.

-Діафрагма – відноситься до бар'єрних методів контрацепції. Цей вид запобігання вагітності менш ефективний, ніж використання презерватива, що пояснюється більш високою вірогідністю помилок при використанні діафрагми. У той же час поєднання застосування діафрагми зі сперміцидами значною мірою підвищує ефективність цього методу і ступінь захисту від ІПСШ.

- Сперміциди – хімічні поверхнево-активні речовини, які інактивують сперматозоїди у піхві до попадання у верхні відділи статевих тракту та в певній мірі захищають від інфекцій, що передаються статевим шляхом (ІПСШ).

Особливо виражена сперміцидна та бактеріцидна дія у хлориду бензалконію.

Час контрацептивного захисту сучасних сперміцидів та їх ефективність триває в межах від 15 хвилин до 1-8 годин від початку застосування і залежить від форми використання (таблетки, крем, піна тощо). Протягом 2-х годин до та після статевого акту інтимний туалет необхідно проводити без застосування звичайного мила (через ризик руйнування діючої речовини).

Сперміциди застосовуються і з презервативами, що забезпечує більший контрацептивний ефект та захист від ІПСШ.

ПРИРОДНІ МЕТОДИ ПЛАНУВАННЯ СІМ'Ї

Можуть мати місце, якщо жінка може визначити початок та кінець фертильного періоду у своєму менструальному циклі. Фертильний період – це час, коли у жінки може наступити вагітність.

Ефективність природних методів середня (9-20 вагітностей на 100 жінок протягом першого року користування).

Календарний метод ґрунтується на розрахунку фертильних днів.

Метод базальної температури ґрунтується на вимірюванні базальної температури.

Метод цервікального слизу можна використовувати, якщо в статевих органах немає запальних процесів.

Жінка визначає **фертильну фазу**, спостерігаючи за слизовими виділеннями із піхви. В той час, коли виділення прозорого тягучого слизу, жінка може бути фертильною. Останній день прозорого тягучого слизу називається “днем пік”; це означає, що овуляція вже близька або тільки що відбулася. Після закінчення менструальної кровотечі у більшості жінок спостерігається відсутність виділень з піхви протягом декількох днів – “сухі дні”. Для спостереження за слизом та визначення методу слід утримуватись від статевих контактів щонайменше під час 1 циклу. Спостереження за слизом ведеться протягом дня, оскільки слиз може змінюватись, ведеться запис спостережень, для цього використовуються умовні позначки: кровотеча – червоний колір, сухі дні – літера “С”, фертильні дні – літера “Ф”, непрозорий не фертильний слиз – літера “Н”. При появі слизу або відчуття вологості у піхві

– утримуються від статевих контактів. Останній день прозорого тягучого слизу – “пік” фертильного періоду, тому утримуються від статевих контактів ще протягом 3-х днів.

Симптомотермальний метод.

Цей метод є комбінацією методів цервікального слизу та базальної температури.

ХІРУРГІЧНІ МЕТОДИ ПЛАНУВАННЯ ВАГІТНОСТІ

Мають обмежене застосування. Недоліком цього методу є оперативне втручання та незворотній ефект.

- Добровільна хірургічна стерилізація жінок шляхом трубної оклюзії лапароскопічним доступом або за допомогою мінілапаротомії.
- Добровільна хірургічна стерилізація чоловіків шляхом блокування сім'явиносного протоку (vas deferens) – вазектомія.

ШТУЧНЕ ПЕРЕРИВАННЯ ВАГІТНОСТІ У РІЗНІ ТЕРМІНИ

Проблема регулювання народжуваності, питання свідомого батьківства та планування сім'ї є надзвичайно актуальними. За даними ВООЗ щорічно у світі понад 35 млн. жінок (близько 8 %) переривають вагітність.

Штучне переривання вагітності наносить непоправну шкоду здоров'ю жінки, репродуктивному здоров'ю обох членів подружжя. Навіть відсутність на перший погляд відчутних ускладнень відразу після аборту, буде даватись в знаки тривалий час і може стати причиною невиношування вагітності (самовільних викиднів та передчасних пологів) та інших ускладнень вагітності і пологів, а також безпліддя. Отже, питання оптимального вибору методу штучного переривання вагітності набувають першочергового значення.

Абортом (від abortus - гинути, зганяти) є будь-яке переривання вагітності протягом перших 22 тижнів. Розрізняють *переривання вагітності в ранні* (до 12 тижнів) і *в пізні терміни* (від 12 до 22 тижнів).

Залежно від методів та причин переривання вагітності розрізняють **штучний** (abortus artificialis) та **мимовільний** (abortus spontaneus) **аборти**.

Переривання вагітності поза лікувальним закладом - **кримінальний аборт**.

I. Медичний (штучний) аборт – навмисне переривання вагітності, викликане впливом безпосередньо на плідне яйце, матку, організм вагітної.

Штучний аборт виконується у денних стаціонарах жіночих консультацій та гінекологічних відділеннях закладів охорони здоров'я лікарем акушером-гінекологом.

Штучне переривання вагітності, термін якої не перевищує 12 тижнів, у пацієнтки, яка досягла 14 років, може здійснюватись за бажанням жінки. Проведення штучного переривання вагітності у пацієнтки віком до 14 років або у недієздатної особи здійснюється за заявою її законних представників.

Штучне переривання вагітності у терміні 12-22 тижні проводиться у виключних випадках *за наявності медичних показань, показань немедичного характеру* (вік вагітної менше ніж 15 років та більше 45 років, настання інвалідності під час цієї вагітності та ін.) за заявою вагітної або її законних представників (у разі неповнолітності, недієздатності особи та ін.), на підставі висновку Комісії з визначення показань до штучного переривання вагітності.

Медичні показання до штучного переривання вагітності виникають, коли вагітність та пологи загрожують здоров'ю і життю жінки, захворювання ЦНС, які супроводжуються психічними розладами, тяжкі захворювання серцево-судинної системи, печінки, нирок, злоякісні новоутворення, відкриті форми туберкульозу легень, тяжкі форми токсикозів, що не підлягають лікуванню, внутрішньоутробна загибель плоду, тяжкі форми спадкових захворювань, уроджені вади розвитку плода, що несумісні з життям, та ін.

Обсяг обстеження перед проведенням медичного аборту: загальний огляд, огляд шийки матки у дзеркалах, вагінальне дослідження, бімануальне дослідження, визначення групи крові, Rh-фактору, аналіз крові на RW, ВІЛ, HBsAg, мікроскопічний аналіз урогенітальних виділень, цитологічне дослідження, кольпоскопія, ультразвукове дослідження та інші за показаннями.

Слід зазначити, що гострі та хронічні запальні захворювання жіночих статевих шляхів, гострі інфекційні захворювання (ангіна, грип, пневмонія та ін.), III-IV ступінь чистоти піхви є відносними протипоказаннями до проведення штучного абортів. В цих випадках штучний аборт доцільно проводити після відповідного курсу лікування.

Перед проведенням штучного переривання вагітності проводиться *передабортне консультування* вагітної щодо особливостей проведення переривання вагітності, можливих ускладнень, рекомендацій, пов'язаних з абортів та післяабортної контрацепції.

Після абортів жінка отримує ***інформацію щодо попередження небажаної вагітності***.

II. Методи штучного переривання вагітності до 12 тижнів:

- операція вакуум-аспірації (при затримці менструації не більше 20 днів);
- операція вишкрібання (кюретажу) порожнини матки (при терміні вагітності до 12 тижнів);
- медикаментозний аборт (до 49 днів з першого дня останньої менструації).

Операція штучного переривання вагітності здійснюється з обов'язковим знеболенням, метод якого підбирається індивідуально.

Слід зазначити, що після 12 тижнів сформована плацента, розміри матки та плода достатньо великі, що обумовлює застосування інших методів переривання вагітності, які будуть наведені нижче.

Медикаментозне штучне переривання вагітності - проводиться за бажанням жінки у терміні вагітності до 49 днів з першого дня останньої менструації. Медикаментозний аборт здійснюється лікарем акушером-гінекологом виключно в умовах гінекологічного або денного стаціонару акредитованого закладу охорони здоров'я, у якого наявні можливості надання невідкладної медичної допомоги.

Протипоказаннями до медикаментозного абортів є: відсутність достовірних даних про наявність вагітності, підозра на позаматкову вагітність, термін вагітності більше 49 днів від першого дня останньої менструації, внутрішньоматкова спіраль, алергія до препаратів, які застосовуються при проведенні даного методу, наднирникова недостатність, тривала глюкокортикостероїдна терапія, ураження коронарних або мозкових судин, ниркова та печінкова недостатність, порфірія, порушення системи гемостазу, лейоміома матки, рубець на матці, грудне вигодовування, вік жінки старше 35 років, активне тютюнопаління (більше 10 цигарок на день), тяжка форма бронхіальної астми, серцево-судинні захворювання.

Медикаментозне переривання вагітності проводиться шляхом застосування препаратів *міфепрестону*, який має антипрогестеронову дію, з обов'язковим наступним (через 36-48 годин) прийомом *мізопростолу* (простагландин Е). Через декілька годин (як правило, протягом 3-6 годин) після прийому мізопростолу починаються кров'яністі виділення у зв'язку із вигнанням плідного яйця. На 7-10 день необхідно провести огляд пацієнтки з обов'язковим ультразвуковим

дослідженням для підтвердження відсутності плідного яйця в порожнині матки. У разі неповного видалення плідного яйця, кровомазання, що триває, проводиться діагностичне вишкрібання порожнини матки з послідуєчим направленням отриманого матеріалу на гістологічне дослідження.

Штучне переривання вагітності методом вакуум-аспірації.

Вакуум аспірація проводиться *апаратним та мануальним (шприцевим) методом* при затримці менструації до 15-20 днів, при терміні вагітності не більше ніж 8 тижнів. Метод вакуумної аспірації є найбільш безпечним хірургічним методом переривання вагітності. Необхідно додати, що чим менше

термін вагітності, тим менш небезпечним є штучне переривання для здоров'я жінки.

Перед операцією виконують вагінальне дослідження для визначення розмірів та положення матки. Потім вагіну розкривають дзеркалами, обробляють спиртом та 5% спиртовим розчином йоду. Передню губу шийки матки захоплюють пульсовими щипцями та виводять. Зондуванням визначають розміри порожнини матки та напрямок цервікального каналу, який потім розширюють розширювачами Гегара. У терміні вагітності до 5 тижнів операцію вакуум-екстракції можна проводити без розширення цервікального каналу. У терміні вагітності 6-8 тижнів здійснюється попередня дилатація шийки матки розширювачами Гегара до № 8. Після розширення каналу в порожнину матки вводять трубку вакуум-аспіратора, з'єднаної з вакуум-отсосом. Після чого включають електроотсос і створюють у матці від'ємний тиск до 0,8-1,0 атмосфери.

У разі проведення мануальної вакуумної аспірації необхідний від'ємний тиск створюється за допомогою пластикового аспіратора об'ємом 60 мл, що утримується в руках (шприца), який приводиться до дії вручну.

Операція вишкрібання порожнини матки проводиться у гінекологічному відділенні акредитованого закладу охорони здоров'я лікарем акушером-гінекологом.

Перші етапи операції при цьому до розширення цервікального каналу такі ж, як при вакуум-аспірації. Після розширення цервікального каналу розширювачами Гегара до № 12, плідне яйце руйнують та видаляють з порожнини матки металевією кюреткою. При вагітності від 9 до 12 тижнів, крім кюретки, для видалення плідного яйця застосовують абортанг. Операція вважається закінченою, коли з порожнини матки видалені всі елементи плідного яйця, матка скоротилась, кровотеча відсутня.

Після проведення штучного переривання вагітності хірургічним методом необхідно одразу дослідити матеріал із порожнини матки для виключення вірогідності позаматкової вагітності. При необхідності матеріал направляється на гістологічне дослідження.

Після штучного аборту жінка знаходиться у стаціонарі під наглядом медичного персоналу. Необхідно спостерігати за загальним станом, температурою тіла, динамікою скорочення матки та виділеннями зі статевих шляхів. *Обов'язковим є проведення ультразвукового дослідження.* Тривалість перебування після операції штучного переривання вагітності визначається лікарем в залежності від стану пацієнтки. Не пізніше 48 годин після штучного переривання вагітності жінкам з резус-негативною приналежністю крові при

відсутності імунізації внутрішньом'язово вводиться 1 доза анти-Rh імуноглобуліну. На 7-10 день проводиться огляд пацієнтки та ультразвукове дослідження.

III. Штучне переривання вагітності від 12 до 22 тижнів

Пізній медичний аборт виконується різними методами залежно від строку вагітності, загального стану здоров'я жінки, акушерського анамнезу.

Методи штучного переривання вагітності від 12 до 22 тижнів.

- штучне переривання вагітності з використанням препаратів міфепростону (перорально), мізопростолу (перорально та інтравагінально), препідил (простагландин E) гелю (ендоцервікально);
- інтраамніальне введення динопросту (простагландин F2 α);
- інтрацервікальне введення гелю з динопростом (простагландин E) з наступною індукцією скоротливої діяльності матки шляхом внутрішньовенного введення розчину динопросту;
- інтраамніальне введення гіпертонічного розчину NaCl.

Іноді, застосовують малий кесарський розтин, вагінальний кесарський розтин при вагітності 16-20 тижнів, якщо за медичними показаннями необхідно терміново перервати вагітність (важка форма гестозу, гіпертонічна хвороба, гостра серцево-судинна недостатність та ін.) при непідготовлених пологових шляхах.

Після штучного переривання обов'язково необхідно провести вишкрібання стінок порожнини матки.

Важливо знати, що штучне переривання вагітності має негативний вплив на здоров'я жінки, це пояснюється вимушеним втручанням у гормональний стан. Переривання вагітності є надзвичайним стресом для гормональної та нервової системи організму. Найбільш частим ускладненням абортів є гострі та хронічні запальні захворювання геніталій, що стають причиною гормональних дисфункцій, порушують репродуктивну функцію жінки (безпліддя, самовільні викидні, позаматкова вагітність). Хірургічне втручання під час абортів може супроводжуватись травмою шийки матки та матки. Все це підвищує ризик розвитку доброякісних і злоякісних пухлин у майбутньому. Отже, після абортів досить часто можуть виникати віддалені у часі ускладнення з серйозними наслідками, лікування яких може бути тривалим та дороговартнісним і не завжди мати позитивний результат.

У жінок, які мають аборти в анамнезі, при наступній вагітності та пологах нерідко виникають такі ускладнення, як передлежання плаценти, патологічне прикріплення та прирощення плаценти, слабкість пологових сил, гіпотонічна кровотеча та ін.

Кожна вагітна повинна пам'ятати, що аборт може погіршувати психологічний клімат у сім'ї. Розлади функції репродуктивних органів, що виникають, негативно впливають на сексуальні відносини. А такі ускладнення як невиношування та безпліддя стають причиною соціального напруження у сім'ї та розлучень.

VI. План та організаційна структура заняття.

Таблиця №

№ з/п	Основні етапи заняття, їх функції та зміст	Цілі	Методи контролю і навчання	Матеріали методичного забезпечення	Час
1	2	3	4	5	6
Підготовчий етап					
I	Організаційні заходи				2%
II	Постановка навчальних цілей та мотивація			Див.п.2”Навчальні цілі” Див.п.1”Актуальність теми”	3%
III	Контроль вихідного рівня знань, навиків, вмінь: <ul style="list-style-type: none"> - Принципи вибору методу контрацепції. - Класифікація методів контрацепції. - Типи, правила застосування, переваги та недоліки КОК - Типи, правила застосування, переваги та недоліки КПП - Правила застосування, переваги та недоліки гормональних пластирів. - Правила застосування, переваги та недоліки вагінальних гормональних кілець - Типи, правила застосування, переваги та недоліки внутрішньоматкових засобів контрацепції 	(α=2)	- індивідуальне теоретичне опитування - тестовий контроль - рішення типових задач	- питання для теоретичного опитування - тести - типові задачі -структурно-логічні схеми, таблиці - муляжі	15%

	<ul style="list-style-type: none"> - Правила застосування, переваги та недоліки МЛА - Типи, правила застосування, переваги та недоліки бар'єрних методів контрацепції та сперміцидів - Типи, правила застосування, переваги та недоліки методів невідкладної контрацепції - Типи, правила застосування, переваги та недоліки методів природньої контрацепції - Типи, правила застосування, переваги та недоліки методів хірургічної контрацепції - Методи штучного переривання вагітності 				
Основний етап					
IV	<p><i>Формування професійних навичок:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Збирати гінекологічний анамнез - Виконувати гінекологічне дослідження <p><i>Формування професійних вмінь:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Провести консультування 	($\alpha=3$)	Метод формування навичок: практичний тренінг	Алгоритми методів обстеження гінекологічних хворих, муляжі для тренінгу, гінекологічні інструментарій.	65 %
		($\alpha=4$)	Метод формування вмінь: тренінг у	Тематичні хворі, УЗД –	

	<p>жінок з питань контрацепції.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Підібрати метод контрацепції у підлітків. - Підібрати метод контрацепції у віці 19-35 років. - Підібрати метод контрацепції у віці 35-45 років. - Підібрати метод контрацепції у післяпологовому періоді - Підібрати метод контрацепції у післяабортному періоді 		<p>вирішенні типових і нетипових ситуаційних задач - реальних, клінічних, імітованих, тестових.</p>	<p>знімки або УЗД в реальному часі, результати інших додаткових методів обстеження, ситуаційні задачі IV рівня, інтерактивні завдання.</p>	
Підсумковий етап					
V	<p>Контроль та корекція рівня практичних навиків.</p> <p>Контроль та корекція рівня професійних вмінь.</p> <p>Підведення підсумків заняття: Теоретичного, практичного, організаційного.</p>	<p>($\alpha=3$)</p> <p>($\alpha=4$)</p>	<p>Індивідуальний контроль практичних навиків.</p> <p>Аналіз результатів клінічної роботи студентів, рішення задач і тестів IV рівня.</p> <p>Підсумкове оцінювання студентів за критеріями знань, навиків, вмінь.</p>	<p>Тематичні хворі, муляжі Гінекологічні й інструментарій</p> <p>Результати клінічної роботи, нетипові задачі і тести IV рівня</p>	<p>20 %</p>
VI	<p>Домашнє завдання.</p>			<p>Орієнтовна</p>	

				карта для самостійної роботи з літературою. Рекомендована література (основна, додаткова, електронні джерела)	
--	--	--	--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

VII. Матеріали методичного забезпечення заняття

7.1. Матеріали контролю для підготовчого етапу заняття

Питання ($\alpha=2$) :

- Принципи вибору методу контрацепції.
- Класифікація методів контрацепції.
- Типи, правила застосування, переваги та недоліки КОК.
- Типи, правила застосування, переваги та недоліки КІПР.
- Правила застосування, переваги та недоліки гормональних пластирів.
- Правила застосування, переваги та недоліки вагінальних гормональних кілець.
- Типи, правила застосування, переваги та недоліки внутрішньоматкових засобів контрацепції.
- Правила застосування, переваги та недоліки МІА.
- Типи, правила застосування, переваги та недоліки бар'єрних методів контрацепції та сперміцидів.
- Типи, правила застосування, переваги та недоліки методів невідкладної контрацепції.
- Типи, правила застосування, переваги та недоліки методів природньої контрацепції.
- Типи, правила застосування, переваги та недоліки методів хірургічної контрацепції.
- Методи штучного аборту.

Типові ситуаційні задачі ($\alpha=2$)

- До лікаря акушера-гінеколога звернулася жінка, 37 років, для вибору комбінованого орального контрацептиву. При детальному зборі анамнезу з'ясувалось, що жінка палить протягом 10 років. Яка тактика лікаря?

Вірна відповідь: _

Якщо жінка, вік якої перевищує 35 років, палить, при застосуванні КОК варто рекомендувати припинити паління або рекомендувати інший негормональний метод контрацепції.

- До лікаря акушера-гінеколога звернулась жінка, 26 років через 6 місяців після пологів, яка годує дитину груддю, у якої поновились менструації. Чи необхідно рекомендувати використання методів контрацепції?

Вірна відповідь: _

поновлення менструації означає, що дітородна функція відновилась і необхідно негайно почати використовувати методи контрацепції (бар'єрні методи, внутрішньоматкову спіраль, протизаплідні таблетки прогестогенового ряду, природні методи планування вагітності).

Типові тестові завдання ($\alpha=2$):

1. При яких ситуаціях використання МЛА недоцільно:

- A. Минуло не більше 6 місяців після пологів.
- B. Жінка годує виключно груддю.
- C. Жінка годує дитину за вимогою.
- D. Жінка годує груддю нерегулярно, відновилась менструація.

2. Яких типів КОК за складом гормонів не існує::

- A. Монофазні.
- B. Двофазні.
- C. Трифазні
- D. Чотирифазні.

Вірні відповіді: 1D, 2D.

Типові тестові задачі ($\alpha=2$)

- На прийом до лікаря звернулась жінка віком 35 років, яка прооперована з приводу раку молочної залози, з проханням підібрати метод контрацепції. Який метод контрацепції може використовувати жінка?
 - A. КОК.
 - B. Контрацепція за допомогою презервативів
 - C. Гормональні пластирі.
 - D. Комбіновані вагінальні кільця.
- На прийом до лікаря звернулась жінка для підбору методу контрацепції. Післяпологовий період 7 місяців. Годує груддю. Менструації наявні вже 2 місяці. Який метод контрацепції найбільш доцільний в даному випадку?
 - A. Метод лактаційної аменореї.
 - B. Природні методи планування вагітності.
 - C. Комбіновані оральні контрацептиви.
 - D. Контрацепція за допомогою презервативів.

Вірні відповіді: 1В, 2D.

7.2. Матеріали методичного забезпечення основного етапу заняття

Завдання для формування навичок($\alpha=3$) :

1. Зібрати скарги і гінекологічний анамнез.
2. Провести основні методи гінекологічного обстеження: огляд зовнішніх статевих органів, огляд в дзеркалах, бімануальне дослідження

Завдання для формування вмінь ($\alpha=4$):

1. Провести консультування жінок з питань контрацепції.
2. Підібрати метод контрацепції у підлітків.
3. Підібрати метод контрацепції у віці 19-35 років.
4. Підібрати метод контрацепції у віці 35-45 років.
5. Підібрати метод контрацепції у післяпологовому періоді.
6. Підібрати метод контрацепції у післяабортному періоді.

Інтерактивне завдання ($\alpha=4$):

1. Групу студентів поділити на 3 підгрупи, завдання для формування вмінь надати кожній підгрупі.
2. Групу студентів поділити на 3-4 підгрупи, кожній групі надати різні дані досліджень для вибору метода контрацепції.
3. Групу студентів поділити на 2 підгрупи:

Підгрупа 1 – проводить аналіз призначення методів контрацепції.

Підгрупа 2 - оцінює правильність проведеного аналізу.

Нетипові ситуаційні задачі ($\alpha=3$)

- a. До жіночої консультації звернулась жінка, 37 років, для встановлення внутрішньоматкової спіралі. При детальному обстеженні було встановлено діагноз: цервіцит. Яка тактика лікаря?

Вірна відповідь:

введення внутрішньоматкової спіралі необхідно відстрочити до повного виліковування запального процесу.

- b. До жіночої консультації звернулась жінка, 26 років, для встановлення внутрішньоматкової спіралі. Пацієнтка не народжувала, планує вагітність через декілька років. Чи доцільно використання внутрішньоматкової спіралі з метою контрацепції у даному випадку?

Вірна відповідь: _

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

Нетипові тестові задачі ($\alpha=3$)

- a. На прийом до лікаря звернулась жінка для підбору методу контрацепції. Післяпологовий період 7 місяців. Годує груддю. Менструації наявні вже 2 місяці Який метод контрацепції НЕ МОЖНА використовувати в даному випадку?
- A. Кобіновані оральні контрацептиви.
 - B. Протизаплідні таблетки прогестеронового ряду.
 - C. Прогестеронові ін'єкційні контрацептиви.
 - D. Презервативи.
- b. На прийом до лікаря звернулась жінка для підбору методу контрацепції, 6 місяців тому прооперована з приводу рака молочної залози. Який метод контрацепції НЕ МОЖНА використовувати в даному випадку?
- A. Кобіновані оральні контрацептиви.
 - B. Мідні ВМК.
 - C. Хірургічна контрацепція.
 - D. Презервативи.

Вірні відповіді: 1А, 2А.

7.2. Матеріали методичного забезпечення підсумкового етапу заняття

1. Оцінити результати виконання наданих інтерактивних завдань в підгрупах студентів.

Нетипові ситуаційні задачі ($\alpha=4$)

1. До жіночої консультації звернулась жінка, 25 років, яка протягом останніх 3-х місяців з метою контрацепції використовує КОК. Основною скаргою жінки є те, що вона часто забуває про щоденний прийом таблеток. Яка порада лікаря в даному випадку?

Вірна відповідь:

пацієнтці слід призначити інші гормональні контрацептиви, зокрема вагінальне кільце чи гормональний пластир, або рекомендувати контрацепцію бар'єрними методами.

3. До жіночої консультації звернулась жінка, 25 років, для вибору методу контрацепції. Пацієнтка скаржиться на жирну шкіру, акне та надмірний ріст волосся на обличчі та внутрішній поверхні стегон. Яка тактика лікаря в даному випадку?

Вірна відповідь:

призначення КОК з антиандрогенною дією після відповідного обстеження та гормонального скринінгу (наприклад, Ярина, Диане-35, регулон).

Нетипові тестові задачі ($\alpha=4$)

1. До жіночої консультації звернулась жінка з затримкою менструації 2 тижні. Для контрацепції використовує гормональний пластир. Протягом останніх 6-ти місяців менструальний цикл регулярний. Яка тактика лікаря?
 - A. Відмінити гормональний пластир та призначити інший метод контрацепції.
 - B. Рекомендувати жінці почекати початку менструації.
 - C. Призначити лікарські препарати, що викликають менструацію.
 - D. Провести комплексне гінекологічне обстеження, враховуючи можливість вагітності.

2. На прийом до лікаря звернулась жінка, яка з метою контрацепції використовує КОК. При детальному зборі анамнезу з'ясувалось, що пацієнтка хворіє на цукровий діабет та приймає інсулін. Чи може жінка використовувати КОК з метою контрацепції?
 - A. Ні.
 - B. Так.
 - C. Можуть бути використані у випадку неускладненого цукрового діабету при можливості корекції дози інсуліну.
 - D. Лише монофазні КОК.

Вірні відповіді: 1D, 2C.

РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА

1. Невідкладна гінекологія: довідник / за ред. чл.-кор. НАМН України проф. Венцківського Б.М., проф. Говсеєва Д.О. – К.: «Книга-плюс», 2023. – 155 с.
2. Невідкладні стани в акушерстві та гінекології (довідник) / за ред. член-кореспондента НАМН України, проф. Венцківського Б.М. – К., 2017. – РА-ГАРМОНІЯ – 166 с.
3. Гінекологія: навч. посіб. / за редакцією І.Б.Венцківської, В.П.Лакатоша, В.М. Куца. – Київ : видавництво «Інтермед», 2017. – 246 с.
2. В. Грищенко, М. Щербина, Б. Венцківський «Акушерство і гінекологія: у двох книгах.» Книга 1. Акушерство. 4-е видання. К. Видавництво «Медицина», 2020, 422 с.
3. В. Грищенко, М. Щербина, Б. Венцківський «Акушерство і гінекологія: у двох книгах.» Книга 2. Гінекологія. 3-є видання.. К. Видавництво «Медицина», 2020, 376 с.
4. Клінічне акушерство та гінекологія: 4-е видання (Браян А. Магован, Філіп Оуен, Ендрю Томсон) – ВСВ «Медицина», 2021. – 454 с.
5. Obstetrics and Gynecology from 10 teachers – Mc-Quillan-Robertson – 2022 – 21th edition – 798 p.
6. Essential Obstetrics and Gynecology : підручник / ed. : I. Symonds, S. Arulkumaran. - 6th ed. - Edinburgh ; London ; New York : Elsevier, 2020. - 460 p.

7. Netter's obstetrics & gynecology : учебник / R. P. Smith. - 3th ed. - Philadelphia : ELSEVIER, 2017. - 604 с.

Додаткова:

8. Алгоритми в акушерстві і гінекології. Навчальний посібник (под ред. Бенюка В.О.). Співавтори: Диндар О.А., Усевич І.А., Говсеев Д.В., Гончаренко В.Н., Гичка Н.М., Ковалюк Т.В.- К., 2019 - «Бібліотека «Здоров'я України» - С.542.
9. Ліхачов В. К. «Гінекологія. 2-ге видання.» Видавництво «Нова книга», 2021. 688 с.
10. Гінекологія : підручник для студентів медичних (фармацевтичних) коледжів, училищ, академії та інститутів медсестринства / О. В. Степанківська, М. О. Щербина. - 4-е вид., випр. - Київ : Медицина, 2018. - 432 с.
11. Акушерство та гінекологія : навчальний посібник для студентів та лікарів-інтернів медичних факультетів / І. Р. Ніцович. - Чернівці : БДМУ, 2023 - Т. 1 : Фізіологічне акушерство. - 2023. - 322 с.
12. Акушерство та гінекологія : навчальний посібник / М. А. Болотна, В. І. Бойко, Т. В. Бабар ; Сум. держ. ун-т. - Суми : Сум. держ. ун-т, 2018. - 306 с.
13. Неоперативна гінекологія : навчальний посібник для лікарів-інтернів і лікарів-слухачів закладів (факультетів) післядипломної освіти МОЗ України / М. І. Жиляєв [та ін.]. - Тернопіль : Укрмедкнига, 2017. - 255 с. : табл., іл. - Бібліогр.: с. 247-255.
14. Актуальна гінекологія: від лікаря до пацієнта / Т.Є Ткачук. - Київ : Медкнига, 2016. - 75 с.
15. Акушерство і гінекологія : збірника нормативних документів. Частина 1 / Київський миський науковий інформаційно-аналітичний центр медичної статистики ; Відповід. ред. Т. В. Марухно. - Київ : Медінформ, 2015. - 404 с.
16. Акушерство і гінекологія : збірник нормативних документів. Частина 2 / Київський миський науковий інформаційно-аналітичний центр медичної статистики ; Відповід. ред. Т. В. Марухно. - Київ : Медінформ, 2015. - 456 с.
17. Клінічні протоколи надання медичної допомоги акушерство, гінекологія, неонатологія : збірник нормативних документів. Частина 2 / Київський миський науковий інформаційно-аналітичний центр медичної статистики ; Відповід. ред. Т. В. Марухно. - Київ : Медінформ, 2015. - 384 с.
18. Клінічні протоколи надання медичної допомоги. Акушерство, гінекологія, неонатологія : збірник нормативних документів. Частина 1 / Київський миський науковий інформаційно-аналітичний центр медичної статистики ; Відповід. ред. Т. В. Марухно. - Київ : Медінформ, 2015. - 348 с.
19. Guidelines Obstetrics : study guide for students of 4th, 5th and 6th year of study Medical faculty / A. Senchuk, I. Chermak, I. Ventskivska [et al.] ; Private higher educational establishment "Kyiv Medical University", Bogomolets National Medical University. - Київ : Книга-плюс, 2020. - 204 p.
20. KAPLAN Medical USMLE Step 2 CK Lecture Notes 2020 Obstetrics and Gynecology : курс лекцій / ed. E. P. Sakala. - New York : Kaplan, Inc, 2019. - 293 p.
21. Blueprints Obstetrics & Gynecology : учебник / T. L. Callahan, A. B. Caughey. - 7th revised ed. - Philadelphia ; Baltimore ; New York : Wolters Kluwer, 2018. - 592 p.