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 «Нейроендокринні синдроми: передменструальний синдром, ПМОС, менопаузальний синдром. 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 «Нейроендокринні синдроми: передменструальний синдром, ПМОС, менопаузальний синдром. 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: «Нейроендокринні синдроми: передменструальний синдром, ПМОС, менопаузальний синдром. Психологічні аспекти».

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 релізинг гормони регулює секрецію тропних гормонів гіпофізу, а через них периферичні ендокринні залози (яєчники, щитовидну залозу, наднирникові залози) Порушення 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 цикл.

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 трансформація ендометрію регулюються гонадотропними гормонами, що виробляються і базофільними клітини 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 релізинг 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 A.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 (опіоіди, серотонін, дофамін, норадреналін та інші) та пов'язаних з ними периферичниминейроендокринними процесами.

- прогестеронової недостатністності, 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 – предменструальний синдром- це біль та інші стани, які пов’язані з жіночими статевими органами та менструальним циклом.

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

- передменструальні симптоми;
- власне передменструальний синдром;
- передменструальні дисфоричні розлади;
- передменструальна магніфікація (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 менструаціїза значної вираженості 1-2 з них.
- тяжка форма – поява 5-12-х симптомів за 3-14 днів напередодні менструаціїза значної вираженності 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, суіцидальні думки, відчуття страху, порушення лібідо, гіперчутливість до запахів.

2. Неврологічні симптоми: головний біль, запаморочення, дискоординація рухів, гіперестезії,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 впровадженям 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.
- захворюванями 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, массаж;
- 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, голкорефлексотерапія. Лікування проводять курсами по 3 цикли через 3-6 місяців.

3. При нейропсихічній, цефалгічній та кризових формах ПНС рекомендують препарати, які нормалізують нейромедіаторний обмін (перитол по 1 таб.* 4 мг у день, дифенин по 1 таб.* 100 мг два рази у день). Для покращення кровообігув 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 рилізинг-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 овариально-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 наступає 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 центрівз побільшенням рилізинг-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 посменопауза – 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 поділяютьна чотири фази:

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

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

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

IV фаза – афолікулярна, повністю зупиняються функція яєчників, снижується рівень гонадотропінів.

- За степенем 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", тривалісттю 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 пігментнихплям;
- 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, атрофічнийвагініт, урогенітальний вагіноз);
- диспареуния;
- -хронічний цистит, цисталгія;
- -часте сечовипускання (поллакіурія), цистопатія, інколи никтурія;
- -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 реакціямикон'юнктивітом.

Діагностика:

- оцінка симптоматичних проявів клімактеричного синдрому;
- проведення лабораторних обстежень: загальний аналіз крові, визначенняглюкози 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 ремодулювання, 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 лікуванні: 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 електрононаркон-1 кожні 1-2 дні від

30 до 60 хвилі, всього 8-12-15 процедур; голкорефлексотерапія; бальнеотерапія (соляно-лужні, хвойні ванни).

- вітамінотерапія: вітамін А по 30-40 мг 3-4 рази на добу протягом 3-тижнів, вітамін B_1 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: замістна 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 однезахворювання:

  - менінгіома.

Гестагенні препарати, які використовуються для лікування клімактерічного 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 пацієнток та форми клімактерію.

Профілактика:

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

Поліендокринний метаболічний овариальний синдром (ПМОС)

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 – 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% відвсіх 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 аутофосфорилювання інсулінового рецептору), інсулінрезистентність призводить до розвитку ожиріння;
- гіперінсулінемія визиває розвиток гіперандрогенемії, збільшується рівень вільного тестостерону;
- підвищення синтезу інсуліноподібного фактору росту стимулює продукцію тестостерона тека-інтерстінальними 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.

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

ІІ 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.

ІІІ 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:

- діенцефальні (гіпоталамічні) порушення: нейроциркуляторна дистонія по гіпертонічному типу, підвищення апетиту, полідіпсія, розлади сну, плаксивість,дратівливість;
- ожиріння III-IV ступеню, на шкірі з'являються стрії, посилюється пігментаціяшкірних 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;

- неплідддя (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 ризуку відносяться: дисліпопротеінемія, 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 пацієнток с СПКЯ являється етинилестрадіол у комбінації з ципротерон-ацетатом. Ципротерона-ацетат являється прогестагеном (похідним 17α-гідрооксіпрогестероном), 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 діенцефально-гіпофізарної ділянки внаслідок ішемії, асептичного тромбозу судин гіпофізу, а далі його некрозу з загибеллю переважно передньої долі з випадінням гонадотропних гормонів. Недостатність аденогіпофіза 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 попереженні 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, 11β – гідроксилази, 3β – олдегідрогенази. Недостатність 21-

гідроксилази присутня у 90% усіх випадків вродженої гіперплазії наднирників.

Класифікація – виділяють три клінічні форми недостатності 21-гідрогсилази: 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 ХХ) мають подвійний характер. Збільшений клітор та наявність губокалиткового зрощення можуть помилково визначать чоловічу стать (генотип ХУ). 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 неє 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-гідроскилази характерний зокрема підвищений рівень 11-дезоксикортизола і дезоксикортикостерона у сироватці крові або їх тетрагідрометаболітів (17-кетостероідів) у сечі. Рівень андростендіона та тестостерона підвищений, зменшений рівень ренину та альдостерону у сироватці крові. При легкій некласичній формі АГС біохімічні зміни виявляють після стимуляції АКТГ.

Диференційна діагностика:

- СПКЯ;
- інші гіперандрогенні стани пов'язані з підвищеною чутливісттю тканин доандрогенів;
- 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 овариектомії 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 стероідогенної функції яєчників.

Клініка

Посткастраційний синдром виникає через 2-3 доби після овариектомії 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-судині захворювання і дуже пізні порушення (5-12%) – хвороба Ацгеймера.

Діагностика.

Діагноз ставиться згідно даних анамнезу та клінічної картини.

Диференційна діагностика:

- клімактеричний синдром.

Лікування.

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, тривалісттю 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 гістероваріектомії. Якщо гістероваріектомія 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. Першийконтроль через 1 місяць після операції, другий - через 3 місяціі 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. Порушуєтьсяменструальний 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 відрізняти 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

I. 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.

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

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

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, запамороченність 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 грунті 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 оволосіння 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 гірсутизм. 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 оволосіння 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?

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 с.
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.