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

Навчально-науковий інститут психічного здоров,я

Навчально-науковий інститут Медицини

кафедра Госпітального акушерства і гінекології
та післядипломної освіти

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ З ДИСЦИПЛІНИ

«АКУШЕРСТВО І ГІНЕКОЛОГІЯ»

ТЕМА «Методи дослідження в гінекології. Психологічні аспекти»

ДЛЯ СТУДЕНТІВ IV КУРСУ Навчально-наукового інституту психічного здоров,я

Освітній рівень: другий(магістерський)

Галузь знань: 22 «Охорона здоров'я»

Спеціальність: 225 «Медична психологія»

Освітня програма: «Акушерство і гінекологія»

«Затверджено»
На методичній нараді
Кафедри Госпітального акушерства і гінекології
та післядипломної освіти
протокол №1 від 28.08. 2026 р.
Завідувач кафедри
Член-кор. НАМН України
Д.м.н., професор Говсєєв Д.О.

КИЇВ 2026-27

УДК 618 (072)

Методична рекомендація «Методи дослідження в гінекології. Психологічні аспекти» для студентів IV курсу Навчально-наукового інституту психічного здоров,я з «Акушерство і гінекологія». Київ 2026-27

Авторський колектив кафедри Госпітального акушерства і гінекології та післядипломної освіти:

Член-кореспондент НАМН України, професор, завідувач кафедри Говсєєв Д.О.

Професор, д.мед.н. Лакатош В. П.

Професор, д.мед.н. Загородня О. С.

Професор, д.мед.н. Прощенко О. М.

Доцент, к.мед.н. Авраменко С. О.

Доцент, к.мед.н. Бурка О. А.

Доцент, д.мед.н. Бондаренко Н. П.

Доцент, к.мед.н. Вітовський Я. М.

Доцент, к.мед.н. Жабіцька Л. А.

Доцент, к.мед.н. Жегулович В. Г.

Доцент, к.мед.н. Костенко О. Ю.

Доцент, к.мед.н. Купчік В.І.

Доцент, д.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. 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. Осадчук С. В.

Асистент доктор філософії Синиця М.В.

Тема: «Методи дослідження в гінекології. Психологічні аспекти»

І. 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.

ІІ. Навчальні цілі :

Ознайомитись (α=1):

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

Засвоїти (α=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 навики (α=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 (α=4):

- Зібрати загальний анамнез у гінекологічної хворої.
- Зібрати гінекологічний анамнез у гінекологічної хворої.
- Застосувати на практиці деонтологічні навики 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.

ІІІ. 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
6	Онкологія	Поняття про онкомаркери	Призначити аналіз на онкомаркери за показаннями
Забезпечувані дисципліни			
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.

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.

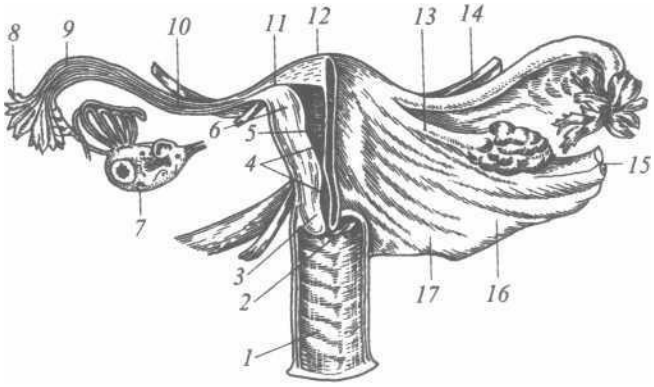
Кровопостачання зовнішніх статевих органів здійснюють головним чином зовнішні та внутрішні соромітні артерії з басейну стегнової артерії. Венозний витік забезпечують зовнішня та внутрішня соромітні вени, прямокишкове венозне сплетіння і частково венозне сплетення сечового міхура.Відтік лімфи спрямований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

Великі соромітні губи іннервують відгалуження стегнових та пахвинних нервів разом із внутрішніми соромітніми нервами (n.pudentus), 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 сплощена в передньозадньому напрямі, передня і 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 сплощені 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 розвиткові 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 обводові 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*).

Кровопостачання 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:

- війчасті клітини, які за рахунок рухів своїх війок полегшують відтік слизу до 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 плиний, еластичний, з лужним pH. Найбільша кількість слизу спостерігається між 13-м та 22-м днями менструального циклу. У лютеїнову фазу його кількість зменшена, густина збільшується, pH стає кислим. Через поступове загусання й ацидоз слиз 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 ендоцервіксу 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, цитоплазма 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 дуплікатура очеревини, 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 поверхневе 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 вплітається 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; поверхневий поперечний м'яз промежини (*m. transversus perinei superfacialis*) 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. pubococcigeus),* клубово-куприковим *(m. iiio-coccigeus)* та рудиментарним сіднично-куприковим *(m. ischiococcigeus).*

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 товщі стінки матки;
- істмічної (перешийкової) частини, тонкого відрізка труби завдовжки 3-4 см;
- 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. Кровопостачання 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 кровопостачанні 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 гонадотропінів, 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 яєчникового циклу;

- зрілий фолікул (граафів пухирець) має об'єм до 7 $см^3$ 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. Лютеїнизуючий гормон спонукає зернисті клітини фолікула до лютеїнізації, тобто швидкого перетворення фолікула в жовте тіло - тимчасову ендокринну залозу, що виробляє прогестерон - лютеїнова фаза яєчникового 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 рилізинг-гормони, що регулюють утворення тропних гормонів у гіпофізі, надходячи туди анатомічною ніжкою. Результат дії рилізинг-гормону на гіпофіз визначається частотою імпульсної секреції.

Синтезовані у гіпофізі гонадотропні гормони - фолікулостимулюючий (ФСГ) та лютеїнизуючий (ЛГ) - забезпечують реалізацію яєчникового 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 самій 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 діагностикиважлива 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 ерозія шийки матки – слизовий

характер, при злоякісних пухлинах – вигляд "м’яснихпомиїв".

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 діб);

діб);

- Поліменорея - збільшення тривалості менструальної кровотечі (> 7
- 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 - порушеня 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, астенічний, інтерсексуальний.

При огляді важливо звернути увагу на колір шкірних покривів: блідість може бути ознакою анемії, землистий колір – злоякісних 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. Аускультацією живота можна скористатись для визначення перистальтики кишечника (при пельвіоперитоніті – в'яла, при перитоніті – в'яла або відсутня). Аускультацію 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 = маса тіла (кг) / зріст^2 (м^2). У нормі ІМТ становить 18,5–24,9 кг/м^2. При надлишковій масі тіла з'ясовують, коли почалося ожиріння: з дитинства, у пубертатний період, після початку статевого життя, після аборту 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 обстежені 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 станшкіри, характер оволосіння, 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 у піхві. Отриманий вміст наносять на предметне скельце з трьох точок.
Фарбування мазка проводять по Романовскому – 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 – атипових клітин немає. Характерний для норми	Норма, NILM – відсутність внутрішньоклітинного ураження або злоякісності
II тип - зміни клітинних елементів зумовлені запальним процесом у піхві або шийці матки. Характерний для запального процесу	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)
III тип – поодинокі або множинні клітини зі	LSIL (зміни плоского епітелію низького ступеня злоякісності)

зміною співвідношення ядра та цитоплазми. Характерний для: - легкої - помірної - тяжкої дисплазії	HSIL (зміни плоского епітелію високого ступеня злоякісності)
IV тип – виявляються окремі клітини з ознаками злоякісності. Характерний при підозрі на рак	
V тип - у мазку, є атипові клітини. Характерний для раку	Інвазивний рак

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 естроген них 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(відхилення вправо);
- при зниженому рівні естрогенів - 60:40 :0 – 100:0:0(відхилення вліво).

Каріопікнотичний 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 обстежені жінок з проявами гіперандрогенії замість проведення гормональних проб 17-КС у сечі, досліджують вміст тестостерону і його попередників у плазмі крові – дегідроепіандростерону-сультфат (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 вірилізації. Проба базується на здатності дексаметазону пригнічувати виділення адренокортикотропного 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 (гіпоталямо – гіпофізарної або яєчникової).

Проба позитивна (діаметр домінантного фолікула досягає преовуляторних розмірів, концентрація естрадіола в крові доходить до преовуляторних значень): вказує на гіпоталямо - 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 периовуляторний 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 периовуляторний 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 – помірне 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 ендоцервіциту – тест недостовірний.

4.7.2. Феномен “папороті” (арборізації 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 pH 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 етрогенна 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 просинання, 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 37^0С – це гіпотермічна фаза, що відповідає фолікуліновій фазі яєчникового циклу. У період овуляції відбувається падіння температури на0,2-0,3^0С, що відповідає максимальній естрогеновій насиченості. У другу фазу циклу, нормальна тривалість якої складає 11-17 діб, відбувається підвищення температури до 37^0С та вище (до 37,1-37,3^0С) з амплітудою коливань між I та II фазою не менше 0,6^0С. 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 каналуі 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 швидке 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 технічної 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 аспіратора при аспіраційної 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 видувають 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 малоготазу 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 тазу 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 згортаэться. 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 шийку матки 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 (дийодон, 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, розповсюдженості 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 рентгеноконтрарастне 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 злоякісних. Метод базується на здатності злоякісних 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 дослідженнях 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 ядерно 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 ком'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 7-12добу післяменструації, 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). Кариограмма, 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 відноситься до генного синдрому;
- при звичних викиднях (2 та більше), мертвонародження 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 ґенезу в жінок та чоловіків та ін.

Визначення статевого хроматину.

Х - статевий хроматин (тільце 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 Х- 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 CA125. Наприклад, при специфічності 96% чутливість HE4 становить 67%, а CA 125 - 40%. Крім того, показано, що рівень HE4 підвищений у приблизно половини пацієнток з раку яєчника, у яких концентрація CA125 залишалася в нормі.Таким чином, наявні дані свідчать про те, що поєднане визначення двох маркерів (HE4 і CA125) 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 CA15-3 - пухлинний маркер, що використовується при моніторингу перебігу та оцінці ефективності терапії карциноми молочної залози. CA15-3 відноситься до високомолекулярних глікопротеїнів. До 80% жінок з метастазами раку молочної залози мають значне підвищення рівня CA 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.

№ 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	(ά=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 Формування професійних вмінь: зібрати анамнез і виділити ознаки, притаманні гінекологічній	(ά=3) (ά=4)	Метод формування навичок:практичнийтренінг. Метод формування вмінь: тренінг у вирішенні типових і нетипових ситуаційних задач –реальних клінічних, імітованих,	Алгоритми методів обстеження гінекологічних хворих, муляжі для тренінгу,гінекологічнийінструментарій. Тематичні хворі, історії хвороби,УЗД – знімки або УЗД в реальному часі, результати інших додаткових методів обстеження,	65%
	хворій; оцінити результати: вимірювання базальної температури; метросальпінгографії; кольпоцитологічного, бактеріоскопічного, бактеріологічного, ультразвукового, онкоцитологічного обстежень.		тестових.	ситуаційні задачі IV рівня, інтерактивні завдання.	
Підсумковий етап					
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**

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

VII. Матеріали методичного забезпечення заняття.

7.1. Матеріали контролю для підготовчого етапу заняття.

Питання (α=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 яєчникового 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 операції?

Завдання для формування вмінь (α=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 навики 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 (α=3):

1. Зібрати скарги і гінекологічний анамнез.

2. Провести основні методи гінекологічного обстеження: огляд зовнішніх статевих органів, огляд в дзеркалах, бімануальне дослідження.

Інтерактивне завдання (α=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 виповнити 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 не 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 не 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’янисті 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 урогенітального 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’янисті 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.

B. Пункцію черевної порожнини через заднє склепіння .

C. Пертубацію.

D. 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?

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

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

C. 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 .

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

ОСНОВНА ЛІТЕРАТУРА

1. Essential Obstetrics and Gynecology : підручник / ed. : I. Symonds, S. Arulkumaran. - 6th ed. - Edinburgh ; London ; New York : Elsevier, 2020. - 460

p.
2. Netter's obstetrics & gynecology : учебник / R. P. Smith. - 3th ed. - Philadelphia : ELSEVIER, 2017. - 604 c.
3. Obstetrics and Gynecology from 10 teachers – Mc-Quillan-Robertson – 2022 – 21th edition – 798 p.
4. В. Грищенко, М. Щербина, Б. Венцківський «Акушерство і гінекологія: у двох книгах.» Книга 1. Акушерство. 4-е видання. К. Видавництво «Медицина», 2020, 422 с.
5. В. Грищенко, М. Щербина, Б. Венцківський «Акушерство і гінекологія: у двох книгах.» Книга 2. Гінекологія. 3-є видання.. К. Видавництво «Медицина», 2020, 376 с.
6. Гінекологія : учбовий посібник для студентів медичних факультетів за спеціальністю 7.12010001 «Лікувальна справа». Модуль І. Захворювання органів жіночої репродуктивної системи. Планування сім'ї / за ред. І. Б. Венцківської, В. П. Лакатоша, В. М. Куща. Київ, 2016.
7. Клінічне акушерство та гінекологія: 4-е видання (Браян А. Магован, Філіп Оуен, Ендрю Томсон) – ВСВ «Медицина», 2021. – 454 с.
8. Медична психологія в педіатрії та перинатальній практиці : підручник / М. М. Матяш, В. Є. Луньов, М. В. Філоненко ; за ред. проф. М. М. Матяша. — Київ : Людмила, 2023. — 215 с.
9. Медична психологія: теоретичні рамки, емпіричні основи та клінічне застосування : підручник / М. Матяш, М. Філоненко, В. Луньов та ін. ; за ред. М. Матяша, В. Луньова. Київ : Людмила, 2024. 168 с.
10. Невідкладна гінекологія: довідник / за ред. чл.-кор. НАМН України проф. Венцківського Б.М., проф. Говсєєва Д.О. – К.: «Книга-плюс», 2023. – 155 с.
11. Основи комунікативної компетентності лікаря-акушера-гінеколога в кризових ситуаціях : навчальний посібник / за ред. проф. О. С. Чабана, проф. Д. О. Говсєєва. — Київ : Медпринт, 2024. — 160 с.

12. Перинатальна психологія / А. М. Скрипніков, Л. О. Герасименко, Р. І. Ісаков. - Київ : Медкнига, 2017. - 167 с. : іл. - (Бібліотечка практикуючого лікаря). - Бібліогр.: с. 163-166.
13. Психосоматична медицина: клінічні кейси в акушерсько-гінекологічній практиці : практичний посібник / О. С. Чабан, О. О. Хаустова, Т. Ф. Татарчук. — Київ : Медпринт, 2025. — 196 с.
14. Психосоматичні розлади в акушерстві та гінекології : навчальний посібник / О. С. Чабан, О. О. Хаустова, Д. О. Говсєєв та ін. ; за ред. проф. О. С. Чабана. — Київ : Медпринт, 2022. — 240 с.
15. Шпилевська Ю. Настільна книга перинатального психолога. Збірка технік : практичний посібник / Юлія Шпилевська. — 2026. — 116 с.

ДОДАТКОВА ЛІТЕРАТУРА

1. Blueprints Obstetrics & Gynecology : учебник / T. L. Callahan, A. B. Caughey. - 7th revised ed. - Philadelphia ; Baltimore ; New York : Wolters Kluwer, 2018. - 592 p.
2. 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.
3. Handbook of Perinatal Clinical Psychology: From Theory to Practice / ed. R. Quatraro, P. Grussu. London : Routledge, 2020. 330 p.
4. **Інформаційні ресурси** https://www.dec.gov.ua/cat_mtd/akusherstvo-i-ginekologiya/ - діючі «Клінічні протоколи» затверджені наказами МОЗ України з акушерства і гінекології .
5. 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.
6. Key Topics in Perinatal Mental Health / ed. M. Percudani, A. Bramante, V. Brenna, C. Pariante. Cham : Springer, 2022. 485 p.

7. Seminars in Perinatal Psychiatry / ed. L. McDonald, R. Cantwell, I. Jones. Cambridge : Cambridge University Press, 2026.
8. The Routledge International Handbook of Perinatal Mental Health Disorders / ed. A. Wenzel. London : Routledge, 2025. 798 p.
9. Women's Mood Disorders: A Clinician's Guide to Perinatal Psychiatry / ed. E. Cox. Cham : Springer, 2021.
10. Актуальна гінекологія: від лікаря до пацієнта / Т.Є Ткачук. - Київ : Медкнига, 2016. - 75 с.
11. 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.
12. 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.
13. 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.
14. 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.
15. Акушерсько-гінекологічна допомога та збереження репродуктивного здоров'я у жінок в умовах збройного конфлікту : монографія / Ю. Г. Антипкін, Л. Б. Маркін, Т. Ф. Татарчук та ін. ; за заг. ред. В. І. Цимбалюка. Львів, 2020. 160 с.
16. 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.

17. Говсєєв Д. О. Штучний інтелект у прогнозуванні результатів вагітності та репродуктивній медицині : монографія. 2025.
18. Клінічна психологія : підручник / О. М. Науменко, М. М. Матяш, В. Є. Луньов та ін. Київ, 2025.
19. 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.
20. 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.
21. Комунікативні навички лікаря : підручник для студентів вищих медичних навчальних закладів / за заг. ред. О. С. Чабана. Київ : Медпринт, 2021. 400 с.
22. Ліхачов В. К. «Гінекологія. 2-ге видання.» Видавництво «Нова книга», 2021. 688 с.
23. Медична психологія : у 2 т. Т. 1. Загальна медична психологія / Г. Я. Пилягіна, О. О. Хаустова, О. С. Чабан та ін. ; за ред. Г. Я. Пилягіної. Вінниця : Нова Книга, 2020. 288 с.
24. Медична психологія : у 2 т. Т. 2. Спеціальна медична психологія / Г. Я. Пилягіна, О. О. Хаустова, О. С. Чабан та ін. ; за ред. Г. Я. Пилягіної. Вінниця : Нова Книга, 2020. 496 с.
25. 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.
26. Основи біоетики та деонтології в репродуктивній медицині : навчально-методичний посібник / І. Б. Венцківська, В. В. Біла, О. А. Бурка. — Київ : Книга-плюс, 2021. — 132 с.

27. Практична психосоматика: Тривога та соматоформні маски в гінекологічній практиці : навчальний посібник / О. С. Чабан, О. О. Хаустова, А. Е. Асанова. — Київ : Медкнига-Київ, 2020. — 120 с.
28. Психологічні та деонтологічні аспекти в акушерстві: від жіночої консультації до пологової зали : методичні рекомендації для інтернів та практикуючих лікарів / І. Б. Венцківська, О. С. Загородня, В. В. Біла. — Київ : Книга-плюс, 2019. — 92 с.
29. Чабан О. С., Хаустова О. О., Омелянович В. Ю. Медична психологія. Еталони практичних навичок : навчальний посібник. Львів : Магнолія 2006, 2023. 351 с. ISBN 978-617-574-255-6.