

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
ОДЕСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ  
УНІВЕРСИТЕТ

**ЗБІРНИК СИТУАЦІЙНИХ ЗАДАЧ  
ТА ТЕСТОВИХ ЗАВДАНЬ  
З ГІНЕКОЛОГІЇ**

**Навчальний посібник**

*За редакцією професора І. З. Гладчука*

Одеса • 2024 • Олді+

УДК 618.1(075.8)  
З-41

**Автори:**

А. Г. Волянська, Г. Л. Лавриненко, Н. А. Бикова, О. М. Степановічус,  
Г. В. Шитова, Т. А. Лунько, Л. М. Попова, О. І. Шевченко

**Рецензенти:**

**О. В. Кравченко** – доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри акушерства, гінекології та перинатології Буковинського державного медичного університету;

**Л. М. Маланчук** – доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри акушерства та гінекології № 1 Тернопільського національного медичного університету імені І. Я. Горбачевського

*Рекомендовано до друку рішенням Вченої ради  
Одеського національного медичного університету  
(протокол № 6 від 22.02.2024 р.)*

З-41 **Збірник** ситуаційних задач та тестових завдань з гінекології : навчальний посібник / А. Г. Волянська, Г. Л. Лавриненко, Н. А. Бикова та ін. ; за ред. проф. І. З. Гладчука. – Одеса : Олді+, 2024. – 310 с.

ISBN 978-966-289-888-0

Навчальний посібник написано відповідно до типової програми з дисципліни «Акушерство та гінекологія» і спрямовано на самостійне вивчення гінекології здобувачами вищих медичних закладів освіти IV рівня акредитації, а також на контроль засвоєння знань. Збірник містить ситуаційні задачі та тестові завдання з усіх розділів гінекології та еталони відповідей.

Для викладачів медичних закладів освіти, здобувачів, лікарів-інтернів акушерів-гінекологів і лікарів-інтернів загальної практики – сімейної медицини.

УДК 618.1(075.8)

© Колектив авторів  
© Олді+, 2024

ISBN 978-966-289-888-0



Перелік умовних скорочень.....	4
Вступ .....	6
Тема 1. Порушення менструальної функції в репродуктивному віці. Аномальні маткові кровотечі .....	7
Тема 2. Нейроендокринні синдроми в гінекології .....	20
Тема 3. Фізіологічні та патологічні стани в перименопаузальному періоді .....	34
Тема 4. Патологічні стани репродуктивної системи у дитячому та підлітковому віці. Методи контрацепції для підлітків.....	49
Тема 5. Жіночі урогенітальні запальні захворювання.....	64
Тема 6. Доброякісні пухлини жіночих статевих органів. Ендометріоз .....	81
Тема 7. Дисгормональні захворювання молочної залози.....	98
Тема 8. Передракові захворювання статевих органів жінки.....	109
Тема 9. Злоякісні пухлини жіночих статевих органів. Трофобластична хвороба.....	122
Тема 10. «Гострий» живіт у гінекології. Невідкладні стани в гінекології. Підготовка та післяопераційне ведення гінекологічних хворих при ургентних і планових оперативних втручаннях .....	136
Тема 11. Неплідність.....	150
Тема 12. Сучасні аспекти планування сім'ї. Методи контрацепції. Медичні критерії прийнятності використання методів контрацепції ВООЗ .....	164
Відповіді .....	175

## ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

аГнРГ	– агоністи гонадотропін-релізінг гормону
АКТГ	– адренкортикотропний гормон
АМГ	– антимюллерів гормон
АМК	– аномальна маткова кровотеча
АТ	– артеріальний тиск
ВІЛ	– вірус імунодефіциту людини
ВМК	– внутрішньоматковий контрацептив
ВМС	– внутрішньоматкова система
ВМС-ЛНГ	– внутрішньоматкова спіраль з левоноргестрелом
ВПГ	– вірус простого герпесу
ВПЛ	– вірус папіломи людини
ГнРГ	– гонадотропін-релізінг гормон
ГРВІ	– гостра респіраторна вірусна інфекція
ДГЕАС	– дегідроепіандростерон-сульфат
ДГМЗ	– дистормональна гіперплазія молочних залоз
ДРТ	– допоміжні репродуктивні технології
ДХС	– добровільна хірургічна стерилізація
ІМТ	– індекс маси тіла
ІФА	– імуноферментний аналіз
ІПСШ	– інфекції, що передаються статевим шляхом
ІФА	– імуноферментний аналіз
КОК	– комбіновані оральні контрацептиви
КТ	– комп'ютерна томографія
ЛГ	– лютеїнізуючий гормон
ЛШМД	– лікарня швидкої медичної допомоги
МГТ	– менопаузальна гормональна терапія
МЛА	– метод лактаційної аменореї
МРТ	– магнітно-резонансна томографія
МЦКТ	– мінеральна щільність кісткової тканини

НПЗЗ	– нестероїдні протизапальні засоби
ПЛР	– полімеразна ланцюгова реакція
ПМДР	– передменструальний дисфоричний розлад
ПМР	– передменструальний розлад
ПМС	– передменструальний синдром
РЕА	– раковий ембріональний антиген
СІЗЗС	– селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну
СІЗЗСН	– селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну та норадреналіну
СНІД	– синдром набутого імунодефіциту
СПКЯ	– синдром полікістозних яєчників
ТТГ	– тиреотропний гормон
T <sub>4</sub>	– тироксин
УЗД	– ультразвукове дослідження
ФСГ	– фолікулостимулювальний гормон
ХГЛ	– хоріонічний гонадотропін людини
ЦМВ	– цитомегаловірус
ЦНС	– центральна нервова система
ЧПОК	– чисто прогестинові оральні контрацептиви
ШОЕ	– швидкість осідання еритроцитів
CIN	– цервікальна інтраепітеліальна неоплазія плоского епітелію
HSIL	– High-grade squamous intraepithelial lesions (сквамозні інтраепітеліальні зміни високого ступеня)
LSIL	– Low-grade squamous intraepithelial lesions (сквамозні інтраепітеліальні зміни низького ступеня)
NILM	– Negative for intraepithelial lesion or malignancy (негативний тест на інтраепітеліальні ушкодження та злоякісні новоутворення)
RW	– Wassermann reaction (реакція Вассермана)

## ВСТУП

Навчальний посібник створений колективом співробітників кафедри акушерства та гінекології Одеського національного медичного університету.

Ситуаційні задачі та тестові завдання відповідають вимогам типової програми з дисципліни «Акушерство та гінекологія» для вищих медичних навчальних закладів IV рівня акредитації.

Посібник рекомендований для самостійної роботи здобувачів освіти, лікарів-інтернів акушерів-гінекологів і лікарів-інтернів загальної практики – сімейної медицини. Він містить ситуаційні задачі та тестові завдання з усіх розділів гінекології та еталони відповідей на них, а саме: порушення менструальної функції в репродуктивному віці, нейроендокринні синдроми, фізіологічні та патологічні стани в перименопаузальному періоді, патологічні стани репродуктивної системи у дитячому та підлітковому віці, жіночі урогенітальні запальні захворювання, передракові, доброякісні та злоякісні захворювання жіночої статеві системи, дисгормональні захворювання молочної залози, «гострий» живіт у гінекології, неплідність та сучасні аспекти планування сім'ї. Матеріали навчального посібника апробовані при підготовці здобувачів вищої освіти протягом тривалого часу і є зручною формою навчання та контролю.

Автори будуть вдячні за доброзичливі критичні зауваження, які враховуватимуться при наступному перевиданні навчального посібника.

## Тема 1

# ПОРУШЕННЯ МЕНСТРУАЛЬНОЇ ФУНКЦІЇ В РЕПРОДУКТИВНОМУ ВІЦІ. АНОМАЛЬНІ МАТКОВІ КРОВОТЕЧІ

### Код за МКХ-10

- N92. Надмірна, часта та нерегулярна менструація
- N92.0 Надмірна і часта менструація з регулярним циклом
- N92.1 Надмірна і часта менструація з нерегулярним циклом
- N92.2 Надмірна менструація в період статевого дозрівання
- N92.3 Овуляційна кровотеча
- N92.4 Рясні кровотечі в пременопаузальному періоді
- N92.5 Інші уточнені форми нерегулярних менструацій
- N92.6 Нерегулярні менструації неуточнені
- N92.8 Дисфункціональна маткова кровотеча
- N94 Больові відчуття та інші стани, пов'язані з жіночими статевими органами та менструальним циклом
- N94.1 Первинна дисменорея
- N94.5 Вторинна дисменорея

### ☰ Задача 1

Хвора А., 25 років, звернулась зі скаргами на відсутність менструації протягом останніх шести місяців. Менструації з 13 років, по п'ять днів через 28 днів, помірні, безболісні, до затримки мали регулярний характер. Статеве життя з 21 року,

останнім часом відчуває сухість слизової оболонки піхви при статевому акті. Вагітностей не було. У 22 роки апендектомія.

З анамнезу відомо, що останні 9 місяців дотримується «здорової дієти» з виключенням тваринних жирів, м'яса, хліба, солодощів, солодких фруктів, картоплі. Протягом цього часу відмічено зменшення маси тіла на 9 кг.

Загальний стан задовільний. Пацієнтка правильної статури, зниженого харчування. Зріст – 172 см. Маса тіла – 48 кг. Шкіра і слизові оболонки блідо-рожеві. Артеріальний тиск (АТ) – 115/65 мм рт. ст. Пульс 74 уд./хв. Живіт не здутий, бере участь в акті дихання; при поверхневій та глибокій пальпації – м'який, безболісний на всьому протязі. Симптоми подразнення очеревини негативні. Сечовипускання вільне. Випорожнення 1 раз на 3 доби, відмічає схильність до запорів.

Гінекологічний статус: зовнішні статеві органи розвинені правильно. Оволосіння за жіночим типом. Огляд у дзеркалах: шийка матки конічної форми, слизова оболонка піхви звичайного кольору, епітелій шийки матки візуально не змінений. Матка в anteflexio-versio, зменшена у розмірах, безболісна, рухлива. Придатки з обох боків не визначаються. Склепіння вільні. Виділення зі статевих шляхів слизові, мізерні.

Ультразвукове дослідження (УЗД) органів малого таза: матка в anteflexio, 38×34×37 мм, ендометрій лінійний, завтовшки 2 мм, яєчники звичайної ехоструктури, 22×18×19 мм правий, 23×18×17 мм лівий, фолікулярний апарат не виражений.

### ○ Питання

1. Попередній діагноз.
2. Необхідне для встановлення діагнозу дообстеження.
3. План ведення пацієнтки.
4. Критерії оцінки динаміки одужання.
5. Показання для призначення гормонотерапії.

### ☰ Задача 2

Хвора П., 41 рік, звернулася зі скаргами на відсутність менструації протягом трьох місяців. Менструації з 14 років, 4 дні через 26 днів, болісні, регулярні, помірні.

Статеве життя з 19 років. Вагітностей дві, з них одні пологи, одне переривання вагітності у вісім тижнів. Раніше лікувалася з приводу ерозії шийки матки, у 28 років – кріодеструкція шийки матки. Періодично – курси лікування з приводу хронічного аднекситу. Близько 4 місяців тому перенесла психологічну травму, пов'язану зі смертю батька.

На момент обстеження психологічно не відновилася, перебуває у стані помірно вираженої депресії.

Загальний стан задовільний. Контактна. Шкіра та видимі слизові оболонки блідо-рожеві. Артеріальний тиск – 100/70 мм рт. ст. Пульс – 68 уд./хв. Живіт не здутий, бере участь в акті дихання; при поверхневій та глибокій пальпації – м'який, безболісний на всьому протязі. Симптоми подразнення очеревини негативні. Сечовипускання вільне. Випорожнення 1 раз на три доби, відмічає схильність до запорів.

Гінекологічний статус: зовнішні статеві органи розвинені правильно, Оволосіння за жіночим типом. Огляд у дзеркалах: шийка матки циліндричної форми, епітелій шийки матки без візуальних змін, слизова оболонка піхви блідо-рожевого кольору. Матка в retroflexio, звичайних розмірів, безболісна, рухлива. Придатки з обох боків без особливостей. Склепіння вільні. Виділення зі статевих шляхів слизові, мізерні.

### ○ Питання

1. Діагноз.
2. Необхідне дообстеження.
3. Диференційна діагностика з іншими формами аменореї.
4. Тактика ведення.
5. Показання до гормонотерапії.

### ☰ Задача 3

Пацієнтка К., 20 років, звернулася до лікаря-гінеколога зі скаргами на рясні зі згустками кров'янисті виділення зі статевих шляхів, які тривають після менструації протягом 12 днів, слабкість, запаморочення.

Анамнез: менархе в 13 років. Менструації по 3 дні через 30 днів, безболісні, регулярні. За останні шість місяців характер менструального циклу змінився – по 7 днів через 24 дні. Статеве життя з 18 років. Вагітностей не було. Вважає себе хворою протягом 7 днів, коли з'явилися вищезазначені скарги. Отримувала консервативну терапію протягом трьох днів, але без ефекту.

В анамнезі турбують носові кровотечі з раннього дитячого віку, а також часті респіраторні вірусні інфекції в пубертатному періоді.

Об'єктивне обстеження: пацієнтка правильної статури, помірного харчування. Шкірні покриви і видимі слизові оболонки блідо-рожеві. Язик вологий, чистий. Периферичні лімфовузли не пальпуються. Молочні залози розвинені правильно, безболісні при пальпації, виділень немає. Температура тіла – 36,7 °С. Над легеньми вислуховується везикулярне дихання без хрипів. Діяльність серця ритмічна, тони ясні, шуми не вислуховуються. Пульс – 82 уд./хв, ритмічний, задовільних властивостей, АТ – 110/70 мм рт. ст. Живіт не здутий, бере участь в акті дихання; при поверхневій та глибокій пальпації – м'який, безболісний на всьому протязі. Симптоми подразнення очеревини негативні. Сечовипускання вільне. Випорожнення не порушене.

Гінекологічне дослідження: зовнішні статеві органи розвинені правильно, оволосіння за жіночим типом. Огляд у дзеркалах: шийка матки конічної форми, відмічається наявність циліндричного епітелію на вагінальній частині шийки матки. При бімануальному обстеженні: матка нормальних розмірів, безболісна; придатки матки з обох сторін не збільшені. Склепіння вільні. Виділення зі статевих шляхів кров'янисті, рясні.

Дані УЗД органів малого таза: тіло матки – 50 × 40 × 50 мм, М-ехо – 5 мм, правий яєчник – 20 × 18 мм, лівий яєчник – 20 × 18 мм. Вільної рідини в позаматковому просторі не виявлено.

### ○ Питання

1. Встановіть попередній діагноз.
2. Ваша тактика?
3. Які питання необхідно поставити жінці для оцінки ступеня тяжкості аномальної маткової кровотечі?
4. Які додаткові дослідження необхідно провести цій хворій?
5. Вкажіть метод припинення кровотечі у жінок, який застосовується в тяжких випадках.

### ☰ Задача 4

Хвора А., 30 років, надійшла до гінекологічного відділення зі скаргами на рясні кров'янисті виділення зі статевих шляхів, слабкість, запаморочення.

Анамнез: менструації з 15 років, перші чотири місяці – регулярні (по 3–4 дні, цикл 28 днів), помірні, безболісні. У подальшому – нерегулярні. Статеве життя з 17 років. У хворої були дві вагітності: перша закінчилися пологамі без ускладнень, друга – медичним абортom три роки тому. Захворіла 10 днів тому, коли після двомісячної відсутності менструації з'явилися помірні кров'янисті виділення зі статевих шляхів. У наступні дні інтенсивність кровотечі зростала. За медичною допомогою не зверталася. Приймала настоянку водяного перцю, але без позитивної динаміки.

У дитинстві перенесла епідпаротит, вітряну віспу.

Об'єктивне обстеження: загальний стан хворої середньої тяжкості. Жінка зниженого харчування. Шкірні покриви та видимі слизові оболонки бліді, чисті. Температура тіла – 36,6 °С. Периферичні лімфовузли не пальпуються. Над легеньми вислуховується везикулярне дихання, хрипів немає. Серцева діяльність ритмічна, тони ясні, шуми

не вислуховуються. Пульс – 90 уд./хв, задовільних властивостей, АТ – 80/50 мм рт. ст. Молочні залози розвинені слабо. З боку органів черевної порожнини патології не виявлено. Симптоми подразнення очеревини негативні. Сечовиділення та випорожнення не порушені.

Гінекологічне дослідження: при обстеженні зовнішніх статевих органів – гіпоплазія великих і малих статевих губ. Оволосіння на лобку – за жіночим типом. Огляд у дзеркалах: шийка матки конічної форми, рожевого кольору, епітелій цілий. У цервікальному каналі відмічається наявність згустків крові. При бімануальному обстеженні: тіло матки в положенні *anteflexio-versio*, щільне, нормальних розмірів, безболісне, рухливе. Склепіння вільні. Придатки матки з обох сторін не визначаються.

Загальний аналіз крові: гемоглобін – 75 г/л, еритроцити –  $2,7 \cdot 10^{12}$ /л, лейкоцити –  $5,2 \cdot 10^9$ /л, швидкість осідання еритроцитів (ШОЕ) – 16 мм/год. Визначаються анізоцитоз і пойкилоцитоз еритроцитів.

#### ○ Питання

1. Вкажіть попередній діагноз.
2. Яке ускладнення виникло у жінки?
3. Які додаткові інструментальні методи дослідження слід призначити?
4. При яких станах слід віддавати перевагу гістероскопії з біопсією ендометрію у жінок з аномальною матковою кровотечею порівняно зі сліпою біопсією?
5. Чи доцільно виконувати лікувально-діагностичне вишкрібання слизової оболонки матки?

#### ☞ Задача 5

Пацієнтка Р., 38 років, звернулася до лікаря жіночої консультації зі скаргами на рясні тривалі болючі менструації, тягнучий біль внизу живота та у поперековій ділянці.

Анамнез: менструації з 12 років, по сім днів (цикл 28–30 днів), помірні, безболісні (цикл установився протягом

першого року). За останні три місяці характер менструацій змінився: тривалість – по 10 днів, рясні, болючі. Статеве життя з 19 років, регулярне. З метою контрацепції сімейна пара використовує презервативи. Вагітностей – три, пологів – два, медичний аборт – один. Вважає себе хворою протягом трьох місяців. Рік тому лікувалася з приводу двобічного запалення придатків матки.

Протягом життя на інфекційні захворювання не хворіла. Палить з 18 років. Мати жінки хворіє на міому матки.

Об'єктивне обстеження: загальний стан хворої середньої тяжкості. Шкірні покриви та видимі слизові оболонки бліді, чисті. Язик чистий, вологий. Молочні залози розвинені правильно, безболісні при пальпації, виділень немає. При аускультатії легенів вислуховується везикулярне дихання, хрипів немає. Серцева діяльність ритмічна, тони серця ясні. Пульс – 86 уд./хв, задовільного наповнення і напруження, АТ – 110/80 мм рт. ст. Живіт бере участь в акті дихання, не здутий, при поверхневій та глибокій пальпації м'який, безболісний на всьому протязі. Симптом Щоткіна – Блюмберга негативний. Сечовиділення вільне, випорожнення не порушене.

Гінекологічне дослідження: зовнішні статеві органи розвинені правильно, Оволосіння лобка – за жіночим типом. Огляд у дзеркалах: шийка матки циліндричної форми, рожевого кольору, епітелій цілий. У цервікальному каналі відмічається наявність згустків крові. При бімануальному обстеженні: тіло матки в положенні *anteflexio-versio*, м'яке, дещо збільшене в розмірах, болісне при пальпації, рухливе. Придатки матки з обох сторін не збільшені. Склепіння вільні. Виділення зі статевих шляхів кров'яністі, помірні.

Дані УЗД органів малого таза: тіло матки –  $60 \times 50 \times 60$  мм, М-ехо – 10 мм, у порожнині матки в ділянці дна визначається утворення круглястої форми  $20 \times 20$  мм; придатки справа –  $30 \times 20$  мм, зліва –  $35 \times 18$  мм.

### ○ Питання

1. Вкажіть попередній діагноз.
2. Яка структурна патологія матки в даному клінічному випадку призвела до виникнення аномальної маткової кровотечі?
3. Який додатковий інструментальний метод дослідження слід призначити?
4. Які показання до хірургічного лікування жінок із аномальною матковою кровотечею ви знаєте?
5. Визначте ефективність проведення гістероскопічної резекції субмукозного міоматозного вузла.

### ☰ Задача 6

Хвора О., 42 роки, звернулась зі скаргами на кров'янисті виділення зі статевих шляхів у міжменструальному періоді.

Анамнез: менархе з 12 років. Менструальний цикл встановився відразу. Менструації регулярні, болісні, помірні, раніше тривали до 5–6 діб, через 24–26 діб. За останні шість місяців менструації стали більш рясними. На момент звернення (8-й день менструального циклу) спостерігається кровомазання зі статевих шляхів.

Статеве життя веде з 18 років. Жінка мала чотири вагітності, дві з яких завершилися пологамі без ускладнень і два медичних аборти.

Знає про наявність міоми матки. Два роки тому з приводу гострої аномальної маткової кровотечі (АМК) було проведено діагностично-лікувальне вишкрібання слизової матки (гістологічне дослідження: залозиста гіперплазія ендометрію без атипії). Була призначена гормональна терапія.

Об'єктивне обстеження: загальний стан хворої задовільний. Пацієнтка правильної статури, нормального харчування. Зріст – 170 см. Маса тіла – 68 кг. Шкіра та видимі слизові оболонки блідо-рожеві. При аускультатії серця – тони ясні, АТ – 110/70 мм рт. ст. Пульс – 78 уд./хв. Живіт при пальпації м'який, безболісний на всьому протязі. Фізіологічні відправлення в нормі.

Гінекологічне дослідження: зовнішні статеві органи розвинені правильно, Оволосіння за жіночим типом. Огляд у дзеркалах: шийка матки циліндричної форми, епітелій без візуальних змін; слизова оболонка піхви блідо-рожевого кольору. Бімануальне обстеження: матка в *anteflexio-versio*, дещо збільшена. Придатки з обох сторін не визначаються. Виділення зі статевих шляхів кров'янисті, незначні (кровомазання).

Загальний аналіз крові: гемоглобін – 102 г/л, еритроцити –  $2,8 \cdot 10^{12}$ /л, лейкоцити –  $8,1 \times 10^9$ /л, ШОЕ – 15 мм/год.

Біохімічне дослідження крові: загальний білок – 68 г/л, білірубін загальний – 12 мкмоль/л, АЛТ – 20 ОД/л, АСТ – 18 ОД/л, глюкоза – 4,5 ммоль/л, холестерин – 5,0 ммоль/л. Пролактин – 30 нг/мл. Феритин – 35 нг/мл. Цитоморфологічне дослідження мазків із шийки матки методом рідинної цитології: NILM. Бактеріоскопічне дослідження мазків зі статевих шляхів – без особливостей.

Результати УЗД органів малого таза: матка – положення типового, розміри  $55 \times 50 \times 45$  мм, контури рівні, міометрій однорідний, товщина передньої та задньої стінок матки однакова. Ендометрій неоднорідний, товщина – 17 мм. Шийка матки –  $28 \times 20$  мм, з поодинокими *ov. nabothi*. Яєчники розташовані типово, структура – антральні фолікули. Правий яєчник розмірами  $30 \times 22 \times 15$  мм, лівий –  $30 \times 20 \times 10$  мм. Вільної рідини немає.

### ○ Питання

1. Встановіть попередній діагноз.
2. Алгоритм обстеження хворої.
3. Які лікувальні заходи необхідно призначити жінці?
4. Класифікація АМК за клінічним перебігом.
5. Фактори ризику розвитку АМК.

### ☰ Задача 7

До гінеколога звернулася пацієнтка А., 33 роки, зі скаргами на кровотечу із статевих шляхів зі згустками, тягучими



болями внизу живота, з іррадіацією в поперек, загальну слабкість.

Анамнез: менструації з 14 років, установилися відразу (по 4–5 днів через 28 днів), помірні, безболісні. Вагітностей – три: пологів – двоє, медичний аборт – один, ускладнений запаленням придатків матки. З анамнезу відомо, що мати лікувалась з приводу неплідності, що пов'язана з ендометріозом.

Вважає себе хворою протягом 10 днів, коли під час менструації, почалися рясні кров'яністі виділення зі статевих шляхів, які тривають й досі. За медичною допомогою не зверталася. Самостійно приймала етамзилат натрію, транексамову кислоту. Позитивного результату не досягнуто.

Об'єктивне обстеження: загальний стан пацієнтки задовільний. Шкіра та видимі слизові оболонки блідо-рожеві. Температура тіла – 36,7 °С.

Клінічне обстеження молочних залоз: молочні залози мають однаковий розмір, не деформовані. При пальпації – м'які, безболісні, лімфатичні вузли не пальпуються. При натисканні на навколососкову ділянку виділень немає.

У легенях вислуховується везикулярне дихання без хрипів. При аускультатії серця – тони ясні. Пульс – 76 уд./хв, АТ – 120/70 мм рт. ст.

Живіт при пальпації м'який, безболісний на всьому протязі. Фізіологічні відправлення в нормі.

Гінекологічне обстеження: зовнішні статеві органи розвинуті правильно, Оволосіння – за жіночим типом. При обстеженні в дзеркалах: шийка матки циліндричної форми, рожевого кольору, епітелій цілий. У цервікальному каналі відмічається наявність згустків крові. При бімануальному дослідженні тіло матки кулясте, дещо розм'якшене, збільшене в розмірах, болісне при пальпації, рухоме. Придатки з обох боків не збільшені.

Проведено УЗД органів малого таза: матка – положення типового, розміри 65 × 60 × 65 мм, контури рівні, міометрій неоднорідний з гіперехогенними включеннями. Асиметрія стінок матки: товщина передньої стінки – 18 мм, товщина задньої

стінки – 24 мм. Ендометрій однорідний, завтовшки до 10,5 мм, шийка матки 38 × 20 мм. Правий яєчник розмірами 28 × 23 мм, лівий яєчник 20 × 25 мм, вільної рідини в черевній порожнині немає.

Загальний аналіз крові: гемоглобін – 98 г/л, еритроцити –  $3,0 \cdot 10^{12}$ /л, лейкоцити –  $8,1 \cdot 10^9$ /л, ШОЕ – 12 мм/год.

### ○ Питання

1. Попередній діагноз.
2. Додаткові методи обстеження.
3. Тактика ведення пацієнтки.
4. Фактори ризику розвитку аденоміозу.
5. Профілактика аденоміозу.

### 💬 Тестові завдання

1. У пацієнтки А., 37 років, скарги на рясні, тривалі кров'яністі виділення зі статевих шляхів, слабкість, підвищену втомлюваність, періодичний біль внизу живота. При обстеженні: гемоглобін – 88 г/л, гематокрит – 24 %. Вісім місяців тому встановлено негормональну внутрішньоматкову систему (ВМС) з метою контрацепції. Яке обстеження необхідно провести в першу чергу?

- A. Гінекологічне обстеження, УЗД, хоріонічний гонадотропін у сироватці крові
- B. Бактеріологічні посіви виділень піхви та цервікального каналу на облігатну мікрофлору
- C. Тести функціональної діагностики, УЗД органів малого таза, посткоїтальний тест
- D. Трикратні бактеріологічні посіви сечі та менструальної крові на мікобактерії туберкульозу
- E. Тести функціональної діагностики

2. У 34-річної жінки, яка народжувала 4 рази, останні пологи 3 роки тому, без гінекологічної патології в анамнезі, на 17-й день менструального циклу виникла маткова кровотеча.

Проведено дзеркальне обстеження та бімануальне дослідження – гінекологічної патології не виявлено. Яке з обстежень у даному випадку є найбільш інформативним?

- A. Визначення тиреоїдного профілю
- B. Біопсія ендометрію
- C. УЗД органів малого таза
- D. Кольпоскопія
- E. Цервікоскопія

3. До гінекологічного відділення звернулася хвора В., 48 років, зі скаргами на кровотечу зі статевих шляхів. Менструації з 14 років, встановились відразу, по 4–5 днів через 28 днів, помірні, безболісні. Останні два роки інтервали між менструаціями два-три місяці, а 15 днів тому після затримки менструації на два місяці почалась маткова кровотеча, яка триває дотепер. Гемоглобін 100 г/л. При бімануальному дослідженні: з боку внутрішніх статевих органів патології не виявлено. З чого почати лікування хворої?

- A. Лікування анемії
- B. Регуляція менструального циклу
- C. Лікувально-діагностичне вишкрібання матки
- D. Консультація гематолога
- E. Спостереження медперсоналом

4. Пацієнтка К., 23 роки, звернулася до сімейного лікаря зі скаргами на відсутність менструацій протягом п'яти місяців. У дитинстві перенесла кір. Менархе з 12 років, до затримки менструальний цикл був 26 днів, менструації по 4–5 днів. Після ДТП, що трапилося шість місяців тому, проходила лікування у невропатолога з приводу черепно-мозкової травми. При гінекологічному огляді та під час УЗД патологічних змін органів малого таза не виявлено. Який попередній діагноз?

- A. Вторинна аменорея
- B. Первинна аменорея
- C. Фізіологічна аменорея

- D. Лактаційна аменорея
- E. Хибна аменорея

5. До гінекологічного відділення звернулася жінка 42 років зі скаргами на рясну маткову кровотечу. Під час огляду: шкіра та слизові оболонки бліді. При гінекологічному дослідженні: шийка матки не змінена, тіло матки та придатки без патологічних змін. Виділення рясні, кров'янисті. Ймовірний діагноз:

- A. Аномальна маткова кровотеча
- B. Вроджена коагулопатія
- C. Міома матки
- D. Аденоміоз
- E. Дисменорея

6. Пацієнтка С., 22 роки, звернулася до сімейного лікаря зі скаргами на тягучий біль внизу живота у 1–2-й день менструації. Відмічає посилення больових відчуттів з порушенням працездатності протягом останніх трьох місяців. З анамнезу: менструація з 14 років, регулярна, болісна в перші дні. Статеве життя з 17 років, нерегулярне, без застосування контрацепції, шість місяців тому був виконаний медичний аборт в терміні 8 тижнів вагітності, без ускладнень. Діагноз?

- A. Аменорея
- B. Опсоменорея
- C. Менорагія
- D. Дизурія
- E. Альгодисменорея

## Тема 2

# НЕЙРОЕНДОКРИННІ СИНДРОМИ В ГІНЕКОЛОГІЇ

### Код за МКХ-10:

- E22.1 Гіперпролактинемія
- E23.0 Гіпопітуїтаризм
- Некроз гіпофіза (післяпологовий) Синдром Шихана
- E25 Аденогенітальні порушення
- E28.1 Гіперандрогенізм
- E28.2 Синдром полікістозних яєчників
- E28.3 Первинна недостатність яєчників, синдром резистентних яєчників
- E28.8 Інші види дисфункції яєчників
- E28.9 Дисфункція яєчників, неуточнена
- N94.3 Синдром предменструальної напруги

### Задача 1

Хвора Б., 32 роки, звернулася до гінеколога зі скаргами на відчуття загальної слабкості, швидку втомлюваність, мерзлякуватість, нудоту, зниження апетиту, часті запори, порушення пам'яті, запаморочення і потемніння в очах при підведенні з ліжка, часті застудні захворювання.

Анамнез: менархе з 12 років. Менструація до пологів по 5 днів, через 30 днів, помірна, безболісна (цикл установився протягом півтора року). Статеве життя з 18 років, регулярне.

Було дві вагітності; перша закінчилася медичним абортom, друга – пологами, що ускладнилися кровотечею. Вважає себе хворою протягом трьох років – після других пологів, у яких після ручного відокремлення плаценти трапилася масивна

кровотеча з подальшим підвищенням температури тіла до 38–39 °С. Через місяць зникло грудне молоко, менструація не відновилася. У подальшому зник статевий потяг, помітила порідіння волосся на голові, на лобковій і в пахвових ділянках.

У дитинстві часто хворіла на ангіни. У віці чотирьох роки перенесла апендектомію.

Об'єктивне обстеження: загальний стан хворої середньої тяжкості. Зріст – 167 см, маса тіла – 60 кг. Привертає увагу млявість, повільність пацієнтки, блідість і сухість шкіри. Видимі слизові оболонки бліді, волосся на голові рідке, на лобковій і в пахвових ділянках відсутнє. Над легеньми аускультується везикулярне дихання, хрипів немає. Серцева діяльність ритмічна. Пульс – 84 уд./хв, ритм правильний, АТ – 95/55 мм рт. ст. Молочні залози гіпотрофічні, ареоли сосків бліді. Щитоподібна залоза не збільшена. Живіт при пальпації м'який, безболісний на всьому протязі. Симптоми подразнення очеревини негативні. Сечовипускання не порушене. Випорожнення – часті запори.

Гінекологічне дослідження: зовнішні статеві органи розвинені правильно, без запальних змін. Огляд у дзеркалах: шийка матки циліндричної форми, рожевого кольору, епітелій цілий. При бімануальному обстеженні: тіло матки в положенні *retroflexio-versio*, дещо зменшене у розмірі, щільне, безболісне при пальпації, рухливе. Придатки матки з обох сторін не пальпуються. Склепіння вільні. Виділення зі статевих шляхів слизові, помірні.

Проведені лабораторні дослідження. Загальний аналіз крові: еритроцити –  $2,8 \cdot 10^{12}/л$ , гемоглобін – 89 г/л, кольоровий показник – 0,9, ШОЕ – 20 мм/год. Протеїнограма, ліпідограма, рівень креатиніну та сечовини в нормі. Гіпоглікемічний тип цукрової кривої. Сеча без змін.

Гормони крові: адренкортикотропний гормон (АКТГ) – 3,2 пг/мл (N: 7,2–63,3), кортизол у слині – 1,8 нг/мл (N: 0,2–4,4), тиреотропний гормон (ТТГ) – 0,1 мкМО/мл (N: 0,27–4,2), тироксин (Т<sub>4</sub>) вільний – 0,1 пг/мл (N: 0,8–1,8), пролактин – 1,0 нг/мл (N: 4,5–23,0), фолікулостимулювальний гормон

(ФСГ) – 1,0 мМО/мл (N: 3,5–12,5), лютеїнізуючий гормон (ЛГ) – 0,3 мМО/мл (N: 2,4–12,6).

Дані УЗД органів малого таза: матка та яєчники значно зменшені у розмірах, фолікулярний апарат не візуалізується.

### ○ Питання

1. Діагноз.
2. Вкажіть ознаки, що підтверджують діагноз.
3. Перерахуйте лабораторні та інструментальні дослідження, які слід виконати для підтвердження діагнозу.
4. Причина і патогенез виникнення даної патології.
5. Якою повинна бути тактика лікаря в даному клінічному випадку?

### ☰ Задача 2

Пацієнтка К., 20 років, звернулася зі скаргами на акне у ділянці чола та підборіддя, надмірне оволосіння на обличчі (ділянка верхньої губи), грудях, по середній лінії живота, емоційну лабільність, порушення менструального циклу за типом олігоменореї протягом 3 років після перенесеного психоемоційного стресу.

Анамнез: менструації з 13 років, установилися протягом шести місяців, по 5–7 днів, помірні. Менструальний цикл останні 3 роки нерегулярний (28–45 днів). Статеве життя з 18 років, контрацепція – бар'єрна. Вагітностей не було (не планувала). Пацієнтка потребує контрацепції.

Народилася доношеною дитиною, фізично розвивалася згідно з віком. Перенесені захворювання: краснуха, вітряна віспа, гостра респіраторна вірусна інфекція (ГРВІ). Спадковість не обтяжена.

Об'єктивне обстеження: загальний стан задовільний. Зріст – 167 см, маса тіла – 57 кг. Індекс маси тіла (ІМТ) – 20,43. Шкіра – акне у ділянці чола та підборіддя. Гірсутизм на обличчі (ділянка верхньої губи), грудях, по середній лінії живота. Молочні залози рівномірно тяжисті, безболісні,

галактореї немає. Над легеньми вислуховується везикулярне дихання, хрипів немає. Серцева діяльність ритмічна, тони ясні. Пульс – 76 уд./хв, АТ – 120/70 мм рт. ст. Живіт не здутий, бере участь в акті дихання; при пальпації м'який, безболісний на всьому протязі. Симптоми подразнення очеревини негативні. Фізіологічні відправлення в нормі.

Гінекологічне дослідження: зовнішні статеві органи розвинені правильно. Оволосіння за жіночим типом. Слизова оболонка піхви рожева. Шийка матки конічна, неерозована. Тіло матки рухливе, безболісне, щільної консистенції. Придатки матки з обох сторін не збільшені, безболісні. Склепіння вільні, глибокі. Виділення зі статевих шляхів слизові, помірні.

Аналіз крові на гормональний профіль: ЛГ – 6,55 мМО/мл (N: 2,4–12,6), ФСГ – 3,05 мМО/мл (N: 3,5–12,5), пролактин – 15,4 нг/мл (N: 4,79–23,3), андростендіон – 4,36 нг/мл (N: 0,30–3,30), дегідроепіандростерон-сульфат (ДГЕАС) – 375,8 мкг/дл (N: 98,8–340,0), вільний тестостерон – 9,96 пг/мл (N: 0,01–9,0), 17-оксипрогестерон – 0,85 нг/мл (N: 0,1–0,80), ТТГ – 2,57 мкМО/мл (N: 0,27–4,2).

Дані УЗД органів малого таза: патології не виявлено.

### ○ Питання

1. Діагноз.
2. Вкажіть ознаки, що підтверджують діагноз.
3. Які найчастіші причини та прояви вірилізації?
4. Якою повинна бути патогенетична терапія проявів гіперандрогенії?
5. Яке лікування є патогенетично обґрунтованим в даному клінічному випадку?

### ☰ Задача 3

Пацієнтка К., 26 років, звернулася зі скаргами на нерегулярні менструації із затримками на півтора-два місяці, надмірну масу тіла, ріст волосся на ділянках навколососкових

ареол, відсутність вагітності при регулярному статевому житті без контрацепції протягом останніх двох років.

Анамнез: менархе з 12 років; менструації встановилися протягом року, по 5–7 днів, помірні, болісні в перший-другий день, у зв'язку з чим приймає нестероїдні протизапальні препарати, менструальний цикл нерегулярний. Статеве життя з 19 років. Заміжня, вагітностей не було.

Народилася другою дитиною у сім'ї, доношеною, з нормальною масою тіла. Фізично розвивалася згідно з віком. Спадковий анамнез: у бабусі по лінії матері – цукровий діабет I типу.

Об'єктивне обстеження: загальний стан задовільний. Зріст – 169 см, маса тіла – 87 кг, ІМТ – 30,5, окружність талії – 85 см. Молочні залози розвинені правильно, безболісні, галактореї немає, відмічаються стрижневі волосини на ділянках навколососкових ареол. Аускультация легенів: везикулярне дихання, хрипів немає. Аускультация серця: діяльність ритмічна, тони ясні. Пульс – 75 уд./хв, АТ – 115/75 мм рт. ст. Живіт не здутий, бере участь в акті дихання; при глибокій та поверхневій пальпації м'який, безболісний на всьому протязі. Симптоми подразнення очеревини негативні. Фізіологічні відправлення в нормі.

Гінекологічне дослідження: зовнішні статеві органи розвинені правильно. Оволосіння за жіночим типом. Слизова оболонка піхви рожева, виділення слизові. Шийка матки конічна, не змінена. Тіло матки в положенні *anteflexio*, нормальних розмірів, рухливе, щільне, безболісне, поверхня гладка. Придатки матки з обох сторін трохи збільшені, безболісні. Склепіння вільні, глибокі.

Аналіз крові на гормональний профіль на 3-й день менструального циклу: ЛГ – 7,79 мМО/мл (N: 2,4–12,6), ФСГ – 4,07 мМО/мл (N: 3,5–12,5), пролактин – 15,4 нг/мл (N: 4,79–23,3), андростендіон – 3,6 нг/мл (N: 0,30–3,30), вільний тестостерон – 8,06 пг/мл (N: 0,01–9,0), 17-оксипрогестерон – 0,61 нг/мл (N: 0,1–0,80), ТТГ – 2,5 мкМО/мл (N: 0,27 – 4,2), антимюллерів гормон (АМГ) – 7,5 нг/мл (N: 1,83–7,53),

прогестерон на 22-й день менструального циклу – 1,2 нг/мл (N: 1,7–27),

Дані УЗД органів малого таза на 6-й день менструального циклу: тіло матки грушоподібної форми. Розміри: поздовжній – 40,6 мм, передньозадній – 33 мм, поперечний – 36,5 мм. Структура міометрія однорідна, М-ехо – 6,4 мм, однорідної структури. Правий яєчник: розташування типове, довжина – 41,5 мм, передньозадній розмір – 22 мм, ширина – 25 мм, об'єм яєчника – 12,2 см<sup>3</sup> з 10–12 фолікулами діаметром 4–9 мм. Лівий яєчник: розташування типове, довжина – 46 мм, передньозадній розмір – 21 мм, ширина – 24 мм, об'єм яєчника – 13 см<sup>3</sup> з 8–10 фолікулами діаметром 4–11 мм. Рідина за маткою не візуалізується.

Оральний глюкозотолерантний тест – порушень толерантності до глюкози не виявлено.

#### ○ Питання

1. Діагноз.
2. Наведіть ознаки, що підтверджують діагноз.
3. Вкажіть Роттердамські та УЗД-критерії синдрому полікістозних яєчників (СПКЯ).
4. Яке лікування є патогенетично обґрунтованим у даному клінічному випадку?
5. Назвіть специфічний УЗД-критерій СПКЯ.

#### ☰ Задача 4

Хвора Г., 29 років, звернулася зі скаргами на дратівливість, плаксивість, перепади настрою, підвищену образливість, відчуття тривоги, безсоння, швидку втомлюваність, головний біль, головокружіння, нудоту, біль у ділянці серця, напади тахікардії, нагрубання молочних залоз і масталгію, зниження пам'яті, затримку рідини, збільшення маси тіла, здуття живота. Усі ці симптоми з'являються за 7–14 днів до менструації і зникають напередодні або в перші її дні. Хвора у ці дні непрацездатна і її стан перешкоджає нормальним міжособистісним стосункам.

Анамнез: менструації з 14 років, установилися відразу (по 3–4 дні, цикл 28 днів), помірні, безболісні. Статеве життя з 20 років. Було три вагітності: одна із них закінчилася мимовільним абортom у вісім тижнів з повторним вишкрібанням порожнини матки через залишки плідного яйця, дві інші – мимовільними абортами (термін 8–10 тижнів). Вважає себе хворою протягом трьох років, коли після травми голови з'явилися вищевказані симптоми. Вираженість їх за останні шість місяців різко зросла. Із гінекологічних захворювань перенесла запалення придатків, з приводу чого лікувалась у стаціонарі.

У дитинстві росла слабкою дитиною, перенесла інфекційний паротит, кір, краснуху, скарлатину, двічі пневмонію, у віці 18 років – хворобу Боткіна. Спадковість не обтяжена.

Об'єктивне обстеження: загальний стан хворої задовільний. Жінка правильної статури, підвищеного харчування. Шкірні покриви та слизові оболонки рожевого кольору. Язик вологий, чистий. Температура тіла – 36,6 °С. Над легеньми вислуховується везикулярне дихання, хрипів немає. Діяльність серця ритмічна, тони ясні, шумів немає. Пульс – 76 уд./хв, задовільного наповнення, АТ – 130/80 мм рт. ст. Патології зі сторони внутрішніх органів не виявлено.

Гінекологічне дослідження: зовнішні статеві органи розвинені правильно, Оволосіння на лобку – за жіночим типом. Огляд у дзеркалах: шийка матки конічної форми, епітелій цілий. Бімануальне обстеження: екскурсії шийки матки безболісні. Тіло матки в положенні *anteflexio*, нормальних розмірів, щільне, рухливе, поверхня його гладка, безболісне при пальпації. Придатки матки з обох сторін не визначаються. Склепіння піхви глибокі. Виділення зі статевих шляхів слизові, помірні.

### ○ Питання

1. Діагноз.
2. Класифікація передменструального синдрому (ПМС).
3. Фактори ризику та патогенез даного захворювання.
4. Алгоритм обстеження пацієнтки з ПМС.
5. План лікування.

### ☰ Задача 5

Пацієнтка С., 28 років, звернулася зі скаргами на порушення менструального циклу за типом аменореї протягом восьми місяців, зниження лібідо, головний біль, дратівливість, прибавку маси тіла на 4 кг за цей період. Два місяці тому пацієнтку почали турбувати біль у молочних залозах, незначні молокоподібні виділення при натисканні на навколососкову ділянку.

Анамнез: менструації з 13 років, установилися відразу (по 4–5 днів, цикл 28–32 дні), помірні, болісні у перші два дні. Статеве життя з 18 років. Була одна вагітність, яка закінчилася фізіологічними пологами три роки тому. Серед гінекологічних захворювань перенесла запалення придатків, лікувалась амбулаторно.

Росла практично здоровою дитиною. У дитинстві перенесла інфекційний паротит, ГРВІ. Спадковість не обтяжена.

Об'єктивне обстеження: загальний стан задовільний. Пацієнтка правильної статури, підвищеного харчування. Шкірні покриви і слизові оболонки рожеві. Язик чистий, вологий. Серце та легені без патології. Пульс – 74 уд./хв, задовільного наповнення, АТ – 110/70 мм рт. ст. Живіт при пальпації м'який, безболісний на всьому протязі. Печінка та селезінка не збільшені. Фізіологічні відправлення в нормі.

Гінекологічне дослідження: зовнішні статеві органи розвинені правильно, без запальних змін. Огляд у дзеркалах: шийка матки циліндричної форми, епітелій не змінений. Бімануальне обстеження: тіло матки трохи зменшене, рухливе, безболісне, знаходиться в правильному положенні. Придатки матки з обох сторін не визначаються, склепіння глибокі. Виділення зі статевих шляхів слизові, помірні.

Аналіз крові на гормональний профіль: ФСГ – 7,8 мМО/мл (N: 3,5–12,5), ЛГ – 3,6 мМО/мл (N: 2,4–12,6), естрадіол – 24,68 пг/мл (N: 12,4–233,0), прогестерон – 0,996 нг/мл (N: 1,7–27,0), пролактин – 49,35 нг/мл (N: 4,79–23,3).

Дані УЗД органів малого таза: тіло матки грушоподібної форми, розміри: поздовжній – 35,7 мм,

передньозадній – 28 мм, поперечний – 36,6 мм (гіпоплазія матки), структура міометрія однорідна, М-ехо – 3,5 мм. Правий яєчник: розташування типове, довжина – 26 мм, передньозадній розмір – 14 мм, ширина – 22 мм. Лівий яєчник: розташування типове, довжина – 28,5 мм, передньозадній розмір – 13,5 мм, ширина – 19,8 мм. Фолікулярний апарат обох яєчників присутній, домінантного фолікула немає.

Під час МРТ голови патології головного мозку не виявлено.

### ○ Питання

1. Діагноз.
2. Вкажіть ознаки, що підтверджують діагноз.
3. Яка етіологія гіперпролактинемії?
4. План обстеження пацієнтки з гіперпролактинемією.
5. Які методи лікування використовують при гіперпролактинемії?

### ☰ Задача 6

Хвора А., 38 років, звернулася до сімейного лікаря зі скаргами на відчуття загальної слабкості, швидку втомлюваність, дратівливість, порушення сна, зниження лібідо, припливи жару до лица і верхньої частини тулуба до 10 разів на добу, підвищене потовиділення, підвищення АТ.

Анамнез: менархе з 14 років, цикл встановився відразу. Протягом життя менструації по 5–6 днів, через 28–30 днів, регулярні, помірно болісні в перші дні, рясні. Останні два місяці менструації відсутні. Статеве життя з 19 років, регулярне. Було 3 вагітності; дві перші закінчилися фізіологічними пологамі, остання – медичним абортom з гнійно-септичним ускладненням у вигляді післяпологового ендометриту. Вважає себе хворою протягом двох місяців, після проведення хірургічного лікування з приводу двосторонніх аднекстуморів з перфорацією та перитонітом. Проведено лапаротомію, двосторонню аднексектомію. Виписана на 10-ту добу після операції в задовільному стані.

Об'єктивне обстеження: загальний стан хворої середньої тяжкості. Зріст – 172 см, маса тіла – 70,5 кг. Шкірні покриви та видимі слизові оболонки блідо-рожеві, язик вологий. Над легеньми аускультується везикулярне дихання, хрипів немає. Серцева діяльність ритмічна. Пульс – 84 уд./хв, ритм правильний, АТ – 140/100 мм рт. ст. Молочні залози без патології. Щитоподібна залоза не збільшена. Живіт при пальпації м'який, безболісний на всьому протязі. Симптоми подразнення очеревини негативні. Сечовипускання не порушене. Випорожнення – часті запори.

Гінекологічне дослідження: зовнішні статеві органи розвинені правильно, без запальних змін. Огляд у дзеркалах: шийка матки циліндричної форми, рожевого кольору, епітелій цілий. При бімануальному обстеженні: тіло матки в положенні *retroflexio-versio*, нормальних розмірів, щільне, безболісне при пальпації, рухливе. Придатки матки з обох сторін не пальпуються. Склепіння вільні. Виділення зі статевих шляхів слизові, мізерні.

Проведено лабораторні дослідження. Загальний аналіз крові: еритроцити –  $4,24 \cdot 10^{12}/л$ , гемоглобін – 119 г/л, кольоровий показник – 0,9, ШОЕ – 2 мм/год. Протеїнограма, ліпопротеїди, глікемічний профіль, рівень креатиніну та сечовини в нормі. Сеча без змін.

Гормони крові: ТТГ – 1,8 мкМО/мл (N: 0,27–4,2), тироксин  $T_4$  вільний – 1,19 нг/дл (N: 0,93–1,7), пролактин – 12 нг/мл (N: 4,5–23,0), ФСГ – 42,5 мМО/мл (N: 3,5–12,5), естрадіол – 8,4 пг/мл (N: фолікулінова фаза 19,5–144,2; середина менструального циклу 63,9–356,7; лютеїнова фаза 37,0–280,0; постменопауза < 32,2), прогестерон – 0,6 нг/мл (N: фолікулінова фаза 0,2–1,5; овуляторна фаза 1,7–27,0; лютеїнова фаза 37,0–280,0; постменопауза 0,1–0,8).

Дані УЗД органів малого таза: тіло матки грушоподібної форми, розміри: поздовжній – 42 мм, передньозадній – 29 мм, поперечний – 41 мм, структура міометрія однорідна, М-ехо 2,5 мм. Яєчники не візуалізуються.

### ○ Питання

1. Діагноз.
2. Вкажіть ознаки, що підтверджують діагноз.
3. Перерахуйте лабораторні та інструментальні дослідження, які слід виконати для підтвердження діагнозу і призначення терапії.
4. Причина і патогенез виникнення даної патології.
5. Якою повинна бути тактика лікаря в даному клінічному випадку?

### ☞ Тестові завдання

1. Пацієнтка А., 32 роки, звернулася до лікаря зі скаргами на відсутність менструації протягом трьох місяців, зниження статевого потягу, порушення сну, виділення молока із молочних залоз. Вагітностей – три: одні пологи, два мимовільних аборти. Молочні залози без патологічних змін. При бімануальному дослідженні: зменшення розмірів матки, яєчники не пальпуються. На МРТ: патології головного мозку не виявлено. При лабораторному дослідженні: рівень ТТГ в нормі, рівень пролактину збільшений, рівень прогестерону низький. Який найбільш імовірний діагноз?

- A. Синдром полікістозних яєчників
- B. Синдром Шихана
- C. Гіперпролактинемія
- D. Гіпотиреоз
- E. Передчасне виснаження яєчників

2. Пацієнтка А., 32 роки, звернулася до лікаря зі скаргами на відсутність менструації протягом трьох місяців, зниження статевого потягу, порушення сну, періодичне виділення молока із молочних залоз. Вагітностей – три: одні пологи, два мимовільних аборти. Молочні залози без патологічних змін. При бімануальному дослідженні: зменшення розмірів матки, яєчники не пальпуються. На МРТ: патології головного мозку не виявлено. При лабораторному дослідженні: рівень ТТГ

в нормі, рівень пролактину збільшений, рівень прогестерону низький. Який додатковий метод обстеження необхідно провести першочергово?

- A. Ультразвукове дослідження щитоподібної залози
- B. Лабораторне дослідження на рівень АМГ, ФСГ
- C. Ультразвукове дослідження органів малого таза
- D. МРТ головного мозку
- E. Прогестеронова проба

3. Пацієнтка Н., 50 років, звернулася до лікаря зі скаргами на головний біль, припливи жару до 10 разів на добу, підвищену пітливість, серцебиття, біль у суглобах, дратівливість, безсоння, зниження працездатності, зниження лібідо, сухість піхви, диспареунію. Артеріальний тиск періодично підвищується до 150/100 мм рт. ст. Останні місячні – вісім місяців тому. В анамнезі дві вагітності, які закінчилися пологамі через природні пологові шляхи. Який діагноз є найбільш імовірним?

- A. Передменструальний синдром
- B. Посткастраційний синдром
- C. Артеріальна гіпертензія
- D. Передчасна недостатність яєчників
- E. Менопаузальний синдром

4. Пацієнтка І., 21 рік, звернулася зі скаргами на акне на обличчі, грудях і спині, порушення менструального циклу за типом олігоменореї, збільшення маси тіла на 6 кг протягом останніх чотирьох років. Менструації з 13 років, по 4–5 днів, помірні, болісні в перші два дні. Зріст – 175 см, маса тіла – 82 кг. Індекс маси тіла – 26,79. При бімануальному дослідженні: тіло матки нормальних розмірів, придатки матки з обох сторін трохи збільшені, безболісні. За даними УЗД органів малого таза: об'єм яєчників до 12–13 см<sup>3</sup> з 10–12 фолікулами діаметром 4–9 мм. Який діагноз є найбільш ймовірним?

- A. Передменструальний синдром
- B. Синдром Шихана
- C. Гіперпролактинемія



- D. Синдром полікістозних яєчників
- E. Передчасне виснаження яєчників

5. Хвора Н., 34 роки, звернулася зі скаргами на дратівливість, плаксивість, перепади настрою, підвищену образливість, почуття тривоги, безсоння, швидко втомлюваність, головний біль, головокружіння, нудоту, біль у ділянці серця, напади тахікардії, нагубання молочних залоз і масталгію, зниження пам'яті, затримку рідини, збільшення маси тіла, здуття живота. Усі ці симптоми з'являються за 7–14 днів до менструації і зникають напередодні або в перші її дні. Хвора у ці дні непрацездатна, її стан перешкоджає нормальним міжособистісним стосункам. В анамнезі 1 пологи шляхом кесаревого розтину. Який діагноз є найбільш імовірним?

- A. Передчасне виснаження яєчників
- B. Синдром Шихана
- C. Афективний розлад
- D. Порушення функції щитоподібної залози
- E. Передменструальний дисфоричний розлад (ПМДР)

6. До лікаря звернулася хвора С., 30 років зі скаргами на відсутність місячних протягом п'яти місяців, відчуття загальної слабкості, швидко втомлюваність, мерзлякуватість, нудоту, зниження апетиту, часті запори, порушення пам'яті, запаморочення і потемніння в очах при підведенні з ліжка, зниження артеріального тиску до 95–90/55–50 мм рт. ст. Вважає себе хворою протягом двох років. У післяпологовому періоді виникло ускладнення – масивна гіпотонічна маткова кровотеча.

При гінекологічному обстеженні: оволосіння в лобковій ділянці відсутнє, тіло матки дещо зменшене у розмірі, щільне, безболісне, придатки матки з обох сторін не пальпуються. Який діагноз є найбільш імовірним?

- A. Передменструальний синдром
- B. Синдром Шихана
- C. Гіперпролактинемія

- D. Синдром полікістозних яєчників
- E. Передчасне виснаження яєчників

7. До лікаря звернулася хвора С., 30 років, зі скаргами на відсутність місячних протягом п'яти місяців, відчуття загальної слабкості, швидко втомлюваність, мерзлякуватість, нудоту, зниження апетиту, часті запори, порушення пам'яті, запаморочення і потемніння в очах при підведенні з ліжка, зниження артеріального тиску до 95–90/55–50 мм рт. ст. Вважає себе хворою протягом двох років, коли в післяпологовому періоді виникла масивна гіпотонічна маткова кровотеча.

При гінекологічному обстеженні: оволосіння в лобковій ділянці відсутнє, тіло матки дещо зменшене у розмірі, щільне, безболісне придатки матки з обох сторін не пальпуються. Який метод обстеження необхідний?

- A. МРТ ділянки турецького сідла
- B. Лабораторне дослідження на рівень гормонів щитоподібної залози
- C. Ультразвукове дослідження органів малого таза
- D. Обстеження полів зору
- E. КТ органів черевної порожнини

## Тема 3

# ФІЗІОЛОГІЧНІ ТА ПАТОЛОГІЧНІ СТАНИ В ПЕРИМЕНОПАУЗАЛЬНОМУ ПЕРІОДІ

### Код за МКХ-10

N95 Порушення менопаузи та інші розлади в період перед менопаузою

В період після менопаузи: остеопороз: БДВ (M81.0-)

Передчасна менопауза БДВ (E28.3)

N95.0 Кровотеча у період після менопаузи

N95.1 Менопауза та клімактеричний стан у жінок

N95.2 Атрофічний вагініт у період після менопаузи

N95.3 Стани, пов'язані зі штучною менопаузою

N95.8 Інші уточнені порушення в період менопаузи та після менопаузи

N95.9 Порушення в період менопаузи та після менопаузи, не уточнені

### Задача 1

Хвора О., 50 років, звернулася до лікаря зі скаргами на припливи по 15–18 разів на добу, біль у ділянці серця, тахікардію, періодичне підвищення АТ, дратівливість, плаксивість, головний біль, погіршення пам'яті, відсутність менструацій протягом шести місяців.

Анамнез: менструації з 13 років, установилися відразу (по 5–6 днів, цикл 28–30 днів), помірні, безболісні. Статеве життя з 22 років. Було шість вагітностей: одна із них

закінчилася пологами, п'ять – штучними абортами. Останні два роки менструації нерегулярні, із затримками на два-три тижні, рясні, болісні. Із гінекологічного анамнезу відзначає хронічний аднексит, з приводу якого неодноразово лікувалася в стаціонарі.

Екстрагенітальні захворювання: хронічний холецисто-панкреатит.

Об'єктивне обстеження: загальний стан задовільний. Зріст – 172 см, маса тіла – 81 кг. Шкіра та видимі слизові оболонки рожеві. Язик вологий, чистий. Температура тіла – 36,7 °С. Молочні залози без особливостей. Над легенями аускультується везикулярне дихання, хрипів немає. Серцева діяльність ритмічна, тони ясні, шумів немає. Пульс – 86 уд./хв, ритмічний, АТ – 130/85 мм рт. ст. Живіт не здутий; при поверхневій та глибокій пальпації – м'який та безболісний на всьому протязі. Печінка та селезінка не пальпуються. Симптоми подразнення очеревини негативні. Фізіологічні відправлення в нормі.

Гінекологічне дослідження: зовнішні статеві органи розвинені правильно, без запальних змін. Огляд у дзеркалах: слизова оболонка піхви атрофічна, бліда. Шийка матки циліндрична, візуально не змінена. Бімануальне обстеження: тіло матки дещо зменшене, рухливе, безболісне, щільної консистенції. Придатки з обох сторін не визначаються. Склепіння вільні, глибокі. Виділення слизові, мізерні.

Аналіз крові на гормональний профіль: ФСГ – 38,5 мМО/мл (N: 3,5–12,5), ЛГ – 21,2 мМО/мл (N: 2,4–12,6), естрадіол – 18 пг/мл (N: 12,4–233,0), прогестерон – 0,6 нмоль/л.

Дані УЗД органів малого таза: тіло матки грушоподібної форми, розміри: поздовжній – 43 мм, передньозадній – 30 мм, поперечний – 42 мм, структура міометрія однорідна, М-ехо – 6 мм. Правий яєчник: розташування типове, довжина – 20 мм, передньозадній розмір – 12 мм, ширина – 17 мм. Лівий яєчник: розташування типове, довжина – 21 мм, передньозадній розмір – 11 мм, ширина – 15 мм. Фолікулярний апарат обох яєчників не виражений.

### ○ Питання

1. Попередній діагноз.
2. Вкажіть ознаки, що підтверджують діагноз.
3. Який патогенез виникнення даної патології?
4. Класифікація клімактеричних розладів.
5. Які препарати використовують для лікування?
6. Протипоказання до менопаузальної гормональної терапії (МГТ).

### ☰ Задача 2

До сімейного лікаря звернулася хвора С., 48 років, зі скаргами на кровотечу зі статевих шляхів зі згустками, переймоподібний біль внизу живота.

Анамнез: менструації з 14 років, установилися відразу (по 4–5 днів через 28 днів), помірні, безболісні. Останні два роки інтервали між менструаціями збільшилися до двох-трьох місяців. Було сім вагітностей, дві з яких закінчилися пологами без ускладнень, п'ять – медичними абортами. Вважає себе хворою протягом 15 днів, коли після двомісячної відсутності менструації почалася маткова кровотеча, що триває дотепер. За медичною допомогою не зверталася. Самостійно приймала етамзилат, транексамову кислоту. Позитивний результат був досягнутий до 10-го дня, але наступного дня кровотеча почалася знову.

Протягом життя хворіла на респіраторні захворювання.

Об'єктивне обстеження: шкіра і видимі слизові оболонки бліді. Язик вологий, чистий. Температура тіла – 36,7 °С. У легенях вислуховується везикулярне дихання, хрипів немає. Діяльність серця ритмічна, тони ясні. Пульс – 76 уд./хв, АТ – 110/80 мм рт. ст. Живіт м'який, безболісний на всьому протязі при пальпації. Симптоми подразнення очеревини негативні. Сечовиділення та випорожнення не порушені.

Гінекологічне дослідження: зовнішні статеві органи розвинені правильно. Оволосіння за жіночим типом. Огляд у дзеркалах: шийка матки циліндричної форми, рожевого кольору,

епітелій цілий. У цервікальному каналі відмічається наявність згустків крові. Бімануальне обстеження: тіло матки м'яке, трохи збільшене в розмірах, болісне при пальпації, рухливе. Придатки з обох сторін не збільшені. Склепіння вільні. Виділення зі статевих шляхів кров'янисті, помірні.

У загальному аналізі крові: гемоглобін – 92 г/л.

Дані УЗД органів малого таза: тіло матки – 50 × 40 × 50 мм, М-ехо 17 мм. Придатки справа – 30 × 20 мм. Придатки зліва – 35 × 18 мм.

### ○ Питання

1. Визначте попередній діагноз.
2. Тактика лікаря.
3. Які додаткові методи дослідження слід призначити?
4. Яка терапія повинна бути призначена?
5. Які можливі ускладнення хірургічного лікування (резекція/абляція ендометрію) гіперпластичних процесів ендометрію?

### ☰ Задача 3

До сімейного лікаря звернулася хвора П., 47 років, зі скаргами на припливи жару до голови і верхньої частини тулуба до п'яти разів на добу, підвищення АТ, напади тахікардії, головний біль, зниження працездатності, стомлюваність, плаксивість, збільшення маси тіла.

Анамнез: менструації з 11 років, установилися відразу (по 5–7 днів через 28–30 днів), помірні, безболісні. Останні два роки інтервали між менструаціями збільшилися до двох-трьох місяців. Було 5 вагітностей, одна з яких закінчилася пологами без ускладнень, чотири – медичним абортom. Вважає себе хворою протягом двох років, але погіршення самопочуття відзначає за останні 6 місяців. За медичною допомогою зверталася до невролога. Неодноразово проходила курси медикаментозної терапії, але без стійкого ефекту. Протягом життя хворіла на ГРВІ. У 30 років лікувалася з приводу двобічного пієлонефриту.

Об'єктивне обстеження: шкіра і видимі слизові оболонки не змінені, чисті. Язик вологий, чистий. Температура тіла – 36,6 °С. У легенях вислуховується везикулярне дихання, хрипів немає. Діяльність серця ритмічна, тони ясні. Пульс – 90 уд./хв, АТ – 130/80 мм рт. ст. Живіт м'який, безболісний на всьому протязі при пальпації. Симптоми подразнення очеревини негативні. Сечовиділення та випорожнення не порушені.

Гінекологічне дослідження: зовнішні статеві органи розвинені правильно, Оволосіння за жіночим типом. Огляд у дзеркалах: шийка матки циліндричної форми, рожевого кольору, епітелій цілий. Бімануальне обстеження: тіло матки щільне, не збільшене в розмірах, безболісне при пальпації, рухливе. Придатки з обох сторін не збільшені. Склепіння вільні. Виділення зі статевих шляхів слизові, помірні.

#### ○ Питання

1. Визначте попередній діагноз.
2. Які причини призводять до виникнення клімактеричного синдрому?
3. Патогенез клімактеричного синдрому.
4. Якими методами визначається ступінь тяжкості клімактеричного синдрому?
5. У чому полягає диспансеризація хворих з клімактеричним синдромом?

#### ☞ Задача 4

Хвора О., 58 років, надійшла до гінекологічного відділення зі скаргами на утворення, що з'являється у ділянці зовнішніх статевих органів при незначному фізичному навантаженні та напруженні.

Анамнез: менархе в 14 років. Менопауза шість років тому. Статеве життя з 17 років. Було чотири вагітності: трое пологів без ускладнень та один медичний аборт у терміні десять тижнів. Протягом п'яти-шести місяців періодично

відмічає появу незначних кров'янистих виділень та порушення сечовипускання.

Об'єктивне обстеження: загальний стан задовільний. Зріст – 164 см, маса тіла – 84 кг. Температура тіла – 36,6 °С. Шкіра та слизові оболонки блідо-рожеві, чисті. Язик чистий, вологий. Периферичні лімфовузли не пальпуються. Щитоподібна залоза не збільшена. Молочні залози при пальпації м'які та безболісні, при натисканні на навколососкову ділянку виділень немає. Над легенями аускультується везикулярне дихання без хрипів. Діяльність серця ритмічна, тони ясні, шумів немає. Пульс – 74 уд./хв, задовільних властивостей, АТ – 115/80 мм рт. ст. Живіт не здутий, бере участь в акті дихання; при пальпації м'який та безболісний на всьому протязі. Симптоми подразнення очеревини негативні. Сечовиділення та випорожнення не порушені.

Гінекологічне дослідження: зовнішні статеві органи розвинені правильно. Промежина низька, при напруженні значно опускаються стінки піхви і зі статевої щілини з'являється піхвова частина шийки матки. У ділянці зовнішнього вічка шийки матки та на деяких ділянках слизової оболонки піхви виявляються поверхнево розташовані виразки розміром з 5-копійчану монету, яскраво-червоного кольору з нерівними краями. Бімануальне обстеження: матка звичайних для віку розмірів і форми, безболісна при пальпації, рухлива, щільна. Праві та ліві придатки – без особливостей. Виділення сукровато-серозні, незначні.

#### ○ Питання

1. Попередній діагноз.
2. Вкажіть причини, що призводять до розвитку аномалій положення жіночих статевих органів.
3. Тактика ведення хворої.
4. Який обсяг оперативного втручання показаний цій хворій?
5. Що належить до ортопедичних та загальнозміцнювальних методів лікування неправильних положень жіночих статевих органів?

### Задача 5

Хвора Ж., 53 роки, звернулася до сімейного лікаря зі скаргами на біль у попереку, вагінальну сухість.

Анамнез: менархе в 14 років. Менопауза шість років тому. Статеве життя з 17 років. Було чотири вагітності: троє пологів без ускладнень та один медичний аборт у терміні десять тижнів. Протягом двох років зазнала кілька переломів променевої кістки, одного компресійного перелому хребців у поперековому відділі хребта.

Об'єктивне обстеження: загальний стан задовільний. Зріст – 164 см, маса тіла – 84 кг. Температура тіла – 36,6 °С. Шкіра та слизові оболонки блідо-рожеві, чисті. Язик чистий, вологий. Периферичні лімфовузли не пальпуються. Щитоподібна залоза не збільшена. Молочні залози при пальпації м'які та безболісні, при натисканні на навколососкову ділянку виділень немає. Над легенями аускультується везикулярне дихання без хрипів. Діяльність серця ритмічна, тони ясні, шумів немає. Пульс – 82 уд./хв, задовільних властивостей, АТ – 135/80 мм рт. ст. Живіт не здутий, бере участь в акті дихання; при пальпації м'який та безболісний на всьому протязі. Симптоми подразнення очеревини негативні. Сечовиділення та випорожнення не порушені.

Гінекологічне дослідження: зовнішні статеві органи розвинені правильно. Огляд у дзеркалах: шийка матки циліндричної форми, рожевого кольору, епітелій цілий. Слизова оболонка атрофічна. Бімануальне обстеження: тіло матки щільне, не збільшене в розмірах, безболісне при пальпації, рухливе. Придатки з обох сторін не збільшені. Склепіння вільні. Виділення зі статевих шляхів слизові, мізерні.

### Питання

1. Попередній діагноз.
2. Вкажіть причини, що призводять до розвитку атрофічних змін.
3. Базові обстеження перед призначенням гормональної терапії.
4. Протипоказання до МГТ.

5. Негормональна терапія симптомів клімаксу.
6. Альтернативи МГТ для жінок, які перенесли рак репродуктивних органів.
7. Місцеве лікування урогенітальних розладів.

### Задача 6

До сімейного лікаря звернулася хвора К., 48 років, зі скаргами на кровотечу із статевих шляхів зі згустками, переймоподібний біль внизу живота.

Анамнез хвороби: вважає себе хворою протягом 15 днів, коли після двомісячної затримки менструації почалася маткова кровотеча, яка триває. За медичною допомогою не зверталась. Самостійно приймала гемостатичну терапію: етамзилат натрію, транексамову кислоту. Позитивний результат був досягнутий на 10-й день лікування, але наступного тижня кровотеча почалась знову.

Гінекологічний анамнез: менструації з 14 років, по 4–5 днів, через 28 днів, помірні, безболісні. Останні два роки інтервали між менструаціями два-три місяці.

Акушерський анамнез: вагітностей – сім, пологів – двоє, медичних абортів – п'ять, усі без ускладнень.

Об'єктивне обстеження: при огляді шкіра і видимі слизові оболонки бліді. В легенях вислуховується везикулярне дихання без хрипів. При аускультатії серця – тони ясні. Пульс – 75 уд./хв, АТ – 130/70 мм рт. ст. Живіт при пальпації м'який, безболісний на всьому протязі. Симптом Пастернацького негативний з обох боків. Фізіологічні відправлення в нормі.

Гінекологічне обстеження: зовнішні статеві органи розвинуті правильно. Оволосіння лобка – за жіночим типом. При обстеженні в дзеркалах: шийка матки циліндричної форми, рожевого кольору, епітелій цілий. Зовнішнє вічко відкрите. У цервікальному каналі шийки матки відмічається наявність згустків крові. При бімануальному дослідженні: тіло матки кулясте, щільне, дещо збільшене в розмірах, болісне при пальпації, рухоме.

Придатки з обох боків не збільшені, безболісні. Склепіння вільні. Виділення кров'янисті зі згустками, помірні.

Загальний аналіз крові: гемоглобін – 110 г/л, еритроцити –  $2,9 \cdot 10^{12}$ /л, лейкоцити –  $7,5 \cdot 10^9$ /л, ШОЕ – 14 мм/год.

Дані УЗД органів малого таза: матка – положення типове, розміри  $55 \times 60 \times 60$  мм, контури рівні, міометрій неоднорідний; ендометрій завтовшки 9 мм, по задній стінці візуалізується гіперехогенне утворення  $15 \times 7$  мм, у порожнині матки згустки крові; шийка матки  $38 \times 20$  мм. Лівий яєчник розмірами  $35 \times 25$  мм, лівий яєчник  $30 \times 25$  мм, вільної рідини в черевній порожнині немає.

### ○ Питання

1. Діагноз.
2. План обстеження хворої.
3. Тактика ведення хворої.
4. Класифікація АМК за PALM/COEIN.
5. Визначення поняття АМК.

### 🗉 Задача 7

Хвора К., 50 років, звернулась зі скаргами на тягнучий біль внизу живота та рясні кров'янисті виділення зі статевих шляхів, слабкість, запаморочення.

Анамнез: менструації по 5–7 днів, через 30–31 день, болісні, рясні, раніше були регулярними. У жінки в анамнезі було три вагітності: пологів – двоє, медичний аборт – один, усі без ускладнень. Останні 12 місяців менструацій не було.

Хворіла на міому матки (за FIGO тип 3), яку було діагностовано 10 років тому. Три роки тому з приводу хронічної АМК було проведено фракційне діагностично-лікувальне вишкрібання слизової оболонки матки. При гістологічному дослідженні: залозиста гіперплазія ендометрію без атиpii. Отримувала гормональну терапію: прогестини протягом шести місяців.

Об'єктивне обстеження: загальний стан задовільний. Пацієнтка правильної статури, підвищеного харчування.

Зріст – 160 см. Маса тіла – 82 кг. Шкіра та видимі слизові оболонки блідо-рожеві. При аускультатії серця – тони ясні. Пульс – 75 уд./хв, АТ – 130/70 мм рт. ст. Живіт при пальпації м'який, безболісний на всьому протязі. Фізіологічні відправлення в нормі.

Гінекологічний статус: зовнішні статеві органи розвинені правильно, ознак гірсутизму немає. Огляд у дзеркалах: шийка матки циліндричної форми, епітелій без візуальних змін. Слизова оболонка піхви блідо-рожевого кольору. Матка в *anteflexio-versio*, дещо збільшена в розмірі. Придатки матки з обох сторін не визначаються. Виділення зі статевих шляхів кров'янисті.

Загальний аналіз крові: гемоглобін – 105 г/л, еритроцити –  $2,9 \cdot 10^{12}$ /л, лейкоцити –  $7,1 \cdot 10^9$ /л, ШОЕ – 18 мм/год.

Біохімічне дослідження крові: загальний білок – 78 г/л, білірубін загальний – 18 мкмоль/л, АЛТ – 22 ОД/л, АСТ – 15 ОД/л, глюкоза крові – 5,5 ммоль/л, холестерин – 6,0 ммоль/л. Феритин – 35 нг/мл. Рідинне цитоморфологічне дослідження: NILM, мікроскопія мазка зі статевих шляхів – без особливостей.

Результати УЗД органів малого таза: матка – положення типове, розміри  $65 \times 50 \times 45$  мм, контури рівні, міометрій неоднорідний за рахунок округлого гіпоехогенного утворення по передній стінці матки (інтрамуральний вузол  $15 \times 10 \times 16$  мм (за FIGO тип 3), ендометрій неоднорідний, товщина – 13,5 мм. Шийка матки –  $38 \times 20$  мм, з поодинокими *ov. nabothi*. Яєчники розташовані типово, структура – антральні фолікули. Правий яєчник розмірами  $25 \times 15$  мм, лівий яєчник –  $28 \times 14$  мм. Вільної рідини немає.

### ○ Питання

1. Встановіть попередній діагноз.
2. Алгоритм обстеження пацієнтки.
3. Які лікувальні заходи необхідно призначити жінці?
4. Методи гемостазу АМК.
5. Нейроендокринна регуляція оваріо-менструального циклу.

## Задача 8

Пацієнтка Р., 41 рік, звернулась до сімейного лікаря зі скаргами на припливи жару по 7–10 разів на добу, значну нічну пітливість, розлади концентрації уваги, перепади настрою, відсутність лібідо, біль у попереку та спині.

З анамнезу: менструація з 12 років, за типом – 4–5 днів через 28–30 днів, помірна, безболісна, установилась протягом шести місяців. Вагітностей – три. Пологів – двоє, фізіологічні. Аборт – один, медикаментозний (на ранньому терміні вагітності три-чотири тижні, без особливостей) між пологами. З 32 років спостерігалась гінекологом з приводу вузлової міоми матки. Оперована два роки тому. Виконано екстирпацію матки з придатками. Показання до операції – швидкий ріст міоми.

Об'єктивне обстеження: загальний стан задовільний. Жінка правильної статури, задовільного харчування. Шкірні покриви та видимі слизові оболонки звичайного кольору. Язик вологий, чистий. Температура тіла – 36,6 °С, АТ – 120/70 мм рт. ст. Пульс 80 – уд./хв. При аускультатії легенів дихання везикулярне, хрипів немає. Серцевий ритм нормальний, тони серця ясні. Живіт не здутий, м'який, безболісний при пальпації, без патологічних *об'ємних* утворень. Сечовипускання безболісне. Симптом Пастернацького негативний з обох сторін. Випорожнення не порушене.

Гінекологічне дослідження: зовнішні статеві органи розвинуті правильно, без ознак запалення. Огляд у дзеркалах: слизова оболонка кукси піхви бліда, з ознаками атрофії (сухість). Бімануальне дослідження: кукса піхви рухома, безболісна при пальпації. Шийка, тіло матки та придатки матки відсутні. Виділення слизові мізерні.

### Питання

1. Визначити попередній діагноз.
2. Скласти план обстеження.
3. Консультацію яких спеціалістів необхідно призначити?
4. Визначити причину і патогенез виникнення даної патології.
5. Яка терапія повинна бути призначена та її особливості?

## Задача 9

Пацієнтка Б., 53 роки, звернулась до ендокринолога зі скаргами на швидке збільшення маси тіла на 9 кг протягом останніх шести місяців.

Анамнез: менархе з 13 років, остання менструація рік тому. Статеве життя з 18 років. Було три вагітності: двоє пологів без ускладнень та один медичний аборт у термін п'ять-шість тижнів.

Об'єктивне обстеження: жінка з ознаками ожиріння II–III ст. зі значно розвинутою підшкірною жировою клітковиною, ІМТ – 32,0. Загальний стан задовільний. Зріст – 164 см, маса тіла – 92 кг. Температура тіла 36,6 °С. Шкіра та слизові оболонки блідо-рожеві, чисті. Язик чистий, вологий. Щитоподібна залоза не збільшена. Молочні залози при пальпації м'які, безболісні. Над легенями вислуховується везикулярне дихання, хрипи відсутні.

Живіт звичайної форми, м'який, безболісний при пальпації. Край печінки пальпується за реберною дугою, безболісний. Симптом Пастернацького негативний з обох боків. Перистальтика кишечника звичайна. Фізіологічні відправлення без особливостей. Гінекологічне дослідження: зовнішні статеві органи розвинуті правильно, без ознак запалення. Піхва жінки, що народжувала. Огляд у дзеркалах: шийка матки циліндричної форми, слизові оболонки чисті. Бімануальне дослідження: тіло матки *anteflexio*, звичайної форми, трохи зменшених розмірів, рухливе, щільне, гладке, безболісне при пальпації. Придатки матки з обох сторін не пальпуються. Вагінальні склепіння вільні. Виділення – мізерні білі.

### Питання

1. Визначити попередній діагноз.
2. Складіть план обстеження хворої.
3. Визначити фактори ризику цієї патології.
4. Диференційна діагностика даного захворювання.
5. Тактика ведення хворої.

## Задача 10

Хвора П., 55 років, звернулася до гінеколога зі скаргами на постійний ниючий біль внизу живота, утруднене сечовипускання. Анамнез: менархе з 13 років, остання менструація 4 роки тому. Статеве життя з 18 років. Було три вагітності: двоє пологів з масою плодів 4500 та 4800 г. Другі пологи ускладнились розривом промежини II ступеня. Один медичний аборт у терміні п'ять-шість тижнів без ускладнень.

Об'єктивне обстеження: загальний стан жінки задовільний. Зріст – 167 см, маса тіла – 82 кг. Температура тіла – 36,6 °С. Шкіра та слизові оболонки блідо-рожеві, чисті. Язик чистий, вологий. Щитоподібна залоза не збільшена. Молочні залози при пальпації м'які, безболісні. Над легеньми вислуховується везикулярне дихання, хрипи відсутні.

Живіт звичайної форми, м'який безболісний при пальпації. Край печінки пальпується за реберною дугою, безболісний. Симптом Пастернацького негативний з обох боків. Перистальтика кишечника звичайна. Фізіологічні відправлення без особливостей. Гінекологічне дослідження: зовнішні статеві органи розвинуті правильно, без ознак запалення. При огляді звертає на себе увагу розходження ніжок м'язів, що піднімають задній прохід; при напруженні за межами вульварного кільця пальпується тіло матки, елонгована та гіпертрофована шийка матки. Тіло матки звичайної форми, дещо зменшених розмірів, рухливе, щільне, гладке, безболісне при пальпації. Придатки матки з обох сторін не пальпуються. Передня та задня стінки піхви опущені. Вагінальні склепіння вільні. Виділення мізерні, білі.

## Питання

1. Попередній діагноз.
2. Вкажіть причини виникнення патології положення жіночих статевих органів.
3. Які ускладнення можливі при такому патологічному стані жіночих статевих органів?
4. Тактика ведення хворої.
5. Види оперативного лікування при даній патології.

## Тестові завдання

1. Хвора К., 72 роки, скаржиться на сухість шкіри та слизових оболонок, ламкість нігтів. Знаходиться під диспансерним наглядом з приводу гіпертонічної хвороби, ішемічної хвороби серця. В анамнезі – перелом шийки стегна. Остання менструація була 20 років тому. Визначте віковий період жінки.

- A. Постменопауза
- B. Менопауза
- C. Пременопауза
- D. Пубертатний
- E. Репродуктивний

2. Хвора П., 55 років, скаржиться на біль внизу живота та утруднення сечовипускання. В анамнезі – одні пологи великим плодом, що були ускладнені розривом промежини II ступеня. Соматичний анамнез не обтяжений. Постменопауза чотири роки. Гінекологічний статус: є розходження ніжок м'язів, що піднімають задній прохід; при напруженні за межами вульварного кільця визначаються тіло матки, елонгована й гіпертрофована шийка матки. Передня і задня стінки піхви опущені. Яка тактика лікування хворої?

- A. Піхвова екстирпація матки, передня і задня кольпорафія, леваторопластика
- B. Використання песарію (маткового кільця)
- C. Череворозтин, екстирпація матки з придатками
- D. Постійне носіння бандажа, лікувальна гімнастика, спрямована на зміцнення м'язів тазового дна
- E. Кольпоперинеорафія

3. Пацієнтка А., 47 років, скаржиться на припливи жару до верхньої частини тулуба й обличчя, лабільність АТ, порушення сну, дратівливість. Найбільш імовірний діагноз?

- A. Клімактеричний синдром
- B. Передменструальний синдром
- C. Посткастраційний синдром



- D. Гіпоталамічний синдром
- E. Синдром Шихана

4. Пацієнтка Ф., 54 роки, звернулася до лікаря жіночої консультації зі скаргами на утворення у ділянці промежини, постійний тягнучий біль у нижніх відділах живота, який іррадіює в поперекову ділянку, дизуричні розлади. В анамнезі: вагітностей чотири, пологів троє, викиднів один. Останні пологи 13 років тому плодом масою 4600,0 г, які ускладнились розривам промежини III ст. Гінекологічний статус: статева щілина зяє, передня та задня стінки піхви опущені, при натуженні та кашлі шийка матки виступає за межі вульварного кільця. Імовірний діагноз?

- A. Неповне випадіння матки
- B. Повне випадіння матки
- C. Доброякісне утворення вульви
- D. Гострий бартолініт
- E. Цистоцеле, ректоцеле

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

- A. Фракційне лікувально-діагностичне вишкрібання матки з гістологічним дослідженням матеріалу
- B. Лапароскопія
- C. Кольпоскопія
- D. Зондування порожнини матки
- E. Біопсія шийки матки

## Тема 4

# ПАТОЛОГІЧНІ СТАНИ РЕПРОДУКТИВНОЇ СИСТЕМИ У ДИТЯЧОМУ ТА ПІДЛІТКОВОМУ ВІЦІ. МЕТОДИ КОНТРАЦЕПЦІЇ ДЛЯ ПІДЛІТКІВ

### Код за МКХ-10

- E30 Порухення статевого дозрівання, не класифіковані в інших рубриках
  - E30.0 Затримка статевого дозрівання
  - E30.1 Передчасне статеве дозрівання
  - E30.8 Інші порушення статевого дозрівання
  - E30.9 Порушення статевого дозрівання, не уточнене
- Q50. Вроджені аномалії яєчників, маткових труб і широких зв'язок
- Q51. Вади розвитку тіла та шийки матки
  - Q51.1 Подвоєння матки з подвоєнням шийки та піхви
  - Q51.5 Агенезія та аплазія шийки матки, тіла матки
- Q52.0 Вроджені відсутність піхви
- Q52.3 Атрезія гімена
- N89.7 Гематокольпос
- N92 Надмірна, часта та нерегулярна менструація
  - N92.1 Надмірна і часта менструація з нерегулярним циклом
  - N92.2 Надмірна менструація в період статевого дозрівання

## ☰ Задача 1

Хвора О., 17 років, звернулася до лікаря зі скаргами на відсутність менструацій, неможливість статевого життя.

Анамнез: менструацій раніше ніколи не було. Відмічає помірний циклічний біль у молочних залозах кілька днів на місяць.

Народилася від першої вагітності, що перебігала з ускладненням (у терміні 10–11 тижнів мати перенесла загострення хронічного пієлонефриту та грипу). У дитинстві розвивалась задовільно нарівні з однолітками. Перенесені захворювання: пневмонія (6 разів), скарлатина, кір. Оперативних втручань і травм не було.

Об'єктивне обстеження: загальне самопочуття задовільне. Молочні залози та інші вторинні статеві ознаки розвинені за віком. Шкірні покриви та слизові оболонки рожеві. Температура тіла – 36,5 °С. При аускультатії: в легенях дихання везикулярне, хрипів немає. Тони серця ясні, шумів немає, діяльність ритмічна. Пульс – 76 уд./хв, задовільних властивостей, АТ – 110/60 мм рт. ст. Печінка не виходить за край реберної дуги. Живіт не здутий, бере участь в акті дихання; при пальпації безболісний. Симптоми подразнення очеревини негативні. Фізіологічні відправлення в нормі.

Гінекологічний огляд: зовнішні статеві органи мають звичайний вигляд. Піхва відсутня.

Дослідження *per rectum*: придатки не пальпуються, місце їхнього розташування неболісне. Матка та шийка не пальпуються, в місці їхнього типового розташування – тяж середньої щільності.

## ○ Питання

1. Попередній діагноз.
2. Складіть план обстеження.
3. Лікування.
4. Чи можливе здійснення репродуктивних намірів при агенезії матки?
5. Яка можлива причина виникнення даної аномалії розвитку статевих органів у пацієнтки?

## ☰ Задача 2

Хвора П., 13 років, звернулася до гінеколога зі скаргами на біль внизу живота протягом чотирьох місяців, який періодично посилюється.

Анамнез: менструації почалися 4 місяці тому. Інтенсивність больових відчуттів збільшується з кожною менструацією, останній раз супроводжувалися здуттям живота, підвищенням температури тіла до 37,4 °С.

У дитинстві хворіла на ГРВІ.

Об'єктивне обстеження: загальний стан задовільний. Температура тіла в нормі. Шкірні покриви та видимі слизові оболонки блідо-рожевого забарвлення, чисті. Вторинні статеві ознаки розвинені відповідно до віку. Над легенями вислуховується везикулярне дихання, хрипів немає. Діяльність серця ритмічна, тони ясні, шумів немає. Пульс – 73 уд./хв, ритмічний, АТ – 115/75 мм рт. ст. Живіт не здутий, бере участь в акті дихання; при пальпації м'який та безболісний. Симптоми подразнення очеревини негативні. Сечовиділення та випорожнення в нормі.

Гінекологічне дослідження: зовнішні статеві органи розвинені правильно, ріст волосся на лобку за жіночим типом. Вхід у піхву прикритий дівочою плівкою.

Огляд *per rectum*: матка звичайних для віку розмірів і форми, безболісна при пальпації. Ділянка правих придатків – без особливостей. Зліва від матки пальпується різко болісне, дещо обмежене в рухливості щільне утворення.

## ○ Питання

1. Попередній діагноз. Диференційний діагноз.
2. Які інструментальні методи дослідження допоможуть встановити остаточний діагноз?
3. Тактика ведення пацієнтки у разі підтвердження додаткового функціонуючого маткового рога із затримкою менструальної крові.
4. Причини виникнення аномалій розвитку та класифікація додаткових маткових рогів.
5. Перерахуйте вади розвитку матки і (або) піхви, які ви знаєте.

### ☰ Задача 3

До гінеколога звернулася дівчинка С., 14 років, зі скаргами на тяжкість та тягнучий біль внизу живота, що періодично посилюється. Вперше такі скарги з'явилися три місяці тому.

Анамнез: менструації відсутні.

У дитинстві перенесла кір, скарлатину. У віці 7 років прооперована з приводу гострого апендициту.

Об'єктивне обстеження: загальний стан задовільний. Зріст – 155 см, маса тіла – 40 кг. Температура тіла в нормі. Шкірні покриви та видимі слизові оболонки рожеві, чисті. Тургор шкіри збережений. Молочні залози м'які та безболісні при пальпації. Статеві формули А2 Р2 Ма2 Ме0. Над легеньми вислуховується везикулярне дихання, хрипів немає. Діяльність серця ритмічна, тони ясні, шумів немає. Пульс – 73 уд./хв, ритмічний, АТ – 115/75 мм рт. ст. Край печінки не виходить за межі реберної дуги. Живіт не здутий; при пальпації м'який та безболісний. Симптом Щоткіна – Блюмберга негативний. Фізіологічні відправлення в нормі.

Гінекологічне дослідження: зовнішні статеві органи розвинені правильно, ріст волосся на лобку за жіночим типом. Вхід у піхву закритий слизовою оболонкою синюшного кольору, яка дещо випинається.

Огляд *per rectum*: в ділянці піхви пальпується пухлино-подібне утворення еластичної консистенції. Розмір матки відповідає віку, безболісна при пальпації, рухлива, щільна. Придатки матки з обох сторін не визначаються.

### ○ Питання

1. Попередній діагноз.
2. Додаткові дослідження, що допоможуть встановити остаточний діагноз.
3. Лікування пацієнок з атрезією дівочої пліви.
4. Профілактика повторної атрезії гімена.
5. Що може стати причиною формування зарощення дівочої пліви, крім того, що це є вродженою аномалією розвитку?

### ☰ Задача 4

До лікаря жіночої консультації звернулася пацієнтка М., 15 років, з метою вибору методу контрацепції. Дівчина має кілька статевих партнерів і веде нерегулярне статеве життя.

Анамнез: менструації з 13 років, по 4–5 днів, цикл 28 днів, регулярні, безболісні, помірні. Остання менструація 10 днів тому. Вагітностей не було.

Не має соматичних захворювань, фізичний розвиток відповідає віку.

Об'єктивне обстеження: загальний стан пацієнтки задовільний. Шкіра та видимі слизові оболонки рожеві. Язик чистий, вологий. Температура тіла в нормі. Над легеньми вислуховується везикулярне дихання, хрипів немає. Діяльність серця ритмічна, тони приглушені, шумів немає. Пульс – 74 уд./хв, задовільних властивостей, АТ – 100/70 мм рт. ст. Живіт не здутий, бере участь в акті дихання; при поверхневій та глибокій пальпації – м'який та безболісний на всьому протязі. Печінка та селезінка не пальпуються. Сечовипускання вільне. Випорожнення регулярне.

Гінекологічне дослідження: зовнішні статеві органи розвинені правильно, без ознак запалення. Огляд у дзеркалах: піхва вузька, слизова оболонка рожевого кольору. Шийка матки конічної форми, епітелій цілий. Бімануальне обстеження: матка розташована в *anteflexio-versio*, щільна, безболісна, не збільшена. Придатки не змінені з обох сторін, безболісні. Склепіння вільні. Виділення зі статевих шляхів слизові, помірні.

### ○ Питання

1. Найбільш прийнятний метод контрацепції для цієї пацієнтки.
2. Переваги рекомендованого методу контрацепції.
3. Недоліки рекомендованого методу контрацепції.
4. Ефективність використання рекомендованого методу контрацепції.
5. Основні завдання контрацепції у підлітків.

### ☰ Задача 5

Пацієнтка С., 15 років, звернулася до кабінету планування сім'ї для підбору методу контрацепції. Дівчина веде регулярне статеве життя, має постійного статевого партнера.

Анамнез: менструації з 12 років, по 5–6 днів, цикл 28–30 днів, регулярні, безболісні, помірні. Вагітностей не було.

Не має соматичних захворювань, фізичний розвиток відповідає віку.

Об'єктивне обстеження: загальний стан задовільний. Шкіра та видимі слизові оболонки рожеві. Язик чистий, вологий. Температура тіла – 36,6 °С. Легені та серце без патології. Пульс – 79 уд./хв, задовільних властивостей, АТ – 110/75 мм рт. ст. Живіт не здутий, бере участь в акті дихання; при пальпації – м'який та безболісний на всьому протязі. Симптом Щоткіна – Блюмберга негативний. Сечовипускання вільне. Випорожнення регулярні.

Гінекологічне дослідження: зовнішні статеві органи розвинені правильно, без ознак запалення. Огляд у дзеркалах: піхва вузька, слизова оболонка рожевого кольору. Шийка матки конічної форми, епітелій цілий. Бімануальне обстеження: матка розташована в *anteflexio-versio*, щільна, безболісна, звичайних розмірів. Придатки не змінені, безболісні. Склепіння вільні. Виділення зі статевих шляхів слизові.

### ○ Питання

1. Найбільш прийнятний метод контрацепції для цієї дівчини.
2. Найпоширеніші побічні ефекти цього методу.
3. Переваги рекомендованого методу контрацепції.
4. Недоліки рекомендованого методу контрацепції.
5. Ефективність використання рекомендованого методу контрацепції.

### ☰ Задача 6

Пацієнтка О., 15 років, звернулася до кабінету планування сім'ї для підбору методу контрацепції. Дівчина веде регулярне статеве життя, має постійного статевого партнера.

Анамнез: менархе у віці 11 років, менструації нерегулярні, тривалі та рясні. Статеве життя з 14 років. Вагітностей не було.

Дівчина не має соматичних захворювань.

Об'єктивне обстеження: при огляді пацієнтка гіперстенічної статури, вторинні статеві ознаки наявні. Виявлено гірсутизм, гіпертрихоз, акне. Язик чистий та вологий. У легенях дихання везикулярне, хрипів немає. Серцева діяльність ритмічна, тони ясні. Пульс – 76 уд./хв, задовільних властивостей, АТ – 110/70 мм рт. ст. Живіт при пальпації м'який, безболісний на всьому протязі. Фізіологічні відправлення в нормі.

Гінекологічне дослідження: зовнішні статеві органи без ознак запалення, великі статеві губи недорозвинені. Огляд у дзеркалах: піхва вузька, слизова оболонка рожевого кольору. Шийка матки конічної форми, епітелій цілий. Розміри тіла матки і шийки матки мають співвідношення 1 : 1. Придатки з обох сторін не змінені, безболісні. Склепіння вільні. Виділення слизові.

### ○ Питання

1. Найбільш прийнятний метод контрацепції для цієї дівчини.
2. Чи може застосування рекомендованого методу викликати зміни настрою або впливати на сексуальний потяг жінки?
3. Чи може жінка застосовувати цей метод протягом усього життя без шкоди для свого здоров'я?
4. Стани, які потребують термінового звернення до лікаря.
5. Які препарати є найкращими для використання цією особою?

### ☰ Задача 7

До сімейного лікаря звернулася пацієнтка С., 15,5 років, по пораду щодо запобігання небажаний вагітності. З метою контрацепції використовує презерватив, однак напередодні ввечері під час статевого акту була порушена його цілісність.

Анамнез: менструації з 12 років (цикл установився протягом півтора року), по шість днів, через 30 днів, помірні, регулярні, безболісні. Статеве життя з 15 років. Вагітностей не було.

У віці чотирьох років була прооперована з приводу гострого апендициту.

Об'єктивне обстеження: загальний стан пацієнтки задовільний. Язик чистий та вологий. Температура тіла в нормі. При аускультатії легенів вислуховується везикулярне дихання без хрипів. Серцева діяльність ритмічна, тони ясні. Пульс – 72 уд./хв, задовільних властивостей, АТ – 110/75 мм рт. ст. Живіт бере участь в акті дихання; при пальпації м'який, безболісний на всьому протязі. Симптом Щоткіна – Блюмберга негативний. Фізіологічні відправлення в нормі.

Гінекологічне дослідження: зовнішні статеві органи розвинені правильно, без ознак запалення. Огляд у дзеркалах: піхва вузька, слизова оболонка рожевого кольору. Шийка матки конічної форми, епітелій цілий. Бімануальне обстеження: тіло матки в положенні *anteflexio*, щільне, поверхня його гладка, рухливе, безболісне. Придатки матки з обох сторін не змінені, безболісні. Склепіння вільні. Виділення зі статевих шляхів слизові, помірні.

#### ○ Питання

1. Який метод запобігання небажаних вагітності буде рекомендувати лікар?
2. Ефективність рекомендованого методу контрацепції.
3. Переваги рекомендованого методу.
4. Недоліки рекомендованого методу.
5. Типи рекомендованого методу.

#### ☰ Задача 8

Пацієнтці А., 15 років, виконане переривання небажаної вагітності шляхом медикаментозного абортів. Дівчина має одного статевого партнера та веде активне сексуальне життя.

Анамнез: менархе у віці 12 років (цикл установився протягом першого року), по п'ять днів, через 28–30 днів, менструації регулярні, помірні, безболісні. Статеве життя з 14 років.

Фізичний та статевий розвиток підлітка відповідає віку. Соматичної патології немає.

Об'єктивне обстеження: загальний стан задовільний. Пацієнтка гіпостенічної статури. Шкіра та слизові оболонки оболонки рожеві, чисті. Язик вологий. Периферичні лімфовузли не пальпуються. Щитоподібна залоза не збільшена. Температура тіла 36,5 °С. Аускультатія легенів: дихання везикулярне, без хрипів. Серцева діяльність ритмічна, тони ясні. Пульс – 77 уд./хв, задовільних властивостей, АТ – 105/65 мм рт. ст. Живіт при поверхневій та глибокій пальпації м'який, безболісний на всьому протязі. Печінка не виступає за край реберної дуги. Фізіологічні відправлення в нормі.

Гінекологічне дослідження: зовнішні статеві органи розвинені правильно, без ознак запалення. Огляд у дзеркалах: піхва вузька, слизова оболонка рожева. Шийка матки конічної форми, епітелій цілий. Бімануальне обстеження: тіло матки не збільшене, щільне, поверхня гладка, рухливе, безболісне. Придатки матки з обох сторін не пальпуються. Склепіння вільні. Виділення слизові.

#### ○ Питання

1. Вкажіть терміни відновлення овуляції у підлітків після медикаментозного абортів.
2. Термін початку використання контрацепції після медикаментозного абортів.
3. Методи контрацепції після медикаментозного абортів у підлітків.
4. Можливість використання сперміцидів у підлітковому віці.
5. Переваги та недоліки використання сперміцидів у підлітковому віці.

#### ☰ Задача 9

У дитини А., 4 роки, скарги на дискомфорт, свербіння зовнішніх статевих органів. Хворіє протягом 5 днів.

З анамнезу: перша дитина в сім'ї, росла та розвивалася згідно з віком, соматично здорова дівчинка.

Об'єктивно: загальний стан хворої задовільний. Температура 36,5 °С. Пульс – 86 уд./хв, задовільних властивостей, АТ – 115/70 мм рт. ст. Шкірні покриви та слизові оболонки

звичайного кольору. Живіт м'який, безболісний. Фізіологічні випорожнення у нормі.

При огляді зовнішні статеві органи розвинуті правильно, відповідно до віку. Виявлені гіперемія та набряк зовнішніх статевих органів, молочно-білі виділення, сліди подряпин на шкірі промежини.

#### ○ Питання

1. Попередній діагноз.
2. Складіть план обстеження.
3. З якими захворюваннями необхідно провести диференційну діагностику?
4. Подальша тактика ведення хворої.

#### ☞ Задача 10

Хвора А., 15 років, надійшла до гінекологічного відділення зі скаргами на рясні кров'янисті виділення зі статевих шляхів, слабкість, запаморочення.

З анамнезу: менструації з 14 років, перші чотири місяці – регулярні (по 3–4 дні, цикл 28 днів), помірні, безболісні. Захворіла 8 днів тому, коли після двомісячної відсутності менструації з'явилися помірні кров'янисті виділення зі статевих шляхів. У наступні дні інтенсивність кровотечі зростала.

Об'єктивно: загальний стан хворої середньої тяжкості. Пульс – 90 уд./хв, задовільного наповнення і напруження, АТ – 90/60 мм рт. ст. Шкірні покриви та видимі слизові оболонки бліді, чисті. Хвора зниженого харчування. Молочні залози розвинуті слабо. З боку внутрішніх органів патології не виявлено. Живіт м'який, безболісний при пальпації.

Загальний аналіз крові: гемоглобін – 85 г/л, еритроцити –  $2,7 \cdot 10^{12}/л$ , лейкоцити –  $5,2 \cdot 10^9/л$ , ШОЕ – 16 мм/год, визначаються анізоцитоз і пойкилоцитоз еритроцитів.

У присутності матері проведено гінекологічне дослідження: при огляді зовнішніх статевих органів – гіпоплазія великих і малих статевих губ, оволосіння на лобку – за жіночим типом. Дівоча пльва

не порушена. Ушкоджень статевих органів не виявлено. Ректальне дослідження: тіло матки щільне, нормальних розмірів, безболісне, рухливе. Придатки з обох сторін не визначаються.

#### ○ Питання

1. Попередній діагноз.
2. Алгоритм обстеження дівчат з пубертатними матковими кровотечами.
3. З якими захворюваннями необхідно провести диференційну діагностику хворих зі скаргами на кров'янисті виділення зі статевих шляхів?
4. Визначте подальшу тактику ведення хворої.
5. Профілактика рецидивів захворювання.

#### ☞ Задача 11

У дівчинки Б., 13 років, скарги на слабкість, запаморочення та рясні кров'янисті виділення зі статевих шляхів протягом тижня.

Анамнез: хворіє 7-му добу від першого дня менструального циклу. За добу застосовує 7–8 гігієнічних прокладок на п'ять крапель. Менархе з 12 років, менструації встановились відразу по 5–6 днів, через 28–35 днів.

Об'єктивно: загальний стан задовільний. Пацієнтка правильної статури, зниженого харчування. Зріст – 155 см. Маса тіла – 42 кг. Шкіра та видимі слизові оболонки бліді. АТ – 100/60 мм рт. ст. Пульс – 88 уд./хв.

Загальний аналіз крові: Нb – 105 г/л, Eг – 2,8, L – 8,1, ШОЕ – 10 мм.

Біохімія крові: білірубін загальний 16 мкмоль/л, АЛТ – 18 ОД/л, АСТ – 15 ОД/л, загальний білок – 70 г/л, глюкоза крові – 4,5 ммоль/л, холестерин – 4,0 ммоль/л, феритин – 30 нг/мл.

Гінекологічний статус: зовнішні статеві органи розвинені правильно, оволосіння за жіночим типом. Ректоабдомінальне обстеження: матка в *anteflexio-versio*, зменшена в розмірі. Придатки з обох боків не визначаються. Виділення зі статевих шляхів кров'янисті, рясні, зі густками.

Результати УЗД органів малого таза: матка – положення типове, розміри –  $35 \times 28 \times 40$  мм, контури рівні, міометрій однорідний, ендометрій тонкий – 4,5 мм, шийка матки  $38 \times 20$  мм. Яєчники розташовані типово, структура – дрібні фолікули. Правий яєчник розмірами  $45 \times 25$  мм, лівий  $40 \times 25$  мм. Вільної рідини в черевній порожнині немає.

#### ○ Питання

1. Діагноз.
2. Яке додаткове обстеження необхідно провести хворій?
3. Критерії визначення ювенільних маткових кровотеч.
4. Лікувальні заходи.
5. Фактори ризику виникнення АМК.

#### ☞ Задача 12

Хвора С., 12 років, звернулася до гінеколога зі скаргами на різкий нападopodobний біль внизу живота, який виникає за кілька годин до початку менструації, загальну слабкість, головний біль у перші дні менструації.

Анамнез: менструації почалися 12 місяців тому, ясні, зі згустками, тривалістю сім днів, менструальний цикл 30 днів.

Об'єктивне обстеження: загальний стан задовільний. Температура тіла в нормі. Шкірні покриви та видимі слизові оболонки блідо-рожевого кольору, чисті. Над легеньми вислуховується везикулярне дихання, хрипів немає. Діяльність серця ритмічна, тони ясні, шумів немає. Пульс – 75 уд./хв, ритмічний, АТ – 110/80 мм рт. ст. Живіт не здутий, бере участь в акті дихання; при пальпації м'який та безболісний. Сечовиділення та випорожнення в нормі.

Гінекологічне дослідження: зовнішні статеві органи розвинені правильно, ріст волосся за жіночим типом. Вхід у піхву прикритий дівочою плівкою.

Огляд *per rectum*: матка звичайних для віку розмірів і форми, безболісна при пальпації. Придатки матки з обох боків не збільшені.

#### ○ Питання

1. Попередній діагноз.
2. Перерахуйте симптоми, що характерні для альгодисменореї.
3. Обстеження хворих з альгодисменореєю.
4. Принципи лікування альгодисменореї.
5. Класифікація альгодисменореї.

#### ☞ Тестові завдання

1. До лікаря звернулася пацієнтка Л., 16 років, яка потребує використання надійної контрацепції. Статеві стосунки з 15 років, не має постійного статевого партнера. Вагітностей не було. Статевим життям живе нерегулярно. Проходила лікування від інфекцій, що передаються статевим шляхом (ІПСШ). Після останнього статевого акту, який відбувся тиждень тому, використовувала таблетки невідкладної контрацепції. Який метод контрацепції найбільш прийнятний для цієї пацієнтки?

- A. Внутрішньоматкова спіраль
- B. Протизаплідні таблетки прогестеронового ряду
- C. Презервативи
- D. Подвійний голландський метод
- E. Невідкладна контрацепція

2. Пацієнтка О., 14 років, надійшла зі скаргами на ясні кров'яністі виділення зі статевих шляхів протягом 10 днів після затримки місячних на півтора місяці. Подібні кровотечі повторюються періодично з 12 років на фоні невстановленого циклу. Під час ректального дослідження патології з боку внутрішніх статевих органів не виявлено. У крові Нb – 70 г/л, еритроцити –  $2,3 \cdot 10^{12}/л$ , Ht – 20. Який найбільш імовірний діагноз?

- A. Синдром полікістозних яєчників
- B. Аномальна маткова кровотеча
- C. Гормонпродукуюча пухлина яєчника
- D. Неповний мимовільний аборт
- E. Хвороба Верльгофа

3. До шкільного лікаря звернулася школярка Р., 13 років. Вперше з'явилися помірні кров'янисті виділення зі статевих шляхів дві доби тому. Вторинні статеві ознаки розвинені. Яка найбільш імовірна причина кров'янистих виділень?

- A. Менархе
- B. Ювенільна кровотеча
- C. Гемофілія
- D. Рак ендометрію
- E. Хвороба Верльгофа

4. Хвора Б., 17 років, скаржиться на затримку менструації на 15 діб. Порушення менструального циклу відмічає вперше. Статеве життя регулярне, без контрацепції. Об'єктивно: живіт м'який, безболісний, АТ – 120/80 мм рт. ст., пульс – 72 уд./хв, задовільних властивостей. При трансвагінальній ехографії – підозра на прогресуючу трубну вагітність. Яка тактика лікаря є найбільш правильною?

- A. Визначити рівень хоріонічного гонадотропіну
- B. Рекомендувати повторне УЗД через 3 дні
- C. Негайно госпіталізувати хвору для уточнення діагнозу
- D. Виконати пункцію черевної порожнини через заднє склепіння
- E. Провести дослідження за тестами функціональної діагностики

5. Школярка Г., 14 років, скаржиться на кров'янисті виділення з піхви протягом 10 днів, які з'явилися після тримісячної затримки менструації. Менархе – у 13 років. Менструальний цикл нерегулярний. Гемоглобін – 90 г/л. Який найбільш імовірний діагноз?

- A. Поліп шийки матки
- B. Гормонпродукуюча пухлина матки
- C. Ювенільна маткова кровотеча
- D. Захворювання крові
- E. Вагітність, прогресуюча

6. Хвора П., 16 років, скаржиться на гострий біль внизу живота, нудоту, блювання, часте сечовипускання, які з'явилися після тренування з фітнесу. При огляді: живіт помірно здутий, позитивний симптом Щоткіна – Блюмберга. Пульс – 88 уд./хв, температура тіла – 37,1 °С. При ректоабдомінальному обстеженні: тіло матки відповідає віковим нормам, справа та допереду від матки пальпується утворення 7×7 см щільноеластичної консистенції, різко болюче при пальпації та зміщенні; зліва придатки не визначаються. Який діагноз найбільш імовірний?

- A. Перекрут ніжки пухлини яєчника
- B. Апоплексія яєчника
- C. Кишкова непрохідність
- D. Ниркова коліка
- E. Хронічне запалення придатків матки

7. Хвора І., 15 років, скаржиться на кров'янисті виділення із піхви протягом 15 діб після затримки менструації на два з половиною місяці. Із анамнезу: хворіє на хронічний тонзиліт, відмічає часті носові кровотечі. При огляді: шкірні покриви бліді, пульс – 82 уд./хв; АТ – 110/70 мм рт. ст., гемоглобін – 90 г/л, гематокрит – 28%. При ректоабдомінальному обстеженні: матка відповідає віковим нормам, щільна, придатки з обох боків без особливостей, виділення зі статевих шляхів кров'янисті, помірні. Який додатковий метод дослідження необхідно виконати з метою уточнення діагнозу?

- A. Розгорнутий аналіз крові з підрахунком кількості тромбоцитів
- B. УЗД органів малого таза
- C. Гістероскопію
- D. Вагіноскопію
- E. Лапароскопію



## Тема 5

# ЖІНОЧІ УРОГЕНІТАЛЬНІ ЗАПАЛЬНІ ЗАХВОРЮВАННЯ

### Код за МКХ-10:

- N70 Сальпінгіт і оофорит
- N70.1 Хронічний сальпінгіт та оофорит
- N70.9 Сальпінгіт та оофорит неуточнений
- N71 Запальна хвороба матки, за винятком шийки матки
- N71.0 Гостре запальне захворювання матки
- N71.1 Хронічне запальне захворювання матки
- N71.9 Неуточнене запальне захворювання матки
- N72 Запальна хвороба шийки матки
- N73 Інші запальні хвороби жіночих тазових органів
- N73.0 Гострий параметрит і тазовий целюліт
- N73.1 Хронічний параметрит і тазовий целюліт
- N73.2 Неуточнений параметрит і тазовий целюліт
- N73.3 Гострий тазовий перитоніт у жінок
- N73.4 Хронічний тазовий перитоніт у жінок
- N73.5 Неуточнений тазовий перитоніт у жінок
- N73.6 Тазові перитонеальні спайки у жінок
- N74 Запальні хвороби органів малого таза у жінок при хворобах, класифікованих в інших рубриках
- N74.0 Туберкульозна інфекція шийки матки
- N74.1 Запальні хвороби органів малого таза жінок туберкульозної етіології
- N74.2 Запальні хвороби органів малого таза жінок, зумовлені сифілісом
- N74.3 Гонококові запальні хвороби органів малого таза у жінок
- N74.4 Запальні хвороби органів малого таза у жінок, зумовлені хламідіями
- N75 Хвороби бартолінової залози

- N75.1 Абсцес бартолінової залози
  - N76 Інші запальні хвороби піхви і вульви
  - N76.0 Гострий вагініт
  - N76.1 Підгострий і хронічний вагініт
  - N76.2 Гострий вульвіт
  - N76.3 Підгострий і хронічний вульвіт
  - N76.4 Абсцес вульви
  - N76.5 Виразка піхви
  - N76.6 Виразка вульви
  - N76.8 Інші уточнені запальні хвороби піхви і вульви
  - B37.3+ Кандидоз вульви та піхви
  - A59.0 Урогенітальний трихомоноз
  - A54.0 Гонококова інфекція
  - A56.0 Хламідійна інфекція сечостатевого тракту
  - A59.0 Урогенітальний трихомоноз
  - A60 Аногенітальні герпесвірусні інфекції (герпес простий)
  - A63 Інші хвороби, що передаються переважно статевим шляхом, не класифіковані в інших рубриках
- Виключено:* Контагіозний моллюск (B08.1) Папілома шийки матки (D26.0)

### ☰ Задача 1

Хвора С., 29 років, звернулася до лікаря зі скаргами на загальну слабкість, підвищення температури тіла до 37,3 °С, ниючий біль внизу живота, неможливість завагітніти протягом п'яти років.

Анамнез: менструації з 13 років (встановилися відразу), по 4–5 днів, цикл 28–30 днів. Статеве життя з 18 років. Вагітностей не було. Контрацепцію не застосовує. В анамнезі – хронічний двобічний аднексит.

Об'єктивне обстеження: загальний стан хворої задовільний. Пацієнтка зниженого харчування. Шкіра та видимі слизові оболонки блідо-рожеві, чисті. Температура тіла – 37,3 °С. Над легеньми вислуховується везикулярне дихання, хрипів немає. При аускультатії серця – діяльність не порушена. Пульс – 82 уд./хв, ритмічний, АТ – 110/65 мм рт. ст. Живіт не здутий,

бере участь в акті дихання; при пальпації – болісний у нижніх відділах. Симптоми подразнення очеревини негативні. Сечовипускання безболісне, вільне. Випорожнення у нормі.

Гінекологічне дослідження: зовнішні статеві органи розвинені правильно, Оволосіння за жіночим типом. Огляд у дзеркалах: слизова оболонка піхви блідо-рожева. Шийка матки конічної форми, епітелій цілий. Зовнішнє вічко закрите. Бімануальне обстеження: тіло матки в положенні *anteflexio-versio*, звичайних розмірів, щільне, безболісне, обмежено рухливе при пальпації. З обох сторін пальпуються збільшені придатки, болісні при пальпації. Склепіння вільні, безболісні при дослідженні. Виділення з піхви серозно-гнійні, помірні.

Мікроскопічне дослідження мазків з уретри, цервікального каналу, піхви: лейкоцитоз, мікрофлора змішана.

Метросальпінгографія: маткові труби непрохідні у дистальних відділах.

### ○ Питання

1. Попередній діагноз.
2. Дообстеження і подальша тактика ведення жінки.
3. Алгоритм ведення пацієнтки у період після загострення запального процесу.
4. Які збудники найчастіше викликають запалення фаллопієвих труб?
5. Чим зумовлена актуальність запальних захворювань жіночих статевих органів?

### ☰ Задача 2

Хвора Б., 36 років, надійшла до гінекологічного відділення зі скаргами на загальну слабкість, нудоту, озноб, підвищення температури тіла до 39,3 °С, гострий біль внизу живота, гноєподібні виділення зі статевих шляхів, болісне сечовиділення.

Анамнез: менструації з 13 років (установилися відразу), по 4–5 днів, цикл 30 днів, помірні, безболісні, регулярні. Статеві

стосунки з 19 років. Нині постійного статевого партнера не має. Останній статевий контакт – 10 днів тому без використання бар'єрної контрацепції. Було три вагітності: перша закінчилася штучним абортom (без ускладнень), друга – нормальними вчасними пологами, третя – завмерлою вагітністю (термін вісім тижнів). Захворіла гостро, коли з'явилися вищезазначені скарги після закінчення останніх місячних.

Спадковість не обтяжена. З 20 років спостерігається у гастроентеролога з приводу хронічного гастриту.

Об'єктивне обстеження: загальний стан хворої середньої тяжкості. Шкірні покриви блідо-рожеві, слизові оболонки рожеві, чисті. Язик сухий, обкладений білим нальотом. Пацієнтка відзначає сухість у роті. Температура тіла – 39,2 °С. При аускультатії легенів вислуховується везикулярне дихання; тони серця ясні, ритмічні, шумів немає. Пульс – 115 уд./хв, ритмічний, задовільного наповнення, АТ – 115/75 мм рт. ст. Живіт помірно здутий, бере участь в акті дихання, при пальпації різко болісний у нижніх відділах. Симптоми подразнення очеревини позитивні в нижніх відділах. Сечовипускання вільне. Випорожнення у нормі.

Гінекологічне дослідження: зовнішні статеві органи розвинені правильно. Ріст волосся на лобку за жіночим типом. Огляд у дзеркалах: шийка матки циліндричної форми, еластичної консистенції. Епітелій цілий. Визначається гіперемія епітелію навколо зовнішнього вічка. Екскурсії шийки матки болісні. Бімануальне обстеження: матку та придатки пропальпувати не вдається через виражену болісність та напруження м'язів передньої черевної стінки. Заднє склепіння піхви сплюснене. Виділення зі статевих шляхів гноєподібні, помірні.

Загальний аналіз крові: гемоглобін – 121 г/л, лейкоцити –  $10 \cdot 10^9$ /л, відзначається зсув лейкоцитарної формули вліво, ШОЕ – 35 мм/год.

Мікроскопічне дослідження виділень зі статевих шляхів: лейкоцитоз, мікрофлора змішана, у великій кількості внутрішньо- і позаклітинно розташовані грамнегативні диплококи – гонококи.

### ○ Питання

1. Попередній діагноз.
2. Які додаткові лабораторні методи дослідження необхідно провести для уточнення діагнозу.
3. Алгоритм ведення жінки.
4. Ускладнення після перенесеної гонококової інфекції.
5. Назвіть основні шляхи розповсюдження інфекції.

### ☰ Задача 3

Хвора С., 27 років, звернулася до лікаря жіночої консультації зі скаргами на рясні пінисті виділення з неприємним запахом, печіння та свербіж у ділянці зовнішніх статевих органів і піхви.

Анамнез: менструації з 14 років, установилися відразу (по три-чотири дні, цикл 28 днів), регулярні, помірні, безболісні. Остання менструація настала 21 день тому. Статеве життя з 16 років. Використовує календарний метод контрацепції. Незаміжня. Вагітностей не мала. Вищезазначені скарги з'явилися через тиждень після незахищеного статевих контакту з новим партнером. Перенесені гінекологічні хвороби заперечує.

У дитинстві хворіла на кір, скарлатину. У віці 20 років перенесла апендектомію.

Об'єктивне обстеження: загальний стан хворої задовільний. Зріст – 170 см, маса тіла – 60 кг. Шкірні покриви і видимі слизові оболонки звичайного забарвлення, чисті. Язик вологий, чистий. Температура тіла – 36,7 °С. Молочні залози м'які, безболісні при пальпації, виділень із сосків немає. Щитоподібна залоза не збільшена. Над легеньми – везикулярне дихання, хрипи відсутні. Діяльність серця ритмічна, тони ясні. Пульс – 76 уд./хв, ритмічний, АТ – 110/70 мм рт. ст. Живіт м'який, безболісний при пальпації. Печінка та селезінка не збільшені. Симптом Щоткіна – Блюмберга негативний. Сечовипускання болісне, вільне. Випорожнення в нормі.

Гінекологічне дослідження: зовнішні статеві органи розвинені правильно. Оволосіння за жіночим типом. Слизові

оболонки вульви та уретри гіперемовані, з ознаками набряку. Огляд у дзеркалах: слизова оболонка піхви та шийки матки гіперемована, навколо зовнішнього вічка є точкові крововиливи, які утворюють ерозію невеликих розмірів – «симптом полуниці». У задньому піхвовому склепінні – пінисті виділення жовто-зеленуватого кольору з неприємним запахом, рідкої консистенції. При бімануальному дослідженні: тіло матки в положенні *anteflexio-versio*, нормальних розмірів, щільне, рухливе при пальпації, безболісне. Придатки матки з обох сторін не збільшені, безболісні. Склепіння вільні, глибокі. Виділення зі статевих шляхів гнійно-пінисті, рясні.

Бактеріоскопічне дослідження мазків з уретри, цервікального каналу та піхви: лейкоцитоз та наявність трихомонад.

### ○ Питання

1. Попередній діагноз.
2. Які додаткові обстеження необхідно провести для підтвердження діагнозу?
3. Лікування хворих на трихомоніаз.
4. Які існують бар'єрні механізми біологічного захисту від запальних захворювань жіночих статевих органів?
5. Назвіть методи провокацій.

### ☰ Задача 4

До лікаря жіночої консультації звернулася пацієнтка Ж., 30 років, зі скаргами на виділення зі статевих шляхів із неприємним («рибним») запахом, свербіж та печіння у ділянці статевих органів.

Анамнез: менструації з 15 років (цикл установився протягом двох років), по чотири дні, цикл 31 день, мізерні, безболісні, регулярні. Статеве життя з 20 років. Контрацепція – перерваний статевий акт. Було дві вагітності, що закінчилися пологами без ускладнень. Вищезазначені виділення зі статевих шляхів з'явилися тиждень тому. Жінка мала кілька статевих контактів з двома чоловіками протягом 3 місяців.

У дитинстві часто хворіла на ГРВІ.

Об'єктивне обстеження: загальний стан хворої задовільний. Температура тіла – 36,9 °С. Шкіра та видимі слизові оболонки звичайного забарвлення, чисті. Язик вологий, чистий. Периферичні лімфовузли не збільшені. Молочні залози м'які, безболісні при пальпації. Щитоподібна залоза не збільшена. Над легеньми – везикулярне дихання, хрипи відсутні. Діяльність серця ритмічна, тони ясні. Пульс – 80 уд./хв, ритмічний, АТ – 110/70 мм рт. ст. Живіт м'який та безболісний при пальпації на всьому протязі. Печінка та селезінка не збільшені. Симптоми подразнення очеревини негативні. Сечовипускання безболісне, вільне. Випорожнення в нормі.

Гінекологічне дослідження: зовнішні статеві органи розвинені правильно, Оволосіння на лобку за жіночим типом. Незначна гіперемія слизової оболонки малих статевих губ. Огляд у дзеркалах: слизова оболонка піхви незначно гіперемована. Шийка матки циліндричної форми, епітелій цілий. Бімануальне обстеження: тіло матки в положенні *anteflexio-versio*, нормальних розмірів, рухливе, щільне, безболісне при пальпації. Придатки матки з обох сторін не збільшені, безболісні. Склепіння вільні, глибокі. Виділення зі статевих шляхів гомогенні, сіруватого кольору, з «рибним» запахом.

#### ○ Питання

1. Попередній діагноз.
2. Лабораторна діагностика.
3. Лікування хворих.
4. Що таке «ключові» клітини?
5. Які існують фактори ризику основних причин бактеріального вагінозу?

#### ☰ Задача 5

Пацієнтка Ф., 32 роки, надійшла до гінекологічного стаціонару зі скаргами на тягучий біль внизу живота,

гнійно-сукровичні виділення зі статевих шляхів, підвищення температури тіла до 38,2 °С, загальну слабкість.

Анамнез: менструації з 13 років (цикл установився протягом року), по чотири-п'ять днів, цикл 30 днів, помірні, безболісні, регулярні. Статеве життя з 18 років. Контрацепція – календарний метод. Було дві вагітності, одна з яких закінчилася пологами без ускладнень, друга – медичним аборт (термін сім-вісім тижнів) тиждень тому.

З анамнезу – тонзилектомія у 14 років.

Об'єктивне обстеження: загальний стан хворої середньої тяжкості. Температура тіла – 38,1 °С. Шкіра та видимі слизові оболонки блідо-рожеві, чисті. Язик вологий, чистий. Периферичні лімфовузли не збільшені. Щитоподібна залоза не збільшена. Молочні залози м'які, безболісні при пальпації, виділень немає. Над легеньми вислуховується везикулярне дихання, хрипів немає. Діяльність серця ритмічна, тони ясні. Пульс – 88 уд./хв, задовільних властивостей, АТ – 110/75 мм рт. ст. Живіт м'який, бере участь в акті дихання; при пальпації помірно болісний у нижніх відділах. Печінка та селезінка не збільшені. Симптоми подразнення очеревини негативні. Сечовипускання безболісне, вільне.

Випорожнення в нормі.

Гінекологічне дослідження: зовнішні статеві органи розвинені правильно, ріст волосся на лобку за жіночим типом. Огляд у дзеркалах: шийка матки циліндричної форми, епітелій цілий. Бімануальне обстеження: тіло матки в положенні *anteflexio-versio*, збільшене до шести-семи тижнів вагітності, рухливе, м'якої консистенції, гладке, болісне при пальпації. Придатки матки з обох сторін не збільшені, безболісні. Склепіння вільні, глибокі. Виділення зі статевих шляхів гнійно-сукровичні, помірні.

#### ○ Питання

1. Попередній діагноз.
2. Алгоритм обстеження пацієнтки.
3. Тактика ведення.
4. Ознаки гострого запального процесу.
5. Ускладнення.

## Задача 6

Хвора А., 32 роки, скаржиться на різкий, пульсуючий біль у ділянці зовнішніх статевих органів, набряк статевих губ справа, посилення болю під час ходи та сидіння, підвищення температури тіла до 38,8 °С, загальну слабкість.

Анамнез: менструації з 13 років, по п'ять-шість днів, цикл 28–29 днів, безболісні, помірні, регулярні. Статеве життя з 17 років. У шлюбі не перебуває. Вагітностей не було.

У дитинстві перенесла хворобу Боткіна.

Об'єктивне обстеження: загальний стан середньої тяжкості. Шкіра та видимі слизові оболонки звичайного забарвлення, чисті. Температура тіла – 38,5 °С. Молочні залози м'які, безболісні при пальпації, виділень із сосків немає. Над легеньми вислуховується везикулярне дихання, без хрипів. Діяльність серця ритмічна, тони ясні. Пульс – 90 уд./хв, ритмічний, АТ – 115/75 мм рт. ст. Живіт м'який, не здутий, безболісний при пальпації. Симптоми подразнення очеревини негативні. Сечовипускання та випорожнення у нормі.

Гінекологічне дослідження: зовнішні статеві органи розвинені правильно, ріст волосся на лобку за жіночим типом. На межі середньої і нижньої третини правої великої статевої губи пальпується щільне, різко болісне утворення 5,0 × 4,5 см з місцем флуктуації; визначається гіперемія та виражена набряклість в ураженій ділянці. Бімануальне обстеження: матка в положенні *anteflexio-versio*, не збільшена, щільна, безболісна, рухлива. Придатки матки справа і зліва не збільшені, безболісні. Виділення зі статевих шляхів серозно-гнійні, помірні.

## Питання

1. Попередній діагноз.
2. Алгоритм обстеження пацієнтки.
3. Лікувальна тактика.
4. Етіологія.
5. Прогноз та профілактика.

## Задача 7

Хвора А., 27 років, звернулася до лікаря зі скаргами на неприємні відчуття, свербіж та печіння в ділянці зовнішніх статевих органів та у піхві, рясні сирністі виділення зі статевих шляхів. Хворіє протягом п'яти днів. Протягом трьох тижнів лікувалася з приводу гострої пневмонії; курс антибіотикотерапії завершила три дні тому.

Анамнез: менструації з 12 років (встановилися відразу), по п'ять-шість днів, цикл 30 днів, помірні, болісні, регулярні. Статеве життя з 19 років. Заміжня. Контрацепція – комбінований оральний контрацептив (КОК). Було дві вагітності, одна з яких закінчилась пологами (5 років тому), а друга – медичним абортom (2 роки тому). Перенесені гінекологічні захворювання заперечує.

Об'єктивно: загальний стан хворої задовільний. Шкірні покриви та слизові оболонки звичайного кольору. Язик вологий, чистий. Температура тіла 36,5 °С. Молочні залози м'які, безболісні при пальпації, виділень із сосків немає. Щитоподібна залоза не збільшена. Над легеньми вислуховується везикулярне дихання, хрипи відсутні. Діяльність серця ритмічна, тони ясні. Пульс 76 уд./хв, задовільних властивостей, АТ–115/70 мм рт. ст. Живіт м'який, безболісний при пальпації. Печінка та селезінка не збільшені. Симптом Щоткіна – Блюмберга негативний. Симптом Пастернацького негативний з обох сторін. Сечовипускання безболісне, вільне. Випорожнення в нормі.

Гінекологічне дослідження: зовнішні статеві органи розвинені правильно, оволосіння за жіночим типом. У ділянці вульви – гіперемія, ознаки набряку. Огляд у дзеркалах: виражена гіперемія і набряк слизової оболонки піхви та шийки матки. У задньому склепінні піхви молочно-білі сирністі виділення; такі ж самі виділення із зовнішнього вічка шийки матки. При бімануальному дослідженні: шийка матки циліндричної форми, екскурсії шийки матки безболісні. Тіло матки в положенні *anteflexio-versio*, нормальних розмірів, щільне, рухливе при пальпації, безболісне. Придатки матки з обох

сторін не збільшені, безболісні. Склепіння вільні, глибокі. Виділення зі статевих шляхів сирнисті, ясні.

Бактеріоскопічне дослідження: при аналізі мікрофлори уретри, цервікального каналу та піхви виявлено багато лейкоцитів, змішана мікрофлора та грибок роду *Candida*.

#### ○ Питання

1. Попередній діагноз.
2. Які обстеження проводяться для підтвердження діагнозу?
3. Лікування хворих на урогенітальний кандидоз.
4. Фактори ризику виникнення урогенітального кандидозу.
5. Клінічні форми урогенітального кандидозу.

#### ☰ Задача 8

Пацієнтка К., 30 років, звернулася до сімейного лікаря зі скаргами на свербіж, печіння, біль та пухирцевий висип у ділянці зовнішніх статевих органів, підвищення температури тіла до 37,2 °С, загальну слабкість. Хворіє протягом 3 днів.

З анамнезу: менструації з 13 років (встановилися відразу), по чотири-п'ять днів, цикл 29 днів, регулярні, помірні, безболісні. Незаміжня. Нині – два статеві партнери (використовує перерваний статевий акт). Була одна вагітність, яка закінчилась медичним абортom (п'ять років тому). Перенесені гінекологічні захворювання заперечує.

Об'єктивно: загальний стан хворої задовільний. Шкірні покриви та слизові оболонки звичайного кольору. Язик вологий, чистий. Температура тіла – 37,2 °С. Молочні залози м'які, безболісні при пальпації, виділень із сосків немає. Щитоподібна залоза не збільшена. Над легеньми вислуховується везикулярне дихання, хрипів немає. Діяльність серця ритмічна, тони ясні. Пульс – 82 уд./хв, задовільних властивостей, АТ – 115/70 мм рт. ст. Живіт м'який, безболісний при пальпації. Печінка та селезінка не збільшені. Симптом Щоткіна – Блюмберга негативний. Симптом Пастернацького негативний з обох сторін. Сечовипускання безболісне, вільне. Випорожнення в нормі.

Гінекологічне дослідження: зовнішні статеві органи розвинені правильно, оволосіння за жіночим типом. Виявлено везикулярний висип на статевих губах; везикули діаметром 2–3 мм, заповнені прозорим вмістом, розташовані на гіперемованих ділянках. Огляд у дзеркалах: слизова оболонка шийки матки та піхви помірно гіперемована. Бімануальне дослідження: шийка матки конічної форми, екскурсії шийки матки безболісні. Тіло матки в положенні *anteflexio-versio*, нормальних розмірів, щільне, рухливе при пальпації, безболісне. Придатки матки з обох сторін не збільшені, безболісні. Склепіння вільні, глибокі. Виділення зі статевих шляхів серозно-гнійні, помірні.

Бактеріоскопічне дослідження: при аналізі мікрофлори уретри, цервікального каналу та піхви виявлено багато лейкоцитів, флора – змішана.

#### ○ Питання

1. Попередній діагноз.
2. Які обстеження проводяться для підтвердження діагнозу?
3. Тактика лікування хворої.
4. Класифікація за стадіями герпетичного процесу.
5. Види клінічних проявів захворювання.

#### ☰ Задача 9

Хвора М., 28 років, звернулася до лікаря зі скаргами на періодичні виділення зі статевих шляхів серозного або слизово-гнійного характеру, періодичні різі при сечовипусканні. Також відзначає відсутність вагітності протягом трьох років у шлюбі.

Анамнез: менструації з 14 років (установилися відразу), по п'ять-шість днів, цикл 28 днів, помірні, болісні, регулярні. Статеве життя з 20 років. Заміжня протягом трьох років (контрацепцію не застосовує). Була одна вагітність, яка закінчилась медичним абортom (сім років тому). Гінекологічні захворювання – ендоцервіцит (отримувала місцеве лікування).

У дитинстві часто хворіла на ГРВІ.

Об'єктивно: загальний стан хворої задовільний. Шкірні покриви та слизові оболонки звичайного кольору. Язик вологий, чистий. Температура тіла 36,6 °С. Молочні залози м'які, безболісні при пальпації, виділень із сосків немає. Щитоподібна залоза не збільшена. Над легенями вислуховується везикулярне дихання, хрипи відсутні. Діяльність серця ритмічна, тони ясні. Пульс – 72 уд./хв, задовільних властивостей, АТ – 125/70 мм рт. ст. Живіт м'який, безболісний при пальпації. Печінка та селезінка не збільшені. Симптом Щоткіна – Блюмберга негативний. Симптом Пастернацького негативний з обох сторін. Сечовипускання чутливе, вільне. Випорожнення в нормі.

Гінекологічне дослідження: зовнішні статеві органи розвинені правильно, оволосіння за жіночим типом. Слизова оболонка зовнішнього вічка сечівника – помірно гіперемована, без ознак набряку. Огляд у дзеркалах: помірна гіперемія та набряк слизової оболонки піхви та шийки матки. При бімануальному дослідженні: шийка матки конічної форми, екскурсії шийки матки безболісні. Тіло матки в положенні *anteflexio-versio*, нормальних розмірів, щільне, обмежено рухливе при пальпації, безболісне. Придатки матки з обох сторін не збільшені, безболісні. Склепіння вільні, глибокі. Виділення зі статевих шляхів слизово-гнійні, помірні.

Бактеріоскопічне дослідження: при аналізі мікрофлори уретри, цервікального каналу та піхви виявлено лейкоцити – 30–40, флора – змішана.

Обстеження на ІПСШ: виявлено ДНК *Chlamydia trachomatis*.

### ○ Питання

1. Попередній діагноз.
2. Які обстеження проводяться для виявлення *Chlamydia trachomatis*?
3. Лікування хворих на уrogenітальний хламідіоз.
4. Характеристика збудника уrogenітального хламідіозу.
5. Визначення стадії уrogenітального хламідіозу за допомогою імуноферментного аналізу (ІФА).

### ☰ Задача 10

Хвора К., 34 роки, надійшла до гінекологічного стаціонару зі скаргами на болі внизу живота протягом трьох днів, більше зліва, що іррадіюють в ліве стегно; гноєподібні виділення зі статевих шляхів; підвищення температури тіла до 38,2 °С.

Анамнез: менструації з 12 років (установилися відразу), цикл 27 днів, рясні, болісні, регулярні. Статеве життя з 17 років, із частою зміною статевих партнерів. Було дві вагітності, одна з яких закінчилася пологами без ускладнень (14 років тому), друга – медичним абортom (10 років тому). Нині для контрацепції використовує ВМС (Copper T Cu 380A) протягом п'яти років. Гінекологічні захворювання – кольпіт.

Об'єктивно: загальний стан хворої середньої тяжкості. Шкірні покриви та слизові оболонки блідо-рожевого кольору. Язик вологий, обкладений білим нальотом. Температура тіла – 38,2 °С. Молочні залози м'які, безболісні при пальпації, виділень із сосків немає. Щитоподібна залоза не збільшена. Над легенями вислуховується везикулярне дихання, хрипів немає. Діяльність серця ритмічна, тони ясні. Пульс – 102 уд./хв, задовільних властивостей, АТ – 110/70 мм рт. ст. Живіт м'який, не здутий, при пальпації болісний у нижніх відділах, більше над лобком та зліва, там же визначаються сумнівні симптоми подразнення очеревини. Перистальтика кишечника вислуховується в усіх відділах. Печінка та селезінка не збільшені. Симптом Пастернацького негативний з обох сторін. Сечовипускання безболісне, вільне. Випорожнення в нормі.

Гінекологічне дослідження: зовнішні статеві органи розвинені правильно, оволосіння за жіночим типом. Огляд у дзеркалах: помірна гіперемія слизової оболонки піхви та шийки матки. Шийка матки циліндричної форми, епітелій цілий, у цервікальному каналі видно нитки ВМС. При бімануальному дослідженні: екскурсії шийки матки болісні. Тіло матки в положенні *anteflexio-versio*, дещо більше за норму у розмірах, м'якої консистенції, обмежено рухливе при пальпації, болісне. Ліворуч і ззаду від матки пальпується овоїдної форми, болісне утворення розмірами 5 × 4 см, нерівномірної

консистенції; праві придатки потовщені, болісні при пальпації. В лівому склепінні визначається нижній полюс вищепаного утворення. Виділення зі статевих шляхів гнійні, помірні.

За даними УЗД органів малого таза: зліва, у проєкції придатків, візуалізується утворення  $5,0 \times 3,5$  см ковбасоподібної форми; вміст однорідний, гіпоехогенний. Біля утворення візуалізується лівий яєчник розмірами  $3,6 \times 3,0 \times 2,5$  см. Вільної рідини у позаматковому просторі немає.

### ○ Питання

1. Попередній діагноз.
2. Алгоритм обстеження пацієнтки.
3. Тактика ведення.
4. Діагностичні критерії запальних захворювань органів малого таза.
5. Діагностичні критерії ендометриту (наказ МОЗ України № 928 від 18.05.2023 р. Стандарт медичної допомоги «Запальні захворювання органів малого таза»).

### 💬 Тестові завдання

1. Хвора Ю., 25 років, скаржиться на підвищення температури тіла до  $38^\circ\text{C}$ , біль внизу живота та гнійно-кров'янисті виділення зі статевих шляхів. Три дні тому було проведено медичний аборт в терміні десять тижнів вагітності. Гінекологічне дослідження: шийка матки циліндричної форми, епітелій цілий. Тіло матки збільшене до шести-семи тижнів вагітності, м'якої консистенції, болісне при пальпації. Придатки матки з обох сторін не збільшені, безболісні. Склепіння глибокі, безболісні. Виділення – гнійно-кров'янисті. Який найбільш імовірний діагноз?

- A. Гематометра
- B. Післяабортний метроендометрит
- C. Пельвіоперитоніт
- D. Перфорація матки після аборту
- E. Параметрит

2. Пацієнтка Я., 23 роки, госпіталізована до гінекологічного відділення зі скаргами на біль внизу живота, нудоту, підвищення температури до  $39,2^\circ\text{C}$ , озноб. Об'єктивно: пульс – 108 уд./хв, АТ – 115/70 мм рт. ст., живіт помірно здутий, різко болючий у гіпогастральній ділянці. Симптоми подразнення очеревини позитивні в гіпогастральній ділянці. Бімануальне дослідження: матку та придатки пропальпувати не вдається через напруження та болісність передньої черевної стінки; заднє склепіння згладжене, болісне. Який найбільш імовірний діагноз?

- A. Гострий ендометрит
- B. Гострий аднексит
- C. Пельвіоперитоніт
- D. Позаматкова вагітність
- E. Апоплексія яєчника

3. Хвора Ф., 22 роки, скаржиться на часті позиви до сечовиділення, біль та печіння при сечовипусканні. Захворювання пов'язує з випадковим статевим актом чотири дні тому (без бар'єрної контрацепції). При огляді: уретра пальпується у вигляді потовщеного болючого тяжа, набряк і гіперемія зовнішнього отвору сечівника, при натисканні на уретру виділяється краплина гною. При бактеріоскопічному дослідженні виділень з уретри виявлено розміщені всередині лейкоцитів грамнегативні диплококи. Який діагноз є найбільш імовірним?

- A. Неспецифічний уретрит
- B. Гострий цистит
- C. Уретрит, викликаний *Chlamydia trachomatis*
- D. Уретрит, викликаний *Neisseria gonorrhoeae*
- E. Вагініт

4. Хвора К., 28 років. Скарги на ниючий біль внизу живота, підвищення температури тіла до  $37,6^\circ\text{C}$ , збільшення серозно-гнійних виділень зі статевих шляхів. Остання менструація була 18 днів тому. В анамнезі вказано про погіршення стану через п'ять-шість днів після незахищеного статевого акту. Симптоми подразнення очеревини негативні.



Бімануально: матка – без особливостей; придатки матки збільшені, болісні при пальпації. Який імовірний діагноз?

- A. Двобічний сальпінгоофорит
- B. Ендометрит
- C. Кандидозний вульвовагініт
- D. Апендицит
- E. Бактеріальний вагіноз

5. Пацієнтка Н., 26 років. Скарги на пульсуючі болі в ділянці зовнішніх статевих органів, підвищення температури тіла до 38,5–39,0 °С. Хворіє протягом чотирьох днів. Об'єктивно: пульс – 102 уд./хв, АТ – 110/70 мм рт. ст. Живіт м'який, безболісний при пальпації. При огляді: в ділянці правої великої статевої губи (задня третина) визначається пухлиноподібне утворення розміром 4 × 3 см, що закриває вхід у піхву, шкіра над ним гіперемована, є флуктуація, пальпація утворення різко болюча. Бімануальне дослідження неможливо провести через розміри та різку болючість вищепри описаного утворення. Який імовірний діагноз?

- A. Вульвовагініт
- B. Кіста бартолінової залози
- C. Ендометрит
- D. Гострий сальпінгоофорит
- E. Абсцес бартолінової залози

6. Хвора С., 33 роки, зі скаргами на болі внизу живота справа, температура тіла – 37,9 °С, безпліддя п'ять років, хронічний двобічний сальпінгіт, уrogenітальний хламідіоз (в анамнезі). Менструації регулярні, 7-й день циклу. Гінекологічний огляд: тіло матки та шийка матки – без патології. В проєкції правих придатків – утворення розмірами 11 × 5 см, болюче. Виділення серозно-гнійні, помірні. Який імовірний діагноз?

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

## Тема 6

# ДОБРОЯКІСНІ ПУХЛИНИ ЖІНОЧИХ СТАТЕВИХ ОРГАНІВ. ЕНДОМЕТРІОЗ

### Код за МКХ-10

- D25 Лейоміома матки
- D25.0 Підслизова лейоміома матки
- D25.1 Інтрамуральна лейоміома матки
- D25.2 Субсерозна лейоміома матки
- D25.9 Неуточнена лейоміома матки
- D26 Інші доброякісні новоутворення матки
- D26.0 Шийки матки
- D26.1 Тіла матки
- D26.7 Інших частин матки
- D26.9 Матки, неуточнені
- D27 Доброякісне новоутворення яєчника
- D28 Доброякісне новоутворення інших і неуточнених жіночих статевих органів
- D28.0 Вульви
- D28.1 Піхви
- D28.2 Маткових труб і зв'язок
- D28.7 Інших уточнених жіночих статевих органів
- D28.9 Жіночого статевого органа, неуточнене
- N80 Ендоменстріоз
- N80.0 Ендоменстріоз матки
- N80.1 Ендоменстріоз яєчника
- N80.2 Ендоменстріоз фалопієвої труби
- M80.3 Ендоменстріоз тазової очеревини
- N80.4 Ендоменстріоз ректовагінальної перегородки та піхви

N80.5 Ендометріоз тонкої кишки  
N80.6 Ендометріоз шкірного рубця

### ☰ Задача 1

Хвора У., 48 років, звернулася до гінеколога зі скаргами на періодичний біль внизу живота протягом останніх п'ять місяців.

Анамнез: менструації з 14 років, по п'ять днів, цикл 28 днів, безболісні, помірні, регулярні. Статеве життя з 21 року. Неодноразово лікувалася в стаціонарі з приводу загострення хронічного аднекситу. Всього було дві вагітності (одні пологи у термін, один медичний аборт). Останній раз відвідувала гінеколога п'ять років тому.

У дитинстві перенесла хворобу Боткіна. Протягом 10 років на диспансерному обліку у гастроентеролога з приводу хронічного холецистопанкреатиту.

Об'єктивне обстеження: загальний стан хворої задовільний. Шкіра та видимі слизові оболонки блідо-рожевого кольору. Температура тіла – 36,6 °С. Над легеньми вислуховується везикулярне дихання, хрипів немає. Діяльність серця ритмічна, тони приглушені, шумів немає. Пульс – 78 уд./хв, ритмічний, АТ – 120/70 мм рт. ст. Живіт не здутий, бере участь в акті дихання; при поверхневій та глибокій пальпації – м'який та безболісний на всьому протязі. Симптоми подразнення очеревини негативні. Сечовипускання безболісне, вільне. Випорожнення у нормі.

Гінекологічне дослідження: зовнішні статеві органи розвинені правильно, без запальних змін. Оволосіння за жіночим типом. Піхва жінки, що народжувала. Огляд у дзеркалах: шийка матки циліндричної форми, епітелій не змінений. Бімануальне обстеження: матка не збільшена, щільна, безболісна, рухлива. Зліва від матки визначається пухлиноподібне утворення, щільне, горбисте, діаметром 6 см, малоболісне при пальпації, необмежене в рухливості. Виділення зі статевих шляхів слизові, помірні.

Дані УЗД органів малого таза: розміри матки 56 × 48 × 46 мм. У ділянці лівого яєчника визначається ехопозитивне утворення діаметром 56 мм, багатокамерне, з гіперехогенним вмістом. Правий яєчник не візуалізується.

### ○ Питання

1. Попередній діагноз.
2. План обстеження хворої.
3. Яким буде лікування жінки?
4. На які результати аналізів особливо необхідно звернути увагу при виборі тактики лікування хворої?
5. Назвіть можливі варіанти оперативних втручань при об'ємних утвореннях яєчників?

### ☰ Задача 2

До лікаря звернулася пацієнтка М., 45 років, зі скаргами на дискомфорт у черевній порожнині, рясні тривалі менструації, що переходять у кровотечу, швидку втомлюваність, порушення сечовипускання, запори. Консультована урологом: обстежена, патології зі сторони сечовидільної системи не виявлено. Знає про міому матки більше 6 років. За останній рік лікар вказував на швидкий ріст міоми, направляючи хвору до стаціонару.

Анамнез: менструації з 15 років (установилися через рік), по п'ять днів, цикл 29 днів, регулярні, помірні, безболісні. Протягом останніх чотирьох років менструації стали рясними та тривалими. Статеве життя з 20 років. Усього було п'ять вагітностей, дві з яких закінчилися пологами, три – медичними абортами без ускладнень.

У дитинстві перенесла кір, пневмонію, апендектомію, часто хворіла на ангіни.

Об'єктивне обстеження: загальний стан хворої задовільний. Шкіра та видимі слизові оболонки бліді. Зів чистий. Температура тіла – 36,6 °С. Над легеньми вислуховується везикулярне дихання, хрипів немає. Тони серця ясні,

ритмічні, шуми не визначаються. Пульс – 76 уд./хв, ритмічний, АТ – 120/70 мм рт. ст. Печінка біля краю реберної дуги. Живіт не здутий, бере участь в акті дихання; при пальпації м'який, безболісний на всьому протязі. Симптом Щоткіна – Блюмберга негативний. Сечовипускання часте, безболісне. Хвора відзначає запори (випорожнення раз на 3–4 дні).

Гінекологічне дослідження: зовнішні статеві органи розвинені правильно, без запальних змін. Піхва жінки, що народжує вала. Огляд у дзеркалах: шийка матки циліндричної форми. Бімануальне обстеження: тіло матки збільшене відповідно до 16 тижнів вагітності за рахунок множинних міоматозних вузлів, горбисте, щільне, безболісне, рухливе. Придатки матки з обох сторін не визначаються, ділянка пальпації їх безболісна. Склепіння вільні. Виділення зі статевих шляхів кров'яністі, помірні.

Загальний аналіз крові: Нb – 70 г/л, еритроцити –  $2,8 \cdot 10^{12}/л$ , лейкоцити –  $7,0 \cdot 10^9/л$ .

#### ○ Питання

1. Попередній діагноз.
2. Тактика ведення хворої.
3. Яким буде лікування хворої?
4. Абсолютні показання до оперативного лікування міоми матки.
5. Ознаками якого захворювання є симптом швидкого росту пухлини матки?

#### ☞ Задача 3

До гінеколога звернулася пацієнтка О., 35 років, зі скаргами на кров'яністі виділення зі статевих шляхів, тривалі рясні менструації протягом останніх двох років.

Анамнез: менструації з 14 років (установилися відразу), по п'ять днів, цикл 30 днів, помірні, безболісні, регулярні. Остання менструація розпочалася тиждень тому і триває до цього часу. Порушення менструального циклу почала помічати протягом останніх двох років. До лікаря не зверталася.

Були три вагітності: перша завершилася вчасними пологами у 22 роки, друга – штучним абортom. Остання вагітність, шість років тому, закінчилася мимовільним абортom в терміні шість тижнів вагітності. Повторно у шлюбі. Чоловік бажає дитину, але протягом останніх п'яти років вагітність у подружжя не настає.

Перенесені гінекологічні та венеричні захворювання заперечує. У дитинстві часто хворіла на гострі респіраторні захворювання, а три роки тому лікувалася з приводу гострого гастродуоденіту.

Об'єктивне обстеження: загальний стан задовільний. Шкірні покриви і видимі слизові оболонки блідо-рожевого кольору. Температура тіла – 36,7 °С. Над легенями вислуховується везикулярне дихання без хрипів. Серцева діяльність ритмічна, тони ясні, шуми не вислуховуються. Пульс – 86 уд./хв, ритмічний, задовільних властивостей, АТ – 120/80 мм рт. ст. Живіт не здутий, бере участь в акті дихання; при поверхневій та глибокій пальпації м'який, безболісний на всьому протязі. Симптоми подразнення очеревини негативні. Сечовипускання без різі, вільне. Випорожнення не порушене.

Гінекологічне дослідження: зовнішні статеві органи розвинені правильно, без запальних змін. Піхва жінки, що народжує вала. Огляд у дзеркалах: шийка матки циліндричної форми, звичайної консистенції, епітелій її не змінений. Зовнішнє вічко закрите. Бімануальне обстеження: тіло матки дещо збільшене, безболісне, рухливе, щільне, поверхня його гладка. Придатки матки з обох сторін не визначаються, ділянка пальпації їх безболісна. Склепіння вільні. Виділення зі статевих шляхів кров'яністі, помірні.

Дані УЗД органів малого таза: розміри матки  $60 \times 70 \times 64$  мм. У порожнині матки визначається ехопозитивне утворення круглястої форми діаметром 25 мм.

#### ○ Питання

1. Попередній діагноз.
2. Тактика ведення хворої.

3. Диференційна діагностика даного захворювання.
4. Лікування хворої.
5. Які оперативні доступи та види операцій застосовуються для лікування міоми матки?

#### Задача 4

Хвора П., 42 роки, надійшла до гінекологічного відділення лікарні швидкої медичної допомоги (ЛШМД) зі скаргами на сильний переймоподібний біль внизу живота, рясні зі згустками крові виділення зі статевих шляхів, слабкість, нездужання. Вважає себе хворою протягом чотирьох років, коли вперше було діагностовано міому матки малих розмірів. Тоді й почала відмічати рясні зі згустками менструації, біль внизу живота.

Анамнез: менструації з 14 років (установилися через півтора року), по шість днів, цикл 24 дні, безболісні, рясні, регулярні. Протягом останніх трьох років цикл скоротився до 16–17 днів, менструації стали рясними зі згустками крові. Статеве життя з 18 років. Вагітностей не було. Тривалий час лікувалася з приводу ендокринної неплідності. За останні два роки двічі отримала антианемічну терапію у стаціонарі. Лікувалася консервативно гормональними препаратами. Лікарем було запропоноване оперативне лікування, від якого хвора відмовилася.

У дитинстві перенесла дитячі інфекційні захворювання, грип, хворобу Боткіна.

Об'єктивне обстеження: загальний стан хворої задовільний. Шкіра і видимі слизові оболонки бліді. Язик вологий, чистий. Температура тіла – 36,7 °С. Над легеньми вислуховується везикулярне дихання, хрипів немає. Серцева діяльність ритмічна, тони приглушені, на верхівці серця аускульовується систолічний шум. Пульс – 86 уд./хв, ритмічний, задовільних властивостей, АТ – 125/70 мм рт. ст. Живіт не здутий, бере участь в акті дихання; при пальпації на всьому протязі м'який, безболісний. Симптоми подразнення очеревини негативні. Сечовипускання вільне, безболісне. Випорожнення не порушене.

Гінекологічне дослідження: зовнішні статеві органи без запальних змін, розвинені правильно. Піхва жінки, що не народжувала. Огляд у дзеркалах: зовнішнє вічко відкрите. У каналі шийки матки визначається овоїдне утворення діаметром 2,5 см. Бімануальне обстеження: тіло матки у положенні *anteflexio-versio*, збільшене відповідно до чотирьох-п'яти тижнів вагітності, щільне, поверхня його гладка, чутливе при пальпації. Придатки матки з обох сторін не визначаються. Ділянка пальпації їх безболісна. Склепіння вільні. Виділення зі статевих шляхів кров'янисті, рясні.

#### Питання

1. Попередній діагноз.
2. Алгоритм ведення жінки.
3. Основні складові теорії патогенезу міоми матки.
4. Які фактори ризику сприяють виникненню міоми матки?
5. Що таке «міомне серце»?

#### Задача 5

Хвора О., 27 років, звернулася до сімейного лікаря зі скаргами на затримку менструації протягом 10 днів, біль внизу живота, який з'явився протягом останніх двох тижнів.

Анамнез: менструації з 14 років, установилися через півтора року (по три дні, цикл 27 днів), регулярні, безболісні, помірні. Статеве життя з 16 років, нерегулярне. У шлюбі не перебуває. Вагітностей не було. З метою контрацепції застосовує бар'єрні контрацептиви (презервативи). Тричі у стаціонарі лікувалася з приводу загострення хронічного аднекситу (протизапальна терапія).

У дитинстві часто хворіла на ГРВІ, перенесла апендектомію.

Об'єктивне обстеження: загальний стан хворої задовільний. Шкіра та видимі слизові оболонки блідо-рожевого кольору. Язик вологий, без нальоту. Температура тіла – 36,6 °С. Над легеньми вислуховується везикулярне дихання, хрипів немає. Серцева діяльність ритмічна, тони ясні, шуми не вислуховуються. Пульс – 74 уд./хв, ритмічний, задовільних властивостей,

АТ – 120/70 мм рт. ст. Живіт не здутий, бере участь в акті дихання; при пальпації на всьому протязі м'який, безболісний. Симптом Щоткіна – Блюмберга негативний. Сечовипускання вільне, безболісне. Випорожнення не порушене.

Гінекологічне дослідження: зовнішні статеві органи розвинені правильно, без запальних змін. Піхва жінки, що не народжувала. Огляд у дзеркалах: шийка матки конічної форми, епітелій її цілий, зовнішнє вічко закрите. Бімануальне обстеження: тіло матки не збільшене, рухливе, щільне, безболісне, поверхня його гладка. Ліві придатки матки не пальпуються. У ділянці правих придатків матки визначається утворення круглястої форми, тугоеластичної консистенції, розміром до 4 см, рухливе, дещо чутливе при пальпації. Склепіння вільні. Виділення зі статевих шляхів слизові, помірні.

Дані УЗД органів малого таза: розміри матки  $56 \times 38 \times 46$  мм. Правий яєчник збільшений у розмірах за рахунок гіпоехогенного утворення діаметром 42 мм, утворення однокамерне, з тонкими стінками, гомогенним однорідним вмістом. Лівий яєчник  $28 \times 21$  мм.

### ○ Питання

1. Попередній діагноз.
2. З якою патологією необхідно провести правильну диференційну діагностику?
3. Які методи лабораторної та інструментальної діагностики необхідно використовувати для уточнення діагнозу?
4. Лікування даної хвороби.
5. Показання до оперативного лікування функціональних кіст яєчників.

### ☞ Задача 6

Пацієнтка О., 30 років, звернулася до гінеколога зі скаргами на рясні менструації протягом останніх двох років.

Анамнез: менструації з 12 років, встановилися відразу, по шість днів, цикл 30 днів, регулярні, безболісні, рясні.

Остання менструація сім днів тому. Статеве життя з 17 років, регулярне. Була одна вагітність, що завершилася пологоми без ускладнень п'ять років тому. Найближчим часом вагітності не планує, але у майбутньому має репродуктивні плани.

Об'єктивне обстеження: загальний стан хворої задовільний. Шкіра та видимі слизові оболонки рожевого кольору. Язик вологий, чистий. Температура тіла –  $36,5$  °С. Над легенями вислуховується везикулярне дихання, хрипів немає. Серцева діяльність ритмічна, тони ясні, шуми не вислуховуються, ЧСС – 77 уд./хв, пульс ритмічний, задовільних властивостей, АТ – 110/70 мм рт. ст. Живіт не здутий, бере участь в акті дихання; при пальпації м'який та безболісний на всьому протязі. Симптоми подразнення очеревини негативні. Сечовипускання вільне, безболісне. Випорожнення в нормі.

Гінекологічне дослідження: зовнішні статеві органи розвинені правильно, без запальних змін. Оволосіння за жіночим типом. Піхва жінки, що народжувала. Огляд у дзеркалах: шийка матки циліндричної форми, епітелій цілий, зовнішнє вічко закрите. Бімануальне обстеження: тіло матки в положенні *anteflexio-versio*, збільшене до п'яти-шести тижнів вагітності, рухливе, щільне, безболісне. Придатки матки справа та зліва не пальпуються. Склепіння вільні. Виділення зі статевих шляхів слизові, помірні.

Загальний аналіз крові: гемоглобін – 121 г/л, еритроцити –  $3,9 \cdot 10^{12}$ /л, лейкоцити –  $7,2 \cdot 10^9$ /л.

Дані УЗД органів малого таза (7-й день менструального циклу): тіло матки –  $66 \times 51 \times 42$  мм. По передній стінці матки в товщі міометрія визначається міоматозний вузол  $15 \times 20$  мм, однорідної структури. М-ехо – 8 мм. Правий яєчник –  $32 \times 25$  мм з 8 антральними фолікулами. Лівий яєчник –  $33 \times 27$  мм з 9 антральними фолікулами.

### ○ Питання

1. Встановіть попередній діагноз.
2. Клініко-анатомічна класифікація міоми матки (за локалізацією).
3. Класифікація міоми матки за FIGO.

4. Мета консервативного лікування міоми матки. Тактика ведення даної пацієнтки.
5. Які групи препаратів використовуються в консервативній терапії міоми матки?

### Задача 7

Хвора Ю., 35 років, звернулася до сімейного лікаря зі скаргами на темні кров'янисті виділення зі статевих шляхів напередодні та після менструації, рясні та болісні менструації.

Анамнез: менструації з 14 років (установилися відразу), по 5–6 днів, цикл 28–31 день, рясні, болісні, регулярні. Статеве життя з 20 років. Усього було дві вагітності: перша закінчилася вчасними пологами, друга – медичним абортom чотири роки тому без ускладнень. Три роки тому пацієнтці було проведено діатермокоагуляцію (ДЕК) шийки матки з приводу ерозії шийки матки.

Спадковість не обтяжена. У дитинстві перенесла вітряну віспу, грип, герніопластику з приводу пахової грижі.

Об'єктивне обстеження: загальний стан хворої задовільний. Жінка правильної статури, задовільного харчування. Шкірні покриви та видимі слизові оболонки рожевого кольору. Язик вологий, чистий. Температура тіла – 36,6 °С. При аускультатії легенів вислуховується везикулярне дихання без хрипів. Діяльність серця ритмічна, тони ясні. Пульс – 76 уд./хв, АТ – 120/75 мм рт. ст. Живіт не здутий, при пальпації м'який, безболісний на всьому протязі. Сечовипускання безболісне. Випорожнення не порушене.

Гінекологічне дослідження: зовнішні статеві органи розвинені правильно, без запальних змін. Піхва жінки, що народжувала. Огляд у дзеркалах: шийка матки циліндричної форми, не деформована. Зовнішнє вічко закрите. На шийці матки візуалізуються вузлові, дрібнокістозні утворення багряно-синього кольору. З окремих утворень відходять темні кров'янисті виділення. Бімануальне обстеження: тіло матки у положенні *anteflexio*, кулястої форми, дещо більше норми,

обмежено рухливе, щільне, гладке, чутливе при пальпації. Праві та ліві придатки матки не визначаються. Ділянка пальпації їх безболісна. Склепіння глибокі. Виділення зі статевих шляхів слизові, помірні.

### Питання

1. Попередній діагноз.
2. Основні теорії патогенезу ендометріозу.
3. Які додаткові методи дослідження необхідно застосувати у даному випадку для уточнення діагнозу?
4. Що є критерієм вибору методу лікування ендометріозу?
5. Запропонувати план лікування цієї хворої.

### Задача 8

Хвора А., 39 років, звернулася до сімейного лікаря зі скаргами на болі у ділянці післяопераційного рубця (кесарів розтин два роки тому) і кров'янисті виділення з нього, особливо до і під час менструації, біль внизу живота, більше зліва.

Анамнез: менструації з 12 років (установилися відразу), по п'ять днів, цикл 28–29 днів, помірні, безболісні. Жінка відзначає, що протягом останніх двох років менструації стали більш рясними, різко болісними і тривалими (по 6–7 днів, цикл 29 днів). Статеве життя з 19 років. Було дві вагітності: одна закінчилася вчасними пологами шляхом кесаревого розтину вісім років тому. Післяопераційний період перебігав без ускладнень. Загоєння рани відбулося первинним натягом. Друга – мимовільним абортom у терміні п'ять-шість тижнів.

Зі скаргами на болі у ділянці післяопераційного рубця і кров'янисті виділення з нього до і під час менструації неодноразово зверталася до лікаря. Проводилося консервативне лікування, призначалися фізіотерапевтичні процедури на післяопераційний рубець – без ефекту.

У дитинстві перенесла вітряну віспу, пневмонію, вісім років тому – кесарів розтин. Спадковість не обтяжена.

Об'єктивне обстеження: загальний стан хворої задовільний. Жінка правильної статури, задовільного харчування. Шкірні покриви та видимі слизові оболонки рожевого кольору. Язик вологий, чистий. Температура тіла – 36,5 °С. Над легенями вислуховується везикулярне дихання, хрипів немає. Тони серця ритмічні, ясні. Пульс – 78 уд./хв, АТ – 110/65 мм рт. ст. Живіт не здутий, бере участь в акті дихання; при пальпації м'який, болісний у ділянці післяопераційного рубця. У товщі післяопераційного рубця пальпуються щільні, болісні вузлики. Рубець і шкіра над ними синюшного кольору. Симптом Щоткіна – Блюмберга негативний. Діурез та випорожнення у нормі.

Гінекологічне дослідження: зовнішні статеві органи розвинені правильно, без запальних змін. Огляд у дзеркалах: шийка матки конічної форми, епітелій цілий. Зовнішнє вічко закрите. Бімануальне обстеження: тіло матки у положенні *retroflexio*, не збільшене, рухливе, щільне, безболісне при пальпації. У ділянці лівих придатків матки пальпується утворення тугоеластичної консистенції 5 × 6 × 4 см, помірно болісне, обмежено рухливе. Придатки матки справа не пальпуються. Склепіння вільні. Виділення зі статевих шляхів слизові, помірні.

### ○ Питання

1. Попередній діагноз.
2. Алгоритм обстеження хворої.
3. З якими захворювання необхідно провести диференційну діагностику ендометріому яєчника?
4. Показання до хірургічного лікування ендометріозу.
5. Яке лікування можете запропонувати цій хворій?

### ☞ Задача 9

Хвора С., 39 років, звернулась до гінеколога зі скаргами на болючі та ясні менструації, появу мажучих кров'янистих виділень з прямої кишки під час чергової менструації та диспареунію, які турбують протягом року.

Анамнез: менструації з 13 років по 4–6 днів, завжди болісні, цикл 26–28 днів, регулярний. Статеве життя з 18 років. Вагітностей одна, закінчилась вчасними пологамі в терміні 38 тижнів без ускладнень.

Спадковість не обтяжена. У дитинстві хворіла на кір, ангіну та перенесла оперативне втручання з приводу гострого апендициту.

Об'єктивне обстеження: загальний стан хворої задовільний. Жінка правильної статури, задовільного харчування. Шкірні покриви та видимі слизові оболонки звичайного кольору. Язик вологий, чистий. Температура тіла 36,6 °С, АТ – 110/60 мм рт. ст. Пульс – 76 уд./хв. Аускультативно дихання везикулярне, хрипів немає. Серцевий ритм нормальний, тони серця ясні. Живіт не здутий, м'який, безболісний при пальпації, без патологічних об'ємних утворень. Сечовипускання безболісне. Симптом Пастернацького негативний з обох сторін. Випорожнення не порушене. Під час менструації визначається кров у калі.

Гінекологічне дослідження: зовнішні статеві органи розвинуті правильно, без ознак запалення. Піхва жінки, що народжувала. Огляд у дзеркалах: шийка циліндричної форми, слизові оболонки чисті. Бімануальне дослідження: тіло матки кулястої форми, дещо збільшене, обмежено рухливе, щільне, гладке, болісне при пальпації. Придатки матки з обох сторін не збільшені, безболісні. При пальпації через заднє склепіння визначається вузлове щільне, різко болоче утворення, фіксоване до задньої стінки матки в межах біфуркації крижово-маткових зв'язок та ділянки прямої кишки. Виділення – звичайні білі.

### ○ Питання

1. Попередній діагноз.
2. Які додаткові методи дослідження необхідно призначити?
3. З якою хірургічною патологією треба проводити диференційну діагностику?
4. Визначити план лікування хворої.
5. Фактори ризику виникнення ендометріозу.
6. Класифікації ендометріозу.

### Тестові завдання

1. Хвора К., 35 років, звернулась до гінеколога зі скаргами на періодичний біль внизу живота, який посилюється під час менструації, «шоколадні» мажучи виділення зі статевих шляхів. Під час бімануального обстеження: тіло матки дещо збільшене, придатки матки не пальпуються. Огляд шийки матки в дзеркалах: виявлено синюшні «вічка». Який діагноз є правильним?

- A. Фіброїд шийки матки
- B. Ерозія шийки матки
- C. Поліп шийки матки
- D. Рак шийки матки
- E. Ендометриоз шийки матки

2. У пацієнтки Ф., 42 роки, протягом останніх 10 років менструації йшли за типом гіперполіменореї та прогресуючої альгодисменореї. Вагінальне обстеження: шийка матки чиста, виділення помірні, «шоколадного» кольору, тіло матки трохи збільшене за розміром, болюче при пальпації, склепіння глибокі, безболісні. Імовірний діагноз?

- A. Субмукозна міома
- B. Рак тіла матки
- C. Аденоміоз
- D. Ендометрит
- E. Ендометриоз придатків матки

3. Хвору Л., 38 років, госпіталізовано до гінекологічного відділення зі скаргами на періодичний біль внизу живота, який посилюється під час менструацій, слабкість, непритомність, нервозність, мажучі темні кров'яністі виділення з піхви напередодні та після менструації. При бімануальному обстеженні: тіло матки збільшене, придатки не пальпуються, у задньому склепінні виявляється бугриста поверхня. Під час виконання лапароскопії: на яєчниках, очеревині матково-прямокишкового заглиблення – «синюшні вічка». Який найбільш імовірний діагноз?

- A. Кістома яєчника
- B. Полікістоз яєчника

- C. Зовнішній ендометриоз
- D. Туберкульоз
- E. Хронічний сальпінгіт

4. Хвора А., 35 років, скаржиться на тягнучий біль внизу живота під час менструації, мажучі коричневі виділення зі статевих шляхів напередодні чергової менструації. Під час бімануального обстеження матка дещо збільшена, значно в ділянці перешийка, різко болюча при екскурсії, куляста. Придатки з обох боків без особливостей. Який метод обстеження в даному випадку буде найбільш інформативним?

- A. Лапароскопія
- B. Гістеросальпінгографія
- C. Кольпоскопія
- D. УЗД
- E. Бімануальне дослідження

5. Хвора Б., 35 років, звернулася до сімейного лікаря зі скаргами на появу контактних кровотеч. З анамнезу: сім вагітностей, двоє пологів, п'ять штучних абортів за бажанням жінки. Три роки тому було діагностовано СІN II плоского епітелію шийки матки. Проведено лікування – діатермокоагуляція. При огляді шийки матки в дзеркалах виявлено дрібні утворення синюшного кольору. Який попередній діагноз є вірним?

- A. Ендометриоз шийки матки
- B. Метаплазія епітелію
- C. Рак шийки матки
- D. Поліп цервікального каналу шийки матки
- E. Лейкоплакія шийки матки

6. Хвора К., 38 років, скаржиться на болючі менструації протягом трьох років. З анамнезу – 5 штучних абортів. При вагінальному обстеженні матка м'якої консистенції,



болюча, трохи збільшена за розміром, малорухома. На УЗД міометрій неоднорідний. Діагноз?

- A. Аденоміоз
- B. Міома матки
- C. Зовнішній ендометріоз
- D. АМК
- E. Поліпи ендометрію

7. Хвора О., 46 років, скаржиться на біль внизу живота, який посилюється під час менструації, статевого життя та іррадіює в піхву. З анамнезу: два роки тому гінеколог запідозрив ендометріоз. При бімануальному обстеженні – позаду матки визначаються щільні вузлуваті болючі утвори. Який попередній діагноз?

- A. Ретроцервікальний ендометріоз
- B. Аденоміоз
- C. Ендометріоз шийки матки
- D. Хронічне запалення придатків матки
- E. Параметрит.

8. Хвору С., 35 років, турбують темні мажучі виділення зі статевих шляхів напередодні та після менструацій. Під час проведення кольпоскопії на шийці матки візуалізуються синюшні вклучення. Попередній діагноз?

- A. Ендоцервіцит
- B. Аденоміоз
- C. Ерозія шийки матки
- D. Ендометріоз шийки матки
- E. Поліп цервікального каналу

9. Пацієнтка Р., 39 років, що не народжувала, скаржиться на болючі менструації. Протягом останнього року статевого життя не використовує контрацептиви. До цього була носієм ВМС, яку видалили в зв'язку з тривалими болями. Після видалення ВМС пройшла курс протизапальної терапії.

Жінка полягає, що хворіє на ендометріоз. Який з перерахованих симптомів може підтвердити цей діагноз?

- A. Наявність вузлів на крижово-маткових зв'язках
- B. Ретроверсія матки
- C. Збільшення яєчників
- D. Виявлення вогнищ ендометріозу під час лапароскопії
- E. Диспареунія

10. Пацієнтка Н., 33 роки, звернулася до гінеколога зі скаргами на біль внизу живота, який посилюється під час менструації, статевого життя, та кровомазання. При бімануальному обстеженні: зовнішні статеві органи, піхва, шийка матки без патологічних змін. Тіло матки звичайних розмірів, малорухома. Придатки збільшені, чутливі при пальпації, крижово-маткові зв'язки чутливі, визначаються щільні вузлуваті болючі утвори заднього склепіння. Який попередній діагноз?

- A. Зовнішній генітальний ендометріоз
- B. Ендометрит
- C. Гострий апендицит
- D. Сечокам'яна хвороба
- E. Аномалії розвитку статевих органів

## Тема 7

# ДИСГОРМОНАЛЬНІ ЗАХВОРЮВАННЯ МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ

### Код за МКХ-10

N60 Доброякісна дисплазія молочної залози

*Включено:* фіброзно-кістозна мастопатія

*Виключено:* хвороби молочної залози, пов'язані з пологами (O91–O92)

N60.1 Дифузна кістозна мастопатія

N60.2 Фіброаденоз молочної залози

N60.3 Фібросклероз молочної залози

N60.4 Ектазія проток молочної залози

N64 Інші ураження молочної залози

N64.3 Галакторея, не пов'язана з пологами

N64.4 Мастодинія

C50 Злоякісне новоутворення молочної залози

*Включено:* сполучної тканини молочної залози

C50.0 Соска та ареоли

C50.1 Центральної частини молочної залози

C50.2 Верхнього внутрішнього квадранта молочної залози

C50.3 Нижнього внутрішнього квадранта молочної залози

C50.4 Верхнього зовнішнього квадранта молочної залози

C50.5 Нижнього зовнішнього квадранта молочної залози

C50.6 Пахвової задньої частини молочної залози

C50.8 Ураження молочної залози, яке виходить за межі однієї і більше вищезгаданих локалізацій

C50.9 Молочної залози, не уточнене

### Задача 1

Хвора А., 25 років, скаржиться на больові відчуття в обох молочних залозах протягом останніх шести місяців, що посилюються напередодні очікуваної менструації.

В анамнезі: менструації з 14 років (по 4–5 днів, через 26 днів), регулярні, безболісні, помірні. Статеве життя веде з 17 років. Пологи одні, три роки тому. Годувала немовля протягом півтора року. Палить з 16 років. У дитинстві перенесла хворобу Боткіна.

Об'єктивне обстеження: загальний стан хворої задовільний. Шкірні покриви та слизові оболонки чисті, рожевого кольору. Язик вологий, чистий. Температура тіла – 36,6 °С.

При огляді: шкірні покриви молочних залоз не змінені. Молочні залози однакових розмірів, симетричні, не деформовані. При пальпації відмічається незначна їхня щільність, неоднорідність тканини молочних залоз, болісність. Надключичні, підключичні та пахові лімфатичні вузли не збільшені.

Над легенями вислуховується везикулярне дихання, хрипів немає. Серцева діяльність ритмічна, тони серця ясні. Пульс – 82 уд./хв, АТ – 120/75 мм рт. ст. Живіт бере участь в акті дихання; при пальпації м'який, безболісний. Печінка не збільшена. Фізіологічні відправлення в нормі.

Гінекологічне дослідження: зовнішні статеві органи розвинені правильно, без запальних змін. У дзеркалах: піхва жінки, що народжувала, слизова оболонка рожева. Шийка матки циліндричної форми, епітелій цілий. Бімануальне дослідження: тіло матки у положенні *anteflexio*, не збільшене, рухоме, щільне, безболісне при пальпації. Придатки матки з обох боків безболісні, не збільшені. Склепіння вільні. Виділення зі статевих шляхів слизові, помірні.

Дані УЗД молочних залоз: розвинена премамарна кліткова, паренхіма залози ущільнена, з дрібними кістозними утворами, неоднорідна.

### ○ Питання

1. Вкажіть попередній діагноз.
2. Які фактори ризику розвитку цієї патології ви знаєте?
3. Які методи дослідження необхідно провести?
4. Клінічна класифікація дисгормональної гіперплазії молочних залоз (ДГМЗ).
5. Патогенез доброякісних захворювань молочної залози.

### ☰ Задача 2

До гінеколога звернулася пацієнтка О., 31 рік, зі скаргами на періодичні болісні відчуття в обох молочних залозах, що посилюються у другу фазу менструального циклу.

З анамнезу: менархе з 12 років, менструації протягом 5–6 днів, через 30–35 днів. Одружена. Вагітностей – дві: медичний аборт – один, без ускладнень; пологи – одні шляхом кесаревого розтину. Лактацію було припинено відразу після пологів за бажанням жінки. Спадковий анамнез – не обтяжений.

Об'єктивне обстеження: загальний стан пацієнтки задовільний. Шкірні покриви та слизові оболонки рожеві, чисті. Температура тіла – 36,7 °С. При огляді молочні залози мають однаковий розмір, не деформовані. При пальпації – болючі ущільнення з чітким контуром і вираженою зернистістю локалізуються дифузно у тканині обох молочних залоз. Пахвові, над- і підключичні лімфатичні вузли не збільшені.

У легенях вислуховується везикулярне дихання, без хрипів. При аускультатії серця – тони ясні. Пульс – 75 уд./хв, АТ – 120/70 мм рт. ст. Живіт при пальпації м'який, безболісний на всьому протязі. Симптом Пастернацького негативний з обох сторін. Фізіологічні відправлення в нормі.

Дані УЗД молочних залоз – розвинена премамарна клітковина, паренхіма залози неоднорідна, ущільнена, з гіперехогенними включеннями і кістозними утворами діаметром 3–7 мм.

Гінекологічне обстеження: зовнішні статеві органи розвинені правильно, без запальних змін. У дзеркалах: піхва вузька, слизова оболонка рожева. Шийка матки конічної

форми, епітелій цілий. Зовнішнє вічко закрите. Бімануальне дослідження: тіло матки у положенні *anteflexio*, не збільшене, рухоме, щільне, безболісне при пальпації. Придатки матки з обох сторін не збільшені, безболісні. Склепіння вільні. Виділення зі статевих шляхів слизові, помірні.

### ○ Питання

1. Вкажіть попередній діагноз.
2. Методика обстеження жінок із захворюваннями молочних залоз.
3. Лікування.
4. Профілактика.
5. Специфічне обстеження при новоутвореннях молочної залози.

### ☰ Задача 3

Хвора С., 25 років, під час самообстеження виявила пухлину у верхньому зовнішньому квадранті правої молочної залози.

З анамнезу: менархе з 12 років, менструації по 5–6 днів, через 30–35 днів. Одружена. Мала дві вагітності. Годувала немовля протягом шести місяців. Спадковий анамнез не обтяжений.

Об'єктивне обстеження: загальний стан пацієнтки задовільний. Шкірні покриви та слизові оболонки рожеві, чисті. Температура тіла – 36,7 °С. У легенях вислуховується везикулярне дихання без хрипів. При аускультатії серця тони ясні. Пульс – 75 уд./хв, АТ – 120/70 мм рт. ст. Живіт при пальпації м'який, безболісний на всьому протязі. Симптом Пастернацького негативний з обох сторін. Фізіологічні відправлення в нормі.

При огляді молочні залози мають однаковий розмір, не деформовані. При пальпації – болюче рухоме об'ємне утворення розміром 2 × 1,5 см, з чітким контуром, локалізується у верхньому зовнішньому квадранті правої молочної залози. Пахвові, над- і підключичні лімфатичні вузли не збільшені.

Дані УЗД молочних залоз: розвинена преамарна кліткова, паренхіма залози неоднорідна, ущільнена, у верхньому зовнішньому квадранті правої молочної залози об'ємне утворення підвищеної ехогенності розміром 21,0 × 20,0 × 15,0 мм.

Гінекологічне обстеження: зовнішні статеві органи розвинені правильно, без запальних змін. У дзеркалах: піхва вузька, слизова оболонка рожева. Шийка матки циліндричної форми, епітелій цілий. Бімануальне дослідження: тіло матки у положенні *anteflexio*, не збільшене, рухоме, щільне, безболісне при пальпації. Придатки матки з обох сторін не збільшені, безболісні. Склепіння вільні. Виділення зі статевих шляхів слизові, помірні.

#### ○ Питання

1. Вкажіть попередній діагноз.
2. Яке обстеження необхідно провести?
3. Лікування.
4. Диференційна діагностика.
5. Профілактика захворювань молочної залози.

#### ☰ Задача 4

Пацієнтка К., 52 роки, звернулася до сімейного лікаря з приводу випадково виявленої при самообстеженні пухлини в лівій молочній залозі.

З анамнезу: менархе з 10 років, менструальний цикл регулярний через 28–30 днів протягом 5–6 днів. Одружена. Мала одну вагітність. Не годувала. Спадковий анамнез обтяжений – у бабусі рак молочної залози.

Об'єктивне обстеження: загальний стан пацієнтки задовільний. Шкірні покриви та слизові оболонки рожеві, чисті. Температура тіла – 36,7 °С. У легенях вислуховується везикулярне дихання з поодинокими хрипами. При аускультатії серця – тони ясні. Пульс – 75 уд./хв, АТ – 110/70 мм рт. ст. Живіт при пальпації м'який, безболісний на всьому протязі. Печінка не збільшена. Симптом Пастернацького негативний з обох сторін. Фізіологічні відправлення в нормі.

Огляд молочних залоз: мають однаковий розмір, звичайної форми. Шкіра верхнього зовнішнього квадранта лівої молочної залози змінена за типом «лимонної кірки», соски – без змін, не втягнуті. При пальпації визначається безболісне новоутворення розміром 4,0 × 3,5 см, нерухоме, спаяне зі шкірою. У лівій паховій западині визначається єдиний щільний округлий вузол до 1,5 см в діаметрі.

Дані УЗД молочних залоз: розвинена преамарна кліткова, паренхіма залози неоднорідна, ущільнена, у верхньому зовнішньому квадранті лівої молочної залози об'ємне утворення підвищеної ехогенності, розміром 36,0 × 32,5 мм. У паховій ділянці збільшений лімфатичний вузол до 14 мм.

Гінекологічне обстеження: зовнішні статеві органи розвинені правильно, без запальних змін. У дзеркалах: піхва нормальних розмірів, слизова оболонка рожева. Шийка матки циліндричної форми, зовнішнє вічко щілиноподібне, закрите, епітелій цілий. Бімануальне дослідження: тіло матки у положенні *anteflexio*, не збільшене, рухоме, щільне, безболісне при пальпації. Придатки матки з обох сторін не збільшені, безболісні. Склепіння вільні. Виділення зі статевих шляхів слизові, помірні.

#### ○ Питання

1. Діагноз.
2. Обстеження.
3. План лікувальних заходів.
4. Клінічні ознаки раку молочної залози.
5. Виявлення генетичних спадкових форм раку молочної залози.

#### ☰ Задача 5

Хвора А., 34 роки, скаржиться на нагрубання та больові відчуття в обох молочних залозах протягом останнього року.

В анамнезі: менструації з 11 років (по 5–6 днів, через 35 днів), регулярні, безболісні, помірні. Статеве життя веде з 17 років, регулярне. Приймає КОК протягом року.

Вагітностей – чотири: пологів – двоє (через природні пологові шляхи), абортів – два, без ускладнень. Годувала немовля протягом шести місяців.

Об'єктивне обстеження: загальний стан хворої задовільний, нормальної статури. Шкірні покриви та слизові оболонки чисті, рожевого кольору. Язик вологий, чистий. Температура тіла – 36,6 °С. Над легеньми вислуховується везикулярне дихання, хрипів немає. Серцева діяльність ритмічна, тони серця – ясні. Пульс – 82 уд./хв, АТ – 120/75 мм рт. ст. Живіт бере участь в акті дихання; при пальпації м'який, безболісний. Печінка не збільшена. Фізіологічні відправлення в нормі.

Огляд молочних залоз: залози симетричні, втягіння шкіри і сосків не виявляються, зміна кольору шкіри відсутня, виділень із сосків немає. При пальпації відмічається незначна щільність, неоднорідність тканини, болісність на всьому протязі молочних залоз. Надключичні, підключичні та пахвові лімфатичні вузли не збільшені.

Гінекологічне дослідження: зовнішні статеві органи розвинені правильно, без запальних змін. У дзеркалах: піхва жінки, що народжувала, слизова оболонка рожева. Шийка матки циліндричної форми, епітелій цілий. Бімануальне дослідження: тіло матки у положенні *anteflexio*, не збільшене, рухоме, щільне, безболісне при пальпації. Придатки матки з обох боків безболісні, не збільшені. Склепіння вільні. Виділення зі статевих шляхів слизові, помірні.

Дані УЗД молочних залоз: розвинена премамарна клітковина, паренхіма залози ущільнена, неоднорідна.

### ○ Питання

1. Вкажіть попередній діагноз.
2. Причини появи мастодинії.
3. Види мастодинії.
4. Рекомендації.

### ☰ Задача 6

Пацієнтка Р., 32 роки, звернулась до лікаря зі скаргами на виділення із сосків молочних залоз при натисканні протягом останніх шести місяців і затримки менструації.

Дані анамнезу: менархе з 12 років, цикл установився протягом року. Менструація по 7 днів, через 28–30 днів, регулярні, помірні, безболісні. Протягом останнього року спостерігаються затримки на три-чотири тижні. Статеве життя з 19 років. Вагітності дві. Перша закінчилася медичним абортom у термін шість-сім тижнів, без ускладнень. Друга вагітність – пологами у терміні 39 тижнів, з ускладненнями вторинної слабкості пологової діяльності, розроджена шляхом кесаревого розтину. Дитину годувала протягом шести місяців.

Об'єктивне обстеження: загальний стан пацієнтки задовільний. Шкірні покриви блідо-рожевого кольору, чисті. Пульс 70 уд./хв, АТ – 115/75 мм рт. ст. Живіт при пальпації м'який та безболісний на всьому протязі. Симптом Пастернацького негативний з обох боків. Фізіологічні відправлення без особливостей. Огляд молочних залоз: мають однаковий розмір. При пальпації м'які, безболісні. При натисканні на навколососкову ділянку виділяється молокоподібна рідина.

Гінекологічне дослідження: зовнішні статеві органи розвинені правильно, без ознак запалення. Огляд у дзеркалах: піхва жінки, що не народжувала. Шийка матки циліндричної форми, епітелій цілий. Тіло матки у положенні *anteflexio* не збільшене, щільне, рухливе, безболісне при пальпації. Придатки матки з обох сторін не збільшені, безболісні. Виділення зі статевих шляхів – звичайні білі.

### ○ Питання

1. Попередній діагноз.
2. Діагностика.
3. Етіологічні фактори даної патології.
4. Тактика лікування.
5. Диференційна діагностика.

## Задача 7

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

Об'єктивне обстеження: загальний стан хворої задовільний. Жінка правильної статури, задовільного харчування. Шкірні покриви та видимі слизові оболонки звичайного кольору. Язик вологий, чистий. Температура тіла 36,6 °С, АТ – 110/60 мм рт. ст. Пульс – 76 уд./хв. Аускультативно дихання везикулярне, хрипів немає. Серцевий ритм нормальний, тони серця ясні. Живіт не здутий, м'який, безболісний при пальпації, без патологічних об'ємних утворень. Сечовипускання безболісне. Симптом Пастернацького негативний з обох сторін. Випорожнення не порушено.

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

Гінекологічне дослідження: зовнішні статеві органи розвинуті правильно, без ознак запалення. Піхва жінки, що народжувала. Огляд у дзеркалах: шийка циліндричної форми, слизові оболонки чисті. Бімануальне дослідження: тіло матки звичайної форми, не збільшене, рухливе, щільне, гладке, болісне при пальпації. Придатки матки з обох сторін не збільшені, безболісні. Виділення – звичайні білі.

### Питання

1. Попередній діагноз.
2. Скласти план обстеження пацієнтки.
3. Диференційна діагностика.

4. Патогенез фіброзно-кістозної мастопатії.
5. Методи профілактики дисгормональних захворювань молочних залоз.

### Тестові завдання

1. До сімейного лікаря звернулася пацієнтка Ц., 20 років, для вибору методу контрацепції. З анамнезу: менархе з 13 років, менструації по 4–5 днів, через 28–30 днів. Статеве життя регулярне. При зборі анамнезу та фізикальному обстеженні діагностовано доброякісну дисплазію молочної залози. Гінекологічний анамнез не обтяжений. Який метод контрацепції найбільш прийнятний для даної пацієнтки?

- A. КОК
- B. Гестагени
- C. Каберголін
- D. Стерилізація
- E. Бар'єрна контрацепція

2. Жінка 43 років скаржиться на тягнучий біль напередодні очікуваної менструації у верхніх зовнішніх квадрантах обох молочних залоз. Біль турбує протягом останніх двох років. Які методи обстеження необхідно провести для визначення діагнозу?

- A. Комп'ютерна томографія (КТ) голови
- B. Гормональне обстеження
- C. Мамографія
- D. Флюорографія органів грудної клітки
- E. Бактеріологічне дослідження виділень з піхви

3. До сімейного лікаря звернулася пацієнтка Б., 56 років, з метою профілактичного огляду. Зріст – 165 см, маса тіла – 85 кг. АТ – 135/85 мм рт. ст. Менопауза 7 років. Молодша сестра страждає на мастопатію. Тітка та бабуся пацієнтки померли від раку молочної залози. Під час огляду молочних залоз уцілюнь та іншої патології не виявлено.

Гінекологічний огляд: органи малого таза в межах вікової норми. Цитологічне та бактеріоскопічне дослідження – без особливостей. Що порекомендувати жінці?

- A. Наступний профогляд пройти через два роки
- B. Профілактична двобічна мастектомія
- C. Приходити на огляд що три місяці
- D. МРТ молочних залоз
- E. Мамографія один раз на рік

4. До гінеколога звернулася пацієнтка М., 43 роки, зі скаргами на періодичні пекучі болі в середній частині молочної залози справа. Больові відчуття не залежать від фази менструального циклу. Під час огляду та пальпації молочних залоз патології не виявлено. Яке інструментальне обстеження необхідно провести в першу чергу для визначення попереднього діагнозу?

- A. МРТ молочних залоз
- B. Мамографія
- C. КТ молочних залоз
- D. УЗД молочних залоз
- E. Біопсія молочної залози

5. Пацієнтка А., 18 років, звернулася до сімейного лікаря для профілактичного обстеження. Менструації з 13 років, по 4–5 днів, через 28 днів, регулярні, безболісні, помірні. Статеве життя нерегулярне. Сімейний анамнез обтяжений: у матері – рак молочної залози. Які рекомендації сімейний лікар повинен надати?

- A. Обстеження молочних залоз один раз на два роки
- B. Самообстеження молочних залоз щотижневе
- C. Мамографія один раз на рік
- D. МРТ молочних залоз
- E. Пункція молочних залоз

## Тема 8

# ПЕРЕДРАКОВІ ЗАХВОРЮВАННЯ СТАТЕВИХ ОРГАНІВ ЖІНКИ

### Код за МКХ-10

- N86 Ерозія та ектропіон шийки матки
  - N87 Дисплазія шийки матки
  - N87.0 Слабовиражена дисплазія шийки матки
  - N87.1 Помірна дисплазія шийки матки
  - N87.2 Тяжка дисплазія шийки матки, не класифікована в інших рубриках
  - N87.9 Дисплазія шийки матки, не уточнена
  - N88 Інші незапальні ураження шийки матки
  - N88.0 Лейкоплакія шийки матки
  - N89 Інші незапальні ураження піхви
  - N89.0 Слабовиражена дисплазія піхви
  - N89.1 Помірна дисплазія піхви
  - N89.2 Тяжка дисплазія піхви, не класифікована в інших рубриках
  - N89.3 Дисплазія піхви, не уточнена
  - N89.4 Лейкоплакія піхви
  - N90 Інші незапальні ураження вульви та промежини
  - N90.0 Слабовиражена дисплазія вульви
  - N90.1 Помірна дисплазія вульви
  - N90.2 Тяжка дисплазія вульви, не класифікована в інших рубриках
  - N90.3 Дисплазія вульви, не уточнена
  - N90.4 Лейкоплакія вульви, крауроз вульви
  - N85.0 Залозиста гіперплазія ендометрію
- Гіперплазія ендометрію:
- кістозна
  - залозисто-кістозна
  - поліпозна
- N85.1 Аденоматозна гіперплазія ендометрію

## ☰ Задача 1

Хвора К., 36 років, звернулася до лікаря-гінеколога для проходження профілактичного огляду. Протягом трьох років гінекологічне обстеження не проходила. Скарги відсутні.

Анамнез: менархе з 13 років. Менструації по три дні через 30 днів, помірні, безболісні, регулярні. Статеві стосунки з 16 років. Вагітність одна, завершилась фізіологічними пологами. З метою контрацепції використовує КОК. В анамнезі: носій вірусу простого герпесу (ВПГ) I та II типів, цитомегаловірусу (ЦМВ), вірусу папіломи людини (ВПЛ) 16-го і 18-го типів.

Об'єктивне обстеження: загальний стан задовільний. Шкірні покриви звичайного забарвлення, чисті. Температура тіла в нормі. Язик чистий, вологий. Щитоподібна залоза при пальпації не збільшена. Молочні залози симетричні, при пальпації м'які, виділень немає. Аускультация легенів: дихання везикулярне, хрипів немає. Аускультация серця: діяльність ритмічна, тони ясні. Пульс – 72 уд./хв, ритмічний, АТ – 120/80 мм рт. ст. Живіт при пальпації м'який, безболісний. Симптоми подразнення очеревини негативні. Сечовиділення в нормі. Випорожнення регулярні.

Гінекологічне дослідження: зовнішні статеві органи розвинені правильно, оволосіння за жіночим типом. Огляд у дзеркалах: шийка матки циліндричної форми, гіперемія зовнішнього вічка шийки матки. Бімануальне обстеження: матка нормальних розмірів, безболісна, рухлива, щільна при пальпації. Придатки матки з обох сторін не пальпуються. Виділення зі статевих шляхів слизові.

Цитоморфологічне дослідження шийки матки (за методом Папаніколау) – цервікальна інтраепітеліальна неоплазія плоского епітелію I ступеня (CIN I, LSIL за класифікацією Bethesda)

При розширеному кольпоскопічному дослідженні на задній губі шийки матки виявлені поля дисплазії.

## ○ Питання

1. Встановіть попередній діагноз.
2. Алгоритм обстеження даної пацієнтки.
3. Які кольпоскопічні ознаки належать до патологічних?
4. Тактика лікування хворих на цервікальну інтраепітеліальну неоплазію.
5. Диспансеризація пацієнток із передраковими захворюваннями шийки матки.

## ☰ Задача 2

До жіночої консультації звернулася пацієнтка К., 29 років, яка планує вагітність. Скарги вона не пред'являє.

Анамнез: менархе з 12 років. Менструації по п'ять днів через 28–30 днів, безболісні, помірні. Статеве життя з 18 років. З метою контрацепції використовує КОК. Вагітність одна. Останній раз була на прийомі у лікаря-гінеколога три роки тому після пологів. Відомо, що мати жінки померла від раку шийки матки.

Об'єктивне обстеження: загальний стан жінки задовільний. Шкірні покриви та слизові оболонки рожеві, чисті. Температура тіла – 36,6 °С. Язик чистий, вологий. Периферичні лімфовузли не пальпуються. При аускультации легенів вислуховується везикулярне дихання, хрипів немає. Аускультация серця: діяльність ритмічна, тони ясні. Пульс – 78 уд./хв, задовільних властивостей, АТ – 120/80 мм рт. ст. Живіт при поверхневій та глибокій пальпації м'який та безболісний на всьому протязі. Печінка не виступає за край реберної дуги. Симптоми подразнення очеревини негативні. Сечовиділення в нормі. Випорожнення не порушене.

Гінекологічне дослідження: зовнішні статеві органи без патологічних змін. Огляд у дзеркалах: піхва вузька, слизова оболонка рожева. Шийка матки циліндричної форми, рожевого кольору, з білястою ділянкою в діаметрі до 1,5 см на «12» годин. Кольпоскопічно – «біла пляма» з чіткими межами,



йоднегативна на «12» годин. Бімануальне обстеження: тіло матки та придатки без особливостей. Виділення – білі, помірні.

### ○ Питання

1. Попередній діагноз.
2. Алгоритм обстеження при даній патології.
3. Види хірургічного лікування хворих з передраковими процесами шийки матки.
4. Лікувальна тактика даного конкретного випадку.
5. У чому полягає профілактика передракових захворювань шийки матки?

### ☰ Задача 3

До гінеколога з метою профілактичного огляду звернулась пацієнтка О., 30 років. Протягом останніх чотирьох років до гінеколога не зверталася. Скарги відсутні.

Анамнез: менструації з 13 років (установилися відразу), по 5–6 днів, через 31 день, регулярні, помірні. Початок статевого життя з 18 років, незаміжня. З метою контрацепції застосовує КОК. Вагітність одна, закінчилась медичним абортom. Соматично здорова.

Об'єктивне обстеження: загальний стан хворої задовільний. Шкіра та видимі слизові оболонки рожевого забарвлення, чисті. Температура тіла – 36,5 °С. Щитоподібна залоза не збільшена. Легені: везикулярне дихання, хрипів немає. Аускультация серця: діяльність не порушена. Пульс – 75 уд./хв, задовільних властивостей, АТ – 120/85 мм рт. ст. Печінка не виходить за край реберної дуги. Живіт не здутий, бере участь в акті дихання; при пальпації – м'який та безболісний на всьому протязі. Симптоми подразнення очеревини негативні. Фізіологічні відправлення в нормі.

Гінекологічне дослідження: зовнішні статеві органи розвинені правильно. Огляд у дзеркалах: слизова оболонка стінок піхви рожева. Шийка матки конусоподібна, по передній губі визначається ділянка патологічно зміненого епітелію до 1,5 см

у діаметрі. При доторканні не кровоточить. Зовнішнє вічко пропускає кінчик пальця. Екскурсії шийки матки безболісні. Бімануальне обстеження: тіло матки звичайних розмірів, щільне, безболісне, рухливе при пальпації. Придатки матки з обох сторін без особливостей. Склепіння вільні, безболісні при дослідженні. Виділення з піхви слизові, рясні. Під час огляду проведено бактеріоскопічне та цитоморфологічне обстеження шийки матки. Результати: лейкоцити – 60–70 у п/з; флора кокова, койлоцитоз. CIN III (HSIL за Bethesda), підозра на ВПЛ.

### ○ Питання

1. Попередній діагноз.
2. Які додаткові обстеження слід призначити?
3. Етіопатогенез виникнення цієї патології.
4. Хірургічні методи лікування передракової патології шийки матки та конкретного даного випадку.
5. Принципи диспансерного спостереження хворих з передраковими процесами шийки матки.

### ☰ Задача 4

Хвора К., 52 роки, надійшла до гінекологічного відділення зі скаргами на помірні кров'янисті виділення зі статевих шляхів після відсутності менструації протягом двох років.

Анамнез: менструації з 14 років, регулярні, по 4–5 днів, через 28–30 днів. Статеве життя з 20 років, вагітностей – чотири, пологів – двоє, абортів – два. Постменопауза 2 роки. Спадковість не обтяжена. В перименопаузальному періоді відмічала рясні тривалі менструації, що призводили до анемії легкого ступеня (Hb 100–105 г/л). До лікаря не зверталася.

Соматичні захворювання: варикозна хвороба нижніх кінцівок, що ускладнилася тромбозом 4 роки тому, хронічна венозна недостатність II ступеня, цукровий діабет 2 типу. Шкідливі звички – паління.

Об'єктивне обстеження: загальний стан хворої задовільний. Шкіра та видимі слизові оболонки рожевого забарвлення,

чисті. ІМТ > 30. Температура тіла – 36,6 °С. Щитоподібна залоза не збільшена. Над легеньми вислуховується везикулярне дихання, хрипів немає. При аускультатії серця: діяльність не порушена. Пульс – 78 уд./хв, задовільних властивостей, АТ – 140/90 мм рт. ст. Молочні залози без патології. Печінка не виходить за край реберної дуги. Живіт не здутий, бере участь в акті дихання; при пальпації – м'який та безболісний на всьому протязі. Симптоми подразнення очеревини негативні. Фізіологічні відправлення в нормі.

Гінекологічне дослідження: зовнішні статеві органи розвинені правильно, ріст волосся на лобку за жіночим типом. Огляд у дзеркалах: слизова оболонка стінок піхви рожева. Шийка матки циліндрична, при доторканні не кровоточить. Зовнішнє вічко пропускає кінчик пальця. Екскурсії шийки матки безболісні. Бімануальне обстеження: тіло матки дещо збільшене, щільне, безболісне, рухливе при пальпації. Придатки матки з обох сторін без особливостей. Склепіння глибокі, не інфільтровані. Виділення з піхви кров'яністі, помірні.

Дані УЗД органів малого таза: матка 50 × 44 × 48 мм, М-ехо 11,4 мм, придатки без патології.

Морфологічний висновок біопсії ендометрію – комплексна гіперплазія ендометрію з атипією.

### ○ Питання

1. Діагноз.
2. План обстеження при даній патології.
3. Основні методи біопсії ендометрію.
4. Методи лікування даної патології.
5. Лікувальна тактика в даному конкретному випадку.

### ☰ Задача 5

Пацієнтка Р., 39 років, звернулась до гінекологічного стаціонару зі скаргами на маткову кровотечу.

Протягом останнього року спостерігаються маткові кровотечі. Призначали гормональний та негормональний гемостаз.

Анамнез: менструація з 13 років, регулярна, через 28–30 днів, тривалість до п'яти днів. Статеве життя з 25 років, заміжня (другий шлюб), має репродуктивні наміри. В анамнезі одні фізіологічні пологи. Соматичні захворювання: ожиріння II ступеня, аутоімунний тиреоїдит з гіпофункцією залози, медикаментозно компенсований.

Об'єктивне обстеження: загальний стан хворої задовільний. Шкіра та видимі слизові оболонки рожевого забарвлення, чисті. ІМТ > 30. Температура тіла – 36,6 °С. Щитоподібна залоза не збільшена. Над легеньми вислуховується везикулярне дихання, хрипів немає. При аускультатії серця: діяльність не порушена. Пульс – 78 уд./хв, задовільних властивостей, АТ – 120/80 мм рт. ст. Молочні залози без патології. Печінка не виходить за край реберної дуги. Живіт не здутий, бере участь в акті дихання; при пальпації – м'який та безболісний на всьому протязі. Симптоми подразнення очеревини негативні. Фізіологічні відправлення в нормі.

Гінекологічне дослідження: зовнішні статеві органи розвинені правильно. Огляд у дзеркалах: слизова оболонка стінок піхви рожева. Шийка матки циліндрична, епітелій цілий. Зовнішнє вічко пропускає кінчик пальця. Екскурсії шийки матки безболісні. Бімануальне обстеження: тіло матки дещо збільшене, щільне, безболісне, рухливе при пальпації. Придатки матки з обох сторін без особливостей. Склепіння глибокі, не інфільтровані. Виділення з піхви кров'яністі, помірні.

Дані УЗД: матка 54 × 49 × 52 мм, М-ехо 18,5 мм, придатки без особливостей. Проведена гістероскопія з прицільною біопсією ендометрію.

Результати морфологічного дослідження – проста залозиста гіперплазія ендометрію з вогнищами атипії.

### ○ Питання

1. Сформулюйте та обґрунтуйте діагноз.
2. На основі якого методу дослідження може бути остаточно верифіковано діагноз?
3. Яка лікувальна тактика доцільна в даному випадку?

4. Яким препаратом віддати перевагу при гормонотерапії.
5. План динамічного диспансерного спостереження.

### Задача 6

До гінеколога звернулася пацієнтка О., 35 років, зі скаргами на збільшення кількості виділень зі статевих шляхів.

Анамнез: менструації з 13 років (установилися відразу), по 5–6 днів, через 31 день, регулярні, болісні, рясні. Початок статевого життя з 20 років. Контрацепція бар'єрна. Вагітностей було три: медичний аборт – один, пологи – двоє (останні – два роки тому, що ускладнилися розривом шийки матки).

Об'єктивне обстеження: загальний стан хворої задовільний. Шкіра та видимі слизові оболонки рожевого забарвлення, чисті. Температура тіла – 36,5 °С. Щитоподібна залоза не збільшена. Над легеньми вислуховується везикулярне дихання, хрипів немає. При аускультатії серця: діяльність не порушена. Пульс – 75 уд./хв, задовільних властивостей, АТ – 120/85 мм рт. ст. Печінка не виходить за край реберної дуги. Живіт не здутий, бере участь в акті дихання; при пальпації – м'який та безболісний на всьому протязі. Симптоми подразнення очеревини негативні. Фізіологічні відправлення в нормі.

Гінекологічне дослідження: зовнішні статеві органи розвинені правильно, ріст волосся на лобку за жіночим типом. Огляд у дзеркалах: слизова оболонка стінок піхви рожева. Шийка матки циліндричної форми, деформована, на верхній губі визначається ділянка яскравої ерозованої поверхні. При доторканні не кровоточить. Зовнішнє вічко пропускає кінчик пальця. Екскурсії шийки матки безболісні. Бімануальне обстеження: тіло матки звичайних розмірів, щільне, безболісне, рухливе при пальпації. Придатки матки з обох сторін без особливостей. Склепіння вільні, безболісні при дослідженні. Виділення з піхви слизові, рясні.

### Питання

1. Попередній діагноз.
2. Які додаткові обстеження слід призначити?

3. Етіологія виникнення цієї патології.
4. Принципи лікування.
5. Профілактика ектропіону шийки матки.

### Задача 7

До гінекологічного відділення госпіталізована пацієнтка К., 45 років, зі скаргами на масивну маткову кровотечу протягом двох тижнів.

Гінекологічний анамнез: менструації з 14 років по 4–5 днів, регулярні.

В анамнезі дві вагітності: перша закінчилися пологамі в термін 38–39 тижнів, через природні пологові шляхи; друга – медичним абортom у терміні шість-сім тижнів без ускладнень. З метою контрацепції застосовує бар'єрний метод. Протягом останніх трьох років трапляються аномальні маткові кровотечі, що призводять до анемізації. Два роки тому було проведено оперативне втручання: гістероскопія. Холодний кюретаж ендометрію. Патоморфологічний висновок отриманого матеріалу: комплексна залозисто-кістозна гіперплазія ендометрію з мікрофокусами простої атипії. У післяопераційному періоді протирецидивної гормональної терапії не призначали.

Через шість місяців після оперативного втручання проведена контрольна пайпель-біопсія ендометрію з морфологічним дослідженням отриманого матеріалу. Висновок: патологічних змін ендометрію не виявлено.

Соматичні захворювання: ожиріння II ст.

Дані об'єктивного обстеження при госпіталізації: стан хворої задовільний. Маса тіла – 93 кг, зріст – 160 см, ІМТ – 36,3, АТ – 100/60, 95/60 мм рт. ст. Пульс – 90 уд./хв, ритмічний, задовільних властивостей. Шкірні покриви та видимі слизові оболонки бліді, чисті. Діяльність серця ритмічна, тони ясні, шумів немає. У легнях дихання везикулярне, хрипів немає. Живіт симетричний, м'який, безболісний при пальпації. Симптом подразнення очеревини негативний.

Гінекологічний огляд: зовнішні статеві органи розвинуті правильно, без запальних змін. Огляд у дзеркалах: слизова оболонка піхви блідо-рожева, чиста. Шийка матки циліндричної форми, епітелій цілий. Зовнішнє вічко розширене до 5–6 мм, з нього відходять рясні кров'янисті виділення зі згустками.

Бімануальне дослідження: тіло матки у положенні *anteflexio*, правильної форми, еластичної консистенції, з чіткими рівними контурами, дещо збільшене, рухливе, безболісне при дослідженні. Придатки матки з обох сторін не збільшені, безболісні. Склепіння глибокі.

Клініко-лабораторне обстеження: загальний аналіз крові – Нв 90 г/л; еритроцити – 3,1 т/л; тромбоцити – 180 г/л; лейкоцити – 5,2 г/л. Вуглеводний профіль: глюкоза крові – 6,0 ммоль/л; інсулін – 25,0 мкОД/л; індекс НОМА – 6,6.

Ультразвукове дослідження органів малого таза: матка – 48 × 41 × 44 мм, М-ехо (ендометрій) – 18 мм, неоднорідний. Придатки матки – без патології. Вільної ридини в порожнині малого таза не виявлено.

В умовах стаціонару було проведено оперативне втручання: гістероскопія, фракційне лікувально-діагностичне вишкрібання слизової оболонки порожнини матки та цервікального каналу. При гістологічному дослідженні виявлена картина комплексної залозисто-кістозної гіперплазії ендометрію з атипією.

### ○ Питання

1. Встановіть діагноз та обґрунтуйте його.
2. Вкажіть фактори ризику розвитку даної патології.
3. Які фактори сприяли рецидиву захворювання у пацієнтки?
4. Визначити подальшу лікувальну тактику.
5. Показання до радикального оперативного втручання при даній патології.

### 🗉 Задача 8

Пацієнтка М., 72 роки, звернулася до лікаря жіночої консультації зі скаргами на болючість, печіння, відчуття сухості, напруження та стягнення шкіри в ділянці вульви, стійкий,

тривалий та виснажливий свербіж в ділянці зовнішніх статевих органів, який турбує протягом доби, але особливо посилюється вночі. Сечовипускання утруднене, болюче. Протягом останніх двох років хворій проводили коригувальну терапію, яка давала тимчасовий позитивний ефект.

Гінекологічний анамнез: менархе з 14 років. Менструації по 5–6 днів через 25–26 днів, безболісні, помірні. Статеве життя з 19 років. Вагітності три, які закінчилися пологамі через природні пологові шляхи, без ускладнень. Гінекологічні захворювання заперечує. Постменопауза 22 роки.

Соматичні захворювання: цукровий діабет 2 типу, компенсований перебіг; гіпертонічна хвороба II стадія, 2-й ступінь, помірний ризик.

Гінекологічний статус: шкірні покриви промежини та слизові оболонки вульви білувато-перламутрового кольору, пергаментоподібні, з великою кількістю зморшок, лінійних тріщин і екскоріацій. При пальпації шкірно-слизові покриви промежини та вульви ригідні. Клітор закритий щільним рубцем. Великі статеві губи у вигляді сплюснених валиків, значно обмежують звужений вхід в піхву. Малі статеві губи практично не визначаються, атрофічні. У зв'язку із частковим стенозом піхви проведення дзеркального обстеження виконано за допомогою «дитячого» вагінального дзеркала та ректоабдомінальне обстеження.

Огляд у дзеркалах: слизова оболонка піхви стоншена, бліда, суха, легкоранима. Шийку матки оглянути неможливо. Ректоабдомінальне дослідження: тіло матки зменшене, рухоме, придатки не пальпуються, пухлини та інфільтрати в порожнині малого таза не визначаються.

### ○ Питання

1. Встановіть попередній діагноз та обґрунтуйте його.
2. План обстеження пацієнток із дистрофічними захворюваннями вульви.
3. Візуальні ознаки різних форм дистрофічних уражень вульви.
4. Лікувальна тактика при даній патології.
5. Класифікація уражень вульви за міжнародними стандартами.

### Тестові завдання

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

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

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

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

3. У пацієнтки Р., 30 років, з репродуктивними намірами діагностована цервікальна інтраепітеліальна неоплазія (CIN III ст). Виявлено ВПЛ – 16-й та 18-й типи. При біопсії шийки матки під контролем розширеної кольпоскопії підтверджена тяжка дисплазія шийки матки (CIN III)

з мікрофокусом *cr in situ*. Яка лікувальна тактика в даному випадку?

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

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

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

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

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

## Тема 9

# ЗЛОЯКІСНІ ПУХЛИНИ ЖІНОЧИХ СТАТЕВИХ ОРГАНІВ. ТРОФОБЛАСТИЧНА ХВОРОБА

### Код за МКХ-10

- C51 Злоякісні новоутворення вульви
- C51.0 Великої соромітної губи
- C51.1 Малої соромітної губи
- C51.2 Клітора
- C51.8 Ураження вульви, які виходять за межі однієї і більше вищевказаних локалізацій
- C51.9 Вульви, не уточнене
- C52 Злоякісне новоутворення піхви
- C53 Злоякісне новоутворення шийки матки
- C53.0 Внутрішньої частини каналу шийки матки
- C53.1 Зовнішньої частини каналу шийки матки
- C53.8 Ураження шийки матки, які виходять за межі однієї і більше вищезгаданих локалізацій
- C53.9 Шийки матки, не уточнене
- C54 Злоякісне новоутворення тіла матки
- C54.0 Перешийка матки
- C54.1 Ендометрию
- C54.2 Міометрія
- C54.3 Дна матки
- C54.8 Ураження тіла матки, які виходять за межі однієї і більше вищезгаданих локалізацій
- C54.9 Тіла матки, не уточнене
- C55 Злоякісне новоутворення матки не уточненої локалізації
- C56 Злоякісне новоутворення яєчника

- C57 Злоякісне новоутворення інших та не уточнених жіночих статевих органів
- C57.0 Фаллопієвої труби
- C57.1 Широкої зв'язки
- C57.2 Круглої зв'язки
- C57.3 Параметрія
- C57.4 Придатків матки, не уточнене
- C57.7 Інших уточнених жіночих статевих органів
- C57.8 Ураження жіночих статевих органів, які виходять за межі однієї і більше вищезазначених локалізацій
- C57.9 Жіночих статевих органів, не уточнене
- O01 Міхурцевий занесок
- O01.0 Класичний міхурцевий занесок (повний міхурцевий занесок)
- O01.1 Неповний та частковий міхурцевий занесок
- O01.9 Міхурцевий занесок, не уточнений Трофобластична хвороба
- БДВ Міхурцевий занесок БДВ
- C58 Злоякісне новоутворення плаценти Хоріокарцинома БДВ Хоріонепітеліома БДВ Міхурцевий занесок:
  - інвазивний (D39.2)
  - злоякісний (D39.2)
  - БДВ (O01.9)

### 📖 Задача 1

Хвора К., 32 роки, звернулася до лікаря зі скаргами на контактні кров'яністі виділення зі статевих шляхів протягом останніх двох місяців.

Анамнез: менструації з 14 років (встановилися одразу), по 3–4 дні, цикл 30 днів, помірні, регулярні, безболісні. Статеве життя з 17 років. З метою контрацепції використовує КОК. У хворої було дві вагітності, перша закінчилася вчасними пологами, друга – штучним абортom.

Протягом останніх 5 років до лікаря не зверталась. Соматично здорова. В анамнезі ГРВІ, ГРЗ.

Об'єктивне обстеження: загальний стан хворої задовільний. Шкіра і видимі слизові оболонки блідо-рожевого кольору. Язик

вологий, чистий. Температура тіла – 36,6 °С. При аускультатції легенів – дихання везикулярне. Діяльність серця ритмічна, тони ясні, шуми не вислуховуються. Пульс – 78 уд./хв, ритмічний, задовільних властивостей, АТ – 120/70 мм рт. ст. Живіт не здутий, бере участь в акті дихання; при поверхневій та глибокій пальпації на всьому протязі м'який, безболісний. Симптом Щоткіна – Блюмберга негативний. Сечовипускання вільне, безболісне. Випорожнення не порушене.

Гінекологічне дослідження: зовнішні статеві органи розвинені правильно. Оволосіння за жіночим типом. Огляд у дзеркалах: шийка матки дещо гіпертрофована, деформована. На передній губі визначається розростання у вигляді «цвітної капусти» розміром до 1,5 см, при доторканні кровоточить. Проба Хробака позитивна. Бімануальне обстеження: пальпується щільна шийка матки, дещо збільшена у розмірах. Тіло матки у положенні *anteflexio*, нормальних розмірів, щільне, рухливе, поверхня його гладка, безболісна. Придатки матки не збільшені, безболісні з обох сторін. Навколоматкова клітковина не інфільтрована. Склепіння вільні. Виділення зі статевих шляхів кров'янисті, незначні.

### ○ Питання

1. Попередній діагноз.
2. Алгоритм обстеження хворої.
3. Який метод діагностики є основним для верифікації діагнозу?
4. Тактика ведення.
5. Етіологічні фактори розвитку раку шийки матки.

### ☰ Задача 2

Хвора І., 44 роки, надійшла до гінекологічного відділення зі скаргами на рясні водянисто-сукровичні виділення зі статевих шляхів, контактні кровотечі протягом останніх трьох місяців.

Анамнез: менструації з 12 років (установилися через два роки), по чотири дні, цикл 32 дні, помірні, безболісні,

регулярні. Статеве життя з 19 років. Вагітностей було три, одна з яких закінчилася медичним абортom без ускладнень, дві – пологами. В анамнезі було діагностовано при цитологічному дослідженні LSIL за Bethesda. Неодноразово лікувалася з приводу кольпіту у жіночій консультації. Останній раз відвідувала лікаря-гінеколога 5 років тому. Соматично здорова. У дитячому віці перенесла кір, вітряну віспу.

Об'єктивне обстеження: загальний стан хворої задовільний. Шкірні покриви і видимі слизові оболонки блідо-рожевого кольору. Язик вологий, чистий. Температура тіла – 36,6 °С. З боку органів серцево-судинної, дихальної, сечовидільної систем, травного тракту патології не виявлено. Пульс – 82 уд./хв, ритмічний, АТ – 125/80 мм рт. ст. Молочні залози м'які, безболісні при пальпації; виділень із сосків немає.

Гінекологічне дослідження: зовнішні статеві органи розвинені правильно. Піхва жінки, що народжувала. Огляд у дзеркалах: шийка матки гіпертрофована, епітелій піхвової частини візуально не змінений. Із зовнішнього вічка водянисто-сукровичні виділення. Бімануальне обстеження: шийка матки збільшена в розмірах, щільна, горбиста, обмежена в рухливості. Тіло матки не збільшене, щільне, поверхня його гладка, безболісна, рухливе. Придатки матки з обох сторін не визначаються. Ділянка пальпації їх безболісна. Навколоматкова клітковина не інфільтрована. Склепіння вільні. Виділення зі статевих шляхів водянисто-сукровичні, рясні.

Хворій було проведено фракційне діагностичне вишкрібання слизової оболонки порожнини матки та цервікального каналу, біопсію шийки матки. При гістологічному дослідженні виявлена картина помірно диференційованої ендoцервікальної аденокарциноми шийки матки.

### ○ Питання

1. Попередній діагноз.
2. Додаткові методи обстеження хворої з метою правильного стадіювання онкопроцесу.
3. Які форми раку шийки матки ви знаєте і яку форму раку шийки матки діагностовано у даної пацієнтки?

4. Яка операція є стандартом хірургічного лікування інвазивного раку шийки матки?
5. Профілактика раку шийки матки.

### Задача 3

Хвора П., 68 років, звернулася до лікаря зі скаргами на кров'янисті виділення зі статевих шляхів.

Анамнез: менструації з 11 років (установилися відразу), по п'ять днів, цикл 30 днів, помірні, безболісні, регулярні. Остання менструація – 15 років тому. Статеве життя з 18 років. Тривалий час лікувалася з приводу ендокринної неплідності. Вагітність одна, у 35 років, індукована, пологи оперативні (кесарів розтин). Останній раз відвідувала лікаря-гінеколога п'ять років тому.

Спадковість не обтяжена. У 20-річному віці перенесла апендектомію. Хворіє на цукровий діабет 2 типу протягом 12 років. На диспансерному обліку у терапевта з приводу гіпертонічної хвороби.

Об'єктивне обстеження: загальний стан хворої задовільний, ІМТ > 30. Шкірні покриви і видимі слизові оболонки нормального забарвлення. Язик вологий, не обкладений нальотом. Температура тіла – 36,6 °С. У легенях вислуховується везикулярне дихання, хрипів немає. Тони серця приглушені, ритмічні. Пульс – 86 уд./хв, задовільних властивостей, АТ – 150/100 мм рт. ст. Молочні залози м'які, безболісні при пальпації; виділень із сосків немає. Живіт бере участь в акті дихання; при пальпації м'який, безболісний у верхніх та нижніх відділах. Симптоми подразнення очеревини негативні. Сечовипускання безболісне. Випорожнення в нормі.

Гінекологічне дослідження: зовнішні статеві органи розвинені правильно, без запальних змін. Огляд у дзеркалах: шийка матки циліндричної форми, без видимих змін. Бімануальне обстеження: тіло матки збільшене відповідно до шести тижнів вагітності, м'якої консистенції, з чіткими контурами, обмежене у рухливості, безболісне при пальпації. Придатки матки з обох

сторін не збільшені, безболісні. Параметрії не інфільтрований. Склепіння глибокі, безболісні. Виділення зі статевих шляхів кров'янисті, помірні.

Ректальне дослідження: пухлинні утворення та інфільтрати в малому тазі не визначаються.

Дані УЗД: матка – 68 × 57 × 58 мм, М-ехо (ендометрій) – 19,5 мм, придатки без патологій. Заочеревинні тазові лімфовузли не збільшені.

Результати морфологічного дослідження біоптату ендометрію: високодиференційована аденокарцинома.

### Питання

1. Попередній діагноз.
2. План обстеження хворої для встановлення діагнозу та правильного передопераційного стадіювання процесу.
3. Методи проведення біопсії ендометрію.
4. Лікувальна тактика.
5. Фактори ризику виникнення раку тіла матки.

### Задача 4

До сімейного лікаря звернулася пацієнтка С., 44 роки, зі скаргами на загальну слабкість, втрату апетиту. Жінка відмічає, що, незважаючи на значну втрату маси (10 кг за місяць), у неї збільшується в об'ємі живіт.

Анамнез: менструації з 15 років (установилися через рік), по 3–4 дні, цикл 30 днів, регулярні, безболісні, помірні. Остання менструація розпочалася тиждень тому. Статеве життя з 23 років. З метою контрацепції використовує презервативи. Пацієнтка у шлюбі. Була тричі вагітною (один медичний аборт без ускладнень та двоє фізіологічних пологів). Під час профілактичного огляду півтора року тому дізналася про наявність пухлини правого яєчника, але до лікаря для подальшого детального обстеження не звернулася.

В анамнезі ГРВІ, ГРЗ. Із соматичних захворювань відмічає хронічний гастрит, який неодноразово лікувала.



Об'єктивне обстеження: хвора зниженого харчування. Загальний стан задовільний. Шкірні покриви та видимі слизові оболонки бліді. Температура тіла – 36,8 °С. При аускультатії: в легенях дихання везикулярне, хрипів немає. Тони серця приглушені, ритмічні. Пульс – 80 уд./хв, слабкого наповнення, АТ – 110/70 мм рт. ст. Живіт збільшений в об'ємі. При пальпації – безболісний, симптомів подразнення очеревини немає. Сечовипускання та випорожнення не порушені. Набряків на нижніх кінцівках немає.

Гінекологічне дослідження: зовнішні статеві органи розвинені правильно, без запальних змін. Огляд у дзеркалах: шийка матки циліндричної форми, епітелій не змінений. При бімануальному обстеженні тіло матки не збільшене, обмежено рухливе, безболісне. В проєкції придатків з обох боків пальпуються пухлинні утвори, бугристі, щільні, обмежено рухливі, до 9–10 см в діаметрі. Склепіння сплюснені.

Дані УЗД органів малого таза: матка не збільшена, М-ехо – 5 мм. Солідні об'ємні утвори обох яєчників розмірами 10 × 11 × 9 см, з посиленням патологічним кровопостачанням. У черевній порожнині визначається помірна кількість вільної рідини, збільшення заочеревинних лімфовузлів не виявлено.

### ○ Питання

1. Попередній діагноз.
2. Алгоритм обстеження хворої.
3. Тактика лікування хворої.
4. В яких випадках і в якому обсязі можливе проведення органозберігаючого оперативного лікування при онкопатології яєчників?
5. Які варіанти розвитку раку яєчників ви знаєте?

### 🗉 Задача 5

Хвора Б., 33 роки, звернулась до стаціонару зі скаргами на кров'янисті виділення зі статевих шляхів, ниючий біль внизу живота, затримку менструації.

Вважає себе хворою протягом 3–4 днів, коли вперше після затримки менструації, яка була понад півтора місяця тому, з'явилися ниючий біль внизу живота і кров'янисті виділення зі статевих шляхів.

Анамнез: менструації з 13 років (встановилися відразу), по 5 днів, цикл 27 днів, регулярні, безболісні, помірні. Статеве життя з 20 років. Контрацепцію не використовує. В анамнезі одна вагітність, що закінчилася фізіологічними пологам.

Гінекологічні та соматичні захворювання заперечує. Спадковість не обтяжена.

Об'єктивне обстеження: загальний стан хворої задовільний. Шкіра та видимі слизові оболонки блідо-рожеві. Температура тіла – 36,6 °С. Пульс – 80 уд./хв, ритмічний, задовільних властивостей, АТ – 120/70 мм рт. ст. При аускультатії: в легенях дихання везикулярне, хрипів немає. Тони серця ясні, шумів немає, діяльність ритмічна. Печінка біля краю реберної дуги. Живіт не здутий, бере участь в акті дихання; при поверхневій та глибокій пальпації – безболісний на всьому протязі. Симптоми подразнення очеревини негативні. Сечовипускання та випорожнення не порушені.

Гінекологічне дослідження: зовнішні статеві органи розвинені правильно. Оволосіння за жіночим типом. Огляд у дзеркалах: шийка матки циліндричної форми, ціанотична, зовнішнє вічко закрите. Бімануальне обстеження: тіло матки круглястої форми, збільшене відповідно до 11–12 тижнів вагітності, розм'якшене, контури рівні, рухливе, безболісне при пальпації. Придатки матки з обох сторін не збільшені, безболісні. Склепіння вільні. Виділення зі статевих шляхів кров'янисті, помірні.

За результатами УЗД органів малого таза виявлено симптом «снігової бурі».

### ○ Питання

1. Попередній діагноз.
2. Тактика ведення жінки.
3. Лікування хворої.

4. Які алгоритми подальшого спостереження хворої?
5. Що входить в поняття «трофобластична хвороба»?

#### **Задача 6**

Хвора В., 36 років, звернулася до лікаря зі скаргами на загальну слабкість, задуху, кашель та темні кров'янисті виділення зі статевих шляхів протягом трьох-чотирьох тижнів.

Менструації з 14 років, встановилися протягом року по 5–6 днів, менструальний цикл через 27–28 днів, регулярний. Виділення під час менструацій помірні. Вагітностей три. Пологи одні, вчасні, через природні статеві шляхи. Аборт медикаментозний один, без ускладнень. Остання вагітність ускладнилась матковою кровотечею в терміні сім-вісім тижнів гестації шість місяців тому. У зв'язку з цим була виконана вакуум-аспірація. При морфологічному дослідженні одержаного макропрепарату діагностовано міхурцевий занесок, неповний.

У післяопераційному періоді виконано контрольне УЗД органів малого таза: М-ехо – 8–9 мм, жовте тіло в діаметрі до 35 мм зліва за типом лютеїнової кісти.

Через чотири-п'ять місяців після завершення вагітності з'явилися темні мажучі кров'янисті виділення зі статевих шляхів і сухий кашель. Оглянута сімейним лікарем. Призначено лікування бронхіту. Незважаючи на лікування, кашель посилювався.

Об'єктивно: загальний стан хворої середнього ступеня тяжкості, АТ – 100/60 мм рт. ст., 90/60 мм рт. ст., пульс – 98–100 уд./хв. Шкірні покриви та видимі слизові оболонки бліді. Над легеньми вислуховується жорстке дихання, різко ослаблене в нижніх відділах. Живіт м'який, безболісний при поверхневій та глибокій пальпації у всіх відділах. Симптомів подразнення очеревини немає. Печінка біля краю реберної дуги. Симптом Пастернацького негативний з обох сторін. Фізіологічні відправлення без особливостей.

Гінекологічний статус: зовнішні статеві органи розвинуті правильно, без ознак запалення, слизова оболонка піхви та шийки матки ціанотичного кольору. Тіло матки збільшене

до семи тижнів вагітності, тістуватої консистенції, рухоме, безболісне. Придатки з обох сторін збільшені до 5–6 см, безболісні при огляді. Склепіння вільні. Виділення кров'янисті, темного кольору, помірні.

Клініко-лабораторні та інструментальні обстеження:

1. ХГЛ – 95 000–100 000 ОД (вище норми в 50 разів) двічі в контрольних дослідженнях.

2. КТ легенів: виявлено патологічні округлі пухлинні утворення по всій тканині легенів.

3. УЗД органів малого таза: вузлові пористі пухлині структури з інтенсивним кровопостачанням в ендометрії з інвазією до 1/3 товщини міометрія (симптом «снігової бурі»). Двобічні текалютеїнові кісти до 5–6 см в діаметрі.

4. МРТ головного мозку с контрастуванням: патологію не виявлено.

#### **Питання**

1. Встановіть діагноз та обґрунтуйте його.
2. Обов'язковий алгоритм дій за протоколом після діагностики міхурцевого занеску.
3. Діагностичні критерії даної патології.
4. Методи лікування.
5. Активне спостереження та диспансерне ведення пацієнток з даною патологією.

#### **Задача 7**

Хвора Б., 46 років, до гінеколога не зверталася протягом 10 років. Відмічає схуднення, збільшення в об'ємі живота, нудоту, загальну слабкість. Вищевказані скарги з'явилися, зі слів пацієнтки, шість-сім місяців тому.

Анамнез: менструації з 12 років, установилися протягом року, 4–5 днів з періодичністю 28–30 днів. Вагітність одна, індукована гормональними препаратами, завершилась пологами через природні пологові шляхи в терміні 38–39 тижнів, без особливостей.

Об'єктивно: хвора зниженого харчування. Шкірні покриви та видимі слизові оболонки бліді, чисті. Живіт збільшений в об'ємі, у горизонтальному положенні розпластаний. При перкусії передньої черевної стінки, відмічається притуплення перкуторного звуку, особливо по бічних каналах черевної порожнини.

Гінекологічний огляд у дзеркалах: зовнішні статеві органи розвинені правильно, оволошіння за жіночим типом. Слизова оболонка піхви та вагінальної частини шийки матки блідо-рожева. Шийка матки циліндрична. Епітелій цілий. Зовнішнє вічко щілиноподібне, закрите. Виділення слизові.

Бімануально: увесь малий таз виповнений щільними, горбистими нерухомими, чутливими при пальпації, пухлиноподібними утвореннями. Матка з придатками окремо не визначається. Переднє та бокові склепіння нависають за рахунок вільної рідини в черевній порожнині та малому тазі.

Під час УЗД органів малого таза: матка  $44 \times 28 \times 40$  мм, не збільшена, однорідна. М-ехо – 2–3 мм, однорідне. Яєчники не візуалізуються. У порожнині малого таза пухлиноподібне утворення  $154 \times 140 \times 160$  мм з нерівними контурами, солідної структури, різної ехогенності. Велика кількість вільної рідини в черевній порожнині (асцит).

При УЗД органів черевної порожнини: паренхіма печінки без патологічних змін, патологічних утворів сечових органів і селезінки не виявлено, велика кількість вільної рідини в черевній порожнині (асцит).

Проведено МРТ органів черевної порожнини з контрастуванням: пухлина значних розмірів з накопиченням контрасту. На великому сальнику та очеревині черевної порожнини та малого таза пухлинні утворення діаметром від 0,5 до 2 см з накопиченням контрасту. Поверхня печінки з поодинокими пухлинними утвореннями діаметром до 0,5–1 см з накопиченням контрасту. Тазові та парааортальні лімфатичні вузли не змінені, суміжні органи без патологічних змін.

На КТ органів грудної клітки: патології не виявлено.

За даними додаткових інструментальних методів дослідження (ЕФГДС, колоноскопія, мамографія, ентерографія, колонографія) патології не виявлено.

Онкомаркери: СА 125 – 960 од/мл; НЕ 4 – 148 пмоль/л.

Діагностична лапароскопія: після введення троакарів і оптики в черевну порожнину виявлено асцит та евакуйовано близько 3 л серозної рідини. При ревізії органів малого таза виявлено пухлиноподібне утворення щільної структури, неправильної горбистої форми, яке виповнює весь малий таз, досягаючи ілеоцекальної та сигмоподібної ділянок. Матка утворює єдиний конгломерат з пухлиною, придатки окремо не визначаються. Великий сальник інфільтрований пухлинними імплантами діаметром від 0,5 до 2 см. На парієтальній очеревині малого таза, особливо в Дугласовому просторі, множинні пухлинні імпланти діаметром від 0,5 до 3 см. Визначаються поодинокі пухлинні імпланти на діафрагмі та поверхні печінки. Взято біопсію з поверхні пухлини та пухлинних імплантів.

Морфологічний висновок: помірно диференційована цистаденокарцинома (G2).

### ○ Питання

1. Встановіть остаточний діагноз та обґрунтуйте його.
2. Назвіть гістогенетичні типи злоякісних пухлин яєчників.
3. Назвіть основні маркери злоякісності утворень яєчників залежно від гістогенетичного типу.
4. Визначте тактику ведення хворої.
5. Назвіть основні види хіміотерапії.

### 💬 Тестові завдання

1. Хвора Б., 60 років, у постменопаузі 10 років, звернулася до лікаря зі скаргами на біль та відчуття важкості в нижній частині живота, збільшення живота в об'ємі, метеоризм. Об'єктивно: живіт збільшений у розмірах за рахунок наявності пухлини, що виходить з малого таза, та вільної рідини в черевній порожнині (асциту). При бімануальному дослідженні:

матка зменшених розмірів, обмежено рухлива, в єдиному конгломераті з нерухомим щільним горбистим пухлинним утвором яєчника розмірами 15 × 13 см зліва. Які дослідження необхідно провести для встановлення остаточного діагнозу?

- A. Гормональні дослідження
- B. Кольпоскопія
- C. МРТ органів малого таза та черевної порожнини з контрастуванням
- D. Бактеріологічне дослідження виділень з піхви
- E. Метросальпінгографія

2. Хвора А., 38 років, скаржиться на водянисті виділення з неприємним запахом зі статевих шляхів протягом останніх трьох-чотирьох місяців. Гінекологічний огляд в дзеркалах: шийка матки циліндричної форми, гіпертрофована, на передній губі шийки матки ділянка зміненої слизової оболонки, гіперерована, розмірами більше 1 см в діаметрі, кровоточить при дотику. При бімануальному дослідженні: тіло матки та придатки без особливостей, склепіння вільні, не інфільтровані. Вкажіть найбільш інформативне дослідження для заключної діагностики захворювання.

- A. УЗД органів малого таза
- B. МРТ та/або КТ органів малого таза
- C. Цитоморфологічне дослідження
- D. Розширена кольпоскопія
- E. Прицільна біопсія шийки матки під контролем розширеної кольпоскопії

3. Пацієнтка С., 60 років звернулася до лікаря зі скаргами на незначні кров'янисті виділення зі статевих шляхів протягом двох місяців. Постменопауза – 10 років. Соматична патологія: гіпертонічна хвороба II ст. Ожиріння III ст.

Гінекологічний огляд у дзеркалах: патології не виявлено.

При бімануальному дослідженні: матка не збільшена, придатки інволютивні, склепіння глибокі, інфільтратів та об'ємних утворів в малому тазу немає.

Який метод дослідження дасть змогу визначити заключний діагноз?

- A. УЗД органів малого таза
- B. КТ органів малого таза
- C. Кольпоскопія
- D. Цитоморфологічне дослідження
- E. Гістероскопія з прицільною біопсією ендометрію та патоморфологічним дослідженням біоптату

4. Пацієнтка Р., 28 років, стала на облік з приводу вагітності в терміні 24 тижні гестації. При обстеженні вагітної діагностовано рак шийки матки ІА ст.

Яка тактика ведення даної пацієнтки?

- A. Передчасне розродження, операція Вертгейма та променева терапія
- B. Терміновий кесарів розтин, операція Вертгейма та променева терапія
- C. Пролонгація вагітності до 36 тижнів гестації, кесарів розтин, операція Вертгейма та променева терапія
- D. Кесарів розтин, променева терапія
- E. Спеціальне лікування після самостійних пологів

5. Хвора С., 28 років, звернулася до лікаря зі скаргами на помірні кров'янисті виділення зі статевих шляхів після затримки менструації на шість тижнів. Тест на вагітність позитивний. Гінекологічний огляд у дзеркалах: шийка матки ціанотична, зовнішнє вічко закрите. При бімануальному дослідженні: матка збільшена до 13–14 тижнів вагітності (не відповідає терміну вагітності), придатки збільшені з обох сторін, виділення кров'янисті, помірні. Які методи дослідження обов'язкові для уточнення діагнозу?

- A. Цитоморфологічне дослідження
- B. КТ органів малого таза
- C. МРТ органів малого таза
- D. Кількісне визначення ХГЛ, УЗД органів малого таза
- E. Кольпоскопія

## Тема 10

# «ГОСТРИЙ» ЖИВІТ У ГІНЕКОЛОГІЇ. НЕВІДКЛАДНІ СТАНИ В ГІНЕКОЛОГІЇ. ПІДГОТОВКА ТА ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНЕ ВЕДЕННЯ ГІНЕКОЛОГІЧНИХ ХВОРИХ ПРИ УРГЕНТНИХ І ПЛАНОВИХ ОПЕРАТИВНИХ ВТРУЧАННЯХ

### Код за МКХ-10

- O00 Позаматкова вагітність
- O00.0 Абдомінальна (черевна) вагітність
- O00.1 Трубна вагітність
- O00.2 Яєчникова вагітність
- O00.8 Інші форми позаматкової вагітності
- O00.9 Неуточнена позаматкова вагітність
- N83.5 Перекручення яєчника, ніжки яєчника та маткової труби.
- S37. Травма сечових і тазових органів
- S37.40 Травма яєчника без відкритої рани черевної порожнини
- S37.41 Травма яєчника з відкритою раною черевної порожнини
- S37.60 Травма матки без відкритої рани черевної порожнини
- S37.61 Травма матки з відкритою раною черевної порожнини

### Задача 1

Хвора І., 32 роки, звернулася до лікаря зі скаргами на рясні кров'яністі виділення зі статевих шляхів, періодичний

тягнучий біль внизу живота, загальну слабкість, затримку менструації на два тижні.

Анамнез: менструації з 12 років, по шість днів, цикл 30 днів, безболісні, помірні, регулярні. Статеве життя з 20 років. Була одна вагітність три роки тому, яка закінчилася медичним абортотом з ускладненням (післяабортний ендометрит).

У дитинстві часто хворіла на респіраторні захворювання, у віці 20 років перенесла апендектомію.

Об'єктивне обстеження: загальний стан хворої задовільний. Шкіра та видимі слизові оболонки блідо-рожевого кольору. Язик вологий, не обкладений. Температура тіла – 36,5 °С. Над легеньми вислуховується везикулярне дихання, хрипів немає. Діяльність серця ритмічна, тони ясні, шумів немає. Пульс – 84 уд./хв, ритмічний, АТ – 100/65 мм рт. ст. Живіт не здутий, бере участь в акті дихання; при поверхневій та глибокій пальпації – м'який та безболісний на всьому протязі. Симптоми подразнення очеревини негативні. Сечовипускання безболісне, вільне. Випорожнення у нормі.

Гінекологічне дослідження: зовнішні статеві органи розвинуті правильно, без запальних змін. Оволосіння за жіночим типом. Огляд у дзеркалах: піхва жінки, що не народжувала. Шийка матки збільшена у розмірах, деформована, «бочкоподібної» форми, ціанотична, епітелій не змінений. Зовнішнє вічко трохи відкрите, ексцентрично розташоване. З цервікального каналу рясні кров'яністі виділення. Бімануальне обстеження: шийка матки збільшена, розм'якшена. Тіло матки не збільшене у розмірах, чутливе при пальпації, рухливе. Придатки матки справа і зліва не збільшені, ділянка пальпації їх безболісна. Склепіння вільні. Виділення зі статевих шляхів кров'яністі, рясні.

### ○ Питання

1. Встановіть попередній діагноз.
2. Алгоритм ведення жінки.
3. З якими гінекологічними захворюваннями необхідно провести диференційну діагностику?

4. Тактика лікування хворої.
5. Класифікація позаматкової вагітності за локалізацією.

### **Задача 2**

Хвора М., 28 років, доправлена екстрено до гінекологічного відділення ЛШМД зі скаргами на біль внизу живота, що раптово виник, який іррадіює у стегно, пряму кишку, лопатку та ключицю, а також на нудоту, запаморочення, загальмованість, кров'янисті темні виділення зі статевих шляхів протягом тижня, затримку менструації протягом чотирьох тижнів. Захворіла раптово на роботі.

Анамнез: менструації з 14 років, по 5–6 днів, цикл 28 днів, безболісні, помірні, регулярні. Остання менструація вісім тижнів тому. Статеве життя з 17 років. Одружена. Вагітності не запобігає. Була одна вагітність чотири роки тому, яка закінчилася медичним абортom.

В анамнезі хронічний двобічний аднексит. Лікувалась у стаціонарі неодноразово. У дитинстві перенесла вітряну віспу, кір. Оперативні втручання заперечує.

Об'єктивне обстеження: загальний стан хворої тяжкий. Шкірні покриви та видимі слизові оболонки бліді. Виступає холодний піт. Дихання часте, поверхневе. Язик чистий, вологий. Кінцівки холодні на дотик. Під час огляду втратила свідомість. Температура тіла – 36,4 °С. Над легеньми аускультується везикулярне дихання без хрипів. Тони серця ритмічні, приглушені, шумів немає. Пульс – 96 уд./хв, слабкого наповнення, АТ – 85/55 мм рт. ст. Шоковий індекс Альговера – 1,13. Живіт помірно роздутий, при пальпації болісний у нижніх відділах. Симптом Щоткіна – Блюмберга позитивний, відмічається симптом Куленкампа. При перкусії живота – приглушення перкуторного звуку. Сечовипускання безболісне, вільне. Випорожнення не порушене.

Гінекологічне дослідження: зовнішні статеві органи розвинуті за жіночим типом, без запальних змін. Огляд у дзеркалах: піхва жінки, що не народжувала. Шийка матки конічної форми,

епітелій цілий, ціаноз слизової оболонки піхви і шийки матки. З цервікального каналу – темні незначні кров'янисті виділення. Бімануальне обстеження: екскурсії шийки матки різко болісні, симптом Промптова – позитивний. Тіло матки дещо збільшене, розм'якшене, болісне при зміщенні, визначається симптом «плаваючої матки». У ділянці лівих придатків матки пальпується тугоеластичне утворення розміром 5×6×5 см, різко болісне. Придатки матки справа не пальпуються. Заднє склепіння навісає та різко болісне при пальпації («крик Дугласа»). Виділення зі статевих шляхів кров'янисті незначні, темні.

### **Питання**

1. Встановіть попередній діагноз. Які клінічні ознаки підтверджують діагноз?
2. Визначте алгоритм дії лікаря.
3. Дайте визначення симптому Куленкампа.
4. У чому полягає особливість крові, яку отримують при пункції черевної порожнини через заднє склепіння?
5. Класифікація трубної вагітності за локалізацією та клінічним перебігом.

### **Задача 3**

До лікаря звернулась хвора А., 27 років, зі скаргами на періодичний біль внизу живота переважно зліва протягом двох днів, незначні темні кров'янисті виділення зі статевих шляхів, затримку менструації на 12 днів.

Анамнез: менструації з 15 років, по чотири дні, цикл 32 дні, болісні, помірні, регулярні. Остання менструація 45 днів тому (затримка 12 днів). Статеве життя з 17 років. У шлюбі з 21 року. Вагітностей не було, контрацепцію сімейна пара не застосовує. В анамнезі хронічний сальпінгоофорит.

Об'єктивне обстеження: загальний стан хворої задовільний. Жінка нормостенічного типу, помірного харчування. Шкірні покриви та видимі слизові оболонки блідо-рожевого кольору. Температура тіла – 36,6 °С. Язик чистий, вологий. Над легеньми

вислуховується везикулярне дихання, хрипів немає. Діяльність серця ритмічна, тони ясні, шумів немає. Пульс – 78 уд./хв, задовільних властивостей, АТ – 115/70 мм рт. ст. Живіт не здутий, бере участь в акті дихання; при поверхневій та глибокій пальпації м'який та безболісний на всьому протязі. Ознаки подразнення очеревини відсутні. Сечовипускання безболісне, вільне. Випорожнення у нормі.

Гінекологічне дослідження: зовнішні статеві органи розвинуті правильно, без видимих ознак запалення. Оволосіння за жіночим типом. Огляд у дзеркалах: піхва жінки, що не народжувала. Шийка матки конічної форми, епітелій не змінений, ціанотичний. Зовнішнє вічко закрите. З цервікального каналу – незначні темно-кров'яністі виділення. Бімануальне обстеження: тіло матки дещо збільшене в розмірах, відносно рухливе, безболісне при пальпації. У ділянці лівих придатків матки пальпується утворення тістуватої консистенції з нечіткими контурами розміром 4,5 × 5 × 4,5 см, обмежено рухливе, болісне при пальпації. Праві придатки матки не пальпуються, безболісні. Піхвові склепіння глибокі. Виділення зі статевих шляхів незначні, темно-кров'яністі.

#### ○ Питання

1. Встановіть попередній діагноз.
2. Які додаткові лабораторні та інструментальні методи обстеження дають змогу визначити правильний діагноз?
3. З якими захворюваннями необхідно провести диференційний діагноз?
4. Можливі консервативні методи лікування прогресуючої вагітності.
5. Основні причини виникнення позаматкової вагітності.

#### ☞ Задача 4

До гінекологічного відділення надійшла хвора Б., 21 рік, зі скаргами на різкий біль внизу живота, що іррадіює у задній прохід, запаморочення, які виникли раптово після *coitus*. Вдома була короткочасна втрата свідомості.

Анамнез: менструації з 13 років, установилися через два роки, по сім днів, цикл 28–34 дні, безболісні, помірні, нерегулярні. Остання менструація два тижні тому в очікуваний термін. Статеве життя веде протягом року. Не вагітніла. Запобігала вагітності перерваним статевим актом. В анамнезі – функціональна кіста яєчника два роки тому, лікувалася амбулаторно. Відвідувала востаннє гінеколога три місяці тому, гінекологічної патології не виявлено.

У дитинстві хворіла на вітряну віспу, ангіну. Операції, гемотрансфузії заперечує.

Об'єктивне обстеження: загальний стан хворої середньої тяжкості. Шкірні покриви та видимі слизові оболонки бліді. Язик чистий, вологий. Температура тіла – 37,1 °С. Молочні залози при пальпації м'які, безболісні, виділень із сосків немає. Щитоподібна залоза не пальпується. Над легеньми вислуховується везикулярне дихання, хрипів немає. Діяльність серця ритмічна, тони ясні, шумів немає. Пульс – 84 уд./хв, ритмічний, АТ – 100/65 мм рт. ст. Живіт помірно роздутий, при пальпації помірно болісний у гіпогастральній ділянці. Симптоми подразнення очеревини позитивні. При перкусії живота – приглушення звуку. Фізіологічні відправлення в нормі.

Гінекологічне дослідження: зовнішні статеві органи розвинуті за жіночим типом, без запальних змін. Огляд у дзеркалах: піхва жінки, що не народжувала. Шийка матки конічної форми, епітелій не змінений. Зовнішнє вічко закрите. Бімануальне обстеження: екскурсії шийки матки різко болісні, симптом Промптова позитивний. Тіло матки в положенні *anteflexio*, не збільшене, щільне, чутливе при пальпації, рухливе. У ділянці правих придатків матки пальпується тугоеластичне утворення розміром 5 × 6 × 5 см, різко болісне. Пальпація ділянки правих придатків матки дещо утруднена через різку болісність. Визначається збільшений до 5 × 5 × 4,5 см кулястий правий яєчник, болісний при пальпації. Придатки матки зліва не пальпуються. Заднє склепіння піхви нависає та різко болісне при пальпації. Виділення зі статевих шляхів кров'яністі, мізерні.

Загальний аналіз крові: гемоглобін – 94 г/л, еритроцити –  $2,9 \cdot 10^{12}/л$ , лейкоцити –  $5,4 \cdot 10^{12}/л$ .

### ○ Питання

1. Встановіть попередній діагноз.
2. Складіть план подальшого обстеження хворої.
3. Від чого залежить тактика лікування (консервативне або хірургічне) у пацієток з апоплексією яєчника? Визначте обсяг хірургічного втручання у даної пацієнтки.
4. Післяопераційна реабілітація хворої.
5. Класифікація апоплексії яєчника за клінічним перебігом.

### ☰ Задача 5

Хвора К., 34 роки, надійшла до гінекологічного стаціонару зі скаргами на гострий біль внизу живота більше зліва, який з'явився під час занять шейпінгом, нудоту, блювання. Шість місяців тому при огляді у гінеколога виникла підозра на наявність пухлини лівого яєчника, але хвора від обстеження та лікування відмовилася.

Анамнез: менструації з 15 років, по шість днів, цикл 29 днів, помірно болісні, помірні, регулярні. Остання менструація тиждень тому в очікуваний термін, перебігала без особливостей. Статеве життя з 20 років. Було три вагітності, дві з яких закінчилися вчасними пологамі, одна – медичним абортom.

У дитинстві перенесла хронічний тонзиліт, скарлатину, пневмонію. Спадковість не обтяжена.

Об'єктивне обстеження: загальний стан хворої середньої тяжкості. Шкірні покриви та видимі слизові оболонки блідо-рожевого кольору. Язик сухуватий, обкладений біля краю білим нальотом. Температура тіла – 37,5 °С. Молочні залози при пальпації м'які, безболісні, виділень із сосків немає. Над легеньми вислуховується везикулярне дихання, хрипів немає. Діяльність серця ритмічна, тони ясні, шумів немає. Пульс – 88 уд./хв, ритмічний, АТ – 120/85 мм рт. ст. Живіт правильної форми, в акті дихання передня черевна стінка

бере участь обмежено, при пальпації відмічається напруження в нижніх відділах живота, де відзначаються болісність і позитивний симптом Щоткіна – Блюмберга. Печінка і селезінка не пальпуються. Перкуторно – тимпанічний звук. Сечовипускання вільне. Випорожнення було добу тому.

Гінекологічне дослідження: зовнішні статеві органи розвинуті правильно, без запальних змін. Оволосіння за жіночим типом. Огляд у дзеркалах: піхва жінки, що народжувала. Шийка матки циліндричної форми, епітелій цілий. Зовнішнє вічко закрите. Бімануальне обстеження: шийка матки щільна, довжина піхвової частини 2 см, екскурсії шийки матки болісні, симптом Промптова позитивний. Тіло матки в положенні *anteflexio*, не збільшене у розмірах, щільне, чутливе, безболісне при пальпації, рухливе. У ділянці лівих придатків визначається горбисте утворення  $7 \times 8 \times 7$  см з чіткими контурами, обмежено рухливе, болісне. Придатки матки справа не збільшені, ділянка пальпації їх безболісна. Склепіння глибокі. Виділення зі статевих шляхів слизові, помірні.

### ○ Питання

1. Попередній діагноз.
2. Складіть алгоритм дій лікаря.
3. З якими гінекологічними та екстрагенітальними захворюваннями слід диференціювати цю патологію?
4. Які анатомічні структури входять до анатомічної та хірургічної ніжки пухлини яєчника?
5. Що визначає обсяг хірургічного втручання при перекруті ніжки пухлини яєчника?

### ☰ Задача 6

Хвора А., 41 рік, звернулась до гінеколога зі скаргами на гострий біль внизу живота протягом 4 год, підвищення температури тіла до 38,0 °С. Біль з'явився два тижні тому після вишкрібання слизової оболонки матки з приводу неповного викидня при терміні вагітності 10 тижнів. Знає про міому матки три роки.



Анамнез: менструації з 13 років, по п'ять днів, цикл 28 днів, безболісні, помірні, регулярні. Статеве життя з 19 років. Було чотири вагітності, дві з яких закінчилися пологам у термін, одна – медичним аборт, остання – мимовільним аборт у терміні 10 тижнів вагітності два тижні тому.

У дитинстві часто хворіла на ГРВІ. Спадковість не обтяжена. Протягом 3 років на диспансерному обліку у гінеколога з приводу міоми матки.

Об'єктивне обстеження: загальний стан хворої середньої тяжкості. Пацієнтка підвищеного харчування. Шкірні покриви та видимі слизові оболонки рожевого кольору. Язик сухуватий, обкладений білим нальотом. Температура тіла – 38,1 °С. Молочні залози при пальпації м'які, безболісні, виділень із сосків немає. Над легеньми вислуховується везикулярне дихання без хрипів. Діяльність серця ритмічна, тони ясні, шумів немає. Пульс – 100 уд./хв, ритмічний, АТ – 115/70 мм рт. ст. Живіт роздутий, напруження передньої черевної стінки, при пальпації болісний на всьому протязі. Визначаються позитивні симптоми подразнення очеревини. Печінка і селезінка не пальпуються. Сечовипускання вільне. Випорожнення відсутні два дні.

Гінекологічне дослідження: зовнішні статеві органи розвинені правильно, без запальних змін. Оволосіння за жіночим типом. Огляд у дзеркалах: піхва жінки, що народжувала. Шийка матки циліндричної форми, з ознаками ектопії. Зовнішнє вічко закрито. Бімануальне обстеження: тіло матки в положенні *anteflexio*, збільшене відповідно до 9–10-го тижня вагітності, щільне, обмежене у рухливості. По передній поверхні – різко болісний міоматозний вузол розміром 5×3×4 см. Придатки матки справа та зліва не збільшені, безболісні. Склепіння вільні. Виділення зі статевих шляхів серозно-гнійні, помірні.

#### ○ Питання

1. Встановіть попередній діагноз.
2. Складіть алгоритм дій лікаря.

3. Які характерні для даної патології зміни будуть виявлені у загальному аналізі крові?
4. Лікування даної пацієнтки.
5. Яка пухлина матки має схожі клінічні ознаки з некрозом міоматозного вузла?

#### ☞ Задача 7

У гінекологічному стаціонарі у хворої К., 35 років, з вагітністю шість-сім тижнів під час виконання штучного аборт виникло ускладнення – перфорація стінки матки зондом в ділянці дна з проникненням в черевну порожнину. Плідне яйце видалено з порожнини матки за допомогою вакуум-аспірації.

Об'єктивно: загальний стан жінки задовільний. Шкірні покриви і видимі слизові оболонки блідо-рожевого кольору, чисті. Язик вологий, не обкладений. Температура тіла – 36,8 °С. Молочні залози рівномірно тяжисті, виділень з них немає. Над легеньми аускультується везикулярне дихання, хрипів немає. Діяльність серця ритмічна, тони ясні, шумів немає. Гемодинамічні показники стабільні: пульс 76 уд./хв, ритмічний, задовільного наповнення і напруження, АТ – 120/80 мм рт. ст. Язик чистий, вологий. Живіт не здутий, бере участь в акті дихання; при поверхневій та глибокій пальпації м'який, безболісний. Симптоми подразнення очеревини негативні. Перистальтика кишечника вислуховується – активна. Симптом Пастернацького негативний. Сечовипускання безболісне, вільне.

Протягом години спостереження в умовах палати інтенсивної терапії стан жінки не погіршився. Стабільний. Гемодинамічні показники – пульс та АТ, не змінилися.

#### ○ Питання

1. Попередній діагноз.
2. Визначте найбільш раціональну тактику ведення хворої.
3. Які методи обстеження використати при динамічному спостереження за хворою?
4. Які можливі ускладнення в післяопераційному періоді у хворої?

5. Тактика ведення хворої у разі виникнення ускладнень, погіршення гемодинамічних показників.

### 🗨️ Задача 8

Пацієнтка О., 40 років, надійшла до гінекологічного відділення із скаргами на сильні кров'янисті виділення зі статевих шляхів і переймоподібний біль внизу живота.

Анамнез: менструації з 13 років, установились протягом року по 4–5 днів, менструальний цикл 28–30 днів, регулярний. Виділення під час менструацій помірні. Вагітностей дві. Пологи одні, у термін, через природні статеві шляхи без ускладнень. Аборт медикаментозний один, без ускладнень. Останні два роки відмічає тривалі менструації по 10–12 днів, рясні, болісні. До лікаря не зверталась.

Об'єктивно: шкірні покриви блідо-рожевого кольору, чисті, вологі. Пульс 76 уд./хв, задовільних властивостей. АТ – 115/75 мм рт. ст. Температура тіла – 36,6 °С. Шкірні покриви блідо-рожеві, чисті, теплі на дотик. Фізіологічні відправлення без особливостей.

Огляд у дзеркалах та бімануальне дослідження: зовнішні статеві органи розвинуті правильно, без ознак запалення. Піхва жінки, що народжувала. З каналу шийки матки звисає міоматозний вузол діаметром 3 см, на тонкій ніжці; тіло матки збільшене до п'яти-шести тижнів вагітності, щільне. Придатки матки не змінені. Склепіння піхви безболісні, глибокі. Виділення кров'янисті, рясні, зі згустками.

### 🗨️ Питання

1. Попередній діагноз.
2. План обстеження хворої.
3. На підставі яких клінічних ознак можна встановити попередній діагноз?
4. З якими захворюваннями необхідно проводити диференційну діагностику?
5. Тактика ведення хворої.

### 🗨️ Задача 9

До лікарні доставлено дівчинку Р., 14 років, зі скаргами на кровотечу та на сильний біль у ділянці зовнішніх статевих органів, з іррадіацією в праве стегно. З анамнезу відомо, що годину тому дівчинка впала під час занять на уроці фізкультури. Загальний стан задовільний, пульс частий, 94 уд./хв, звичайного наповнення. Артеріальний тиск – 100/70 мм рт. ст., дихання часте, поверхневе, шкірні покриви і видимі слизові оболонки блідо-рожеві, теплі на дотик. Живіт не здутий, бере участь в акті дихання; при поверхневій та глибокій пальпації м'який, неболючий на всьому протязі. Симптоми Щоткіна – Бломберга, подразнення очеревини негативні. Симптом Пастернацького негативний, сечовипускання утруднене, болюче.

Дані гінекологічного дослідження: зовнішні статеві органи розвинені правильно, без видимих ознак запалення з множинними садинами слизової оболонки вульви та клітора, в ділянці правої великої статевої губи визначається гематома розмірами 2 × 4 см, різко болюча при пальпації, поверхня її напружена. Після хірургічної обробки ранової поверхні та проведення гемостатичної терапії протягом години спостереження, відмічається збільшення гематоми до 4 × 5 см та посилення болювого симптому. За даними УЗД органів малого таза (трансабдомінально) патології внутрішніх статевих органів не виявлено.

### 🗨️ Питання

1. Попередній діагноз.
2. Визначити алгоритм дій лікаря.
3. Обсяг необхідних обстежень даної пацієнтки.
4. Від чого залежать тактика лікування пацієнтки й обсяг хірургічного втручання? Визначте, травми яких сусідніх органів малого таза в такій ситуації можливі та їхню діагностику.
5. Класифікація ушкоджень і травм жіночих статевих органів.

### Тестові завдання

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

- A. Порушена трубна вагітність за типом трубного аборту
- B. Прогресуюча позаматкова вагітність
- C. Хронічний сальпінгофорит у стадії загострення
- D. Абдомінальна вагітність
- E. Пухирцевий занесок

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

- A. Госпіталізація до гінекологічного стаціонару
- B. Госпіталізація до хірургічного стаціонару
- C. Лікування у денному стаціонарі
- D. Амбулаторне спостереження та лікування
- E. Санаторно-курортне лікування

3. У пацієнтки К., 28 років, скарги на рясні, тривалі кров'янисті виділення зі статевих шляхів, слабкість, підвищену втомлюваність, періодичний біль внизу живота. При дослідженні: ознаки анемії, гемоглобін – 88 г/л, гематокрит – 24 %.

Вісім місяців тому введено внутрішньоматковий контрацептив. Яке обстеження необхідно провести в першу чергу?

- A. Тести функціональної діагностики, УЗД органів малого таза, посткоїтальний тест
- B. Бактеріологічні посіви виділень піхви та цервікального каналу на облігатну мікрофлору
- C. Гінекологічне обстеження, УЗД, хоріонічний гонадотропін у сироватці крові
- D. Трикратні бактеріологічні посіви сечі та менструальної крові на мікобактерії туберкульозу
- E. Тести функціональної діагностики

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

- A. Антибіотики, утеротоніки, спостереження
- B. Екстирпація матки
- C. Ушивання перфораційного отвору
- D. Вакуум-аспірація вмісту порожнини матки
- E. Строгий ліжковий режим, спостереження

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

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

## НЕПЛІДНІСТЬ

## Код за МКХ-10

- N97 Жіноче безпліддя
- N97.0 Жіноче безпліддя, пов'язане з відсутністю овуляції
- N97.1 Жіноче безпліддя трубного походження
- N97.2 Жіноче безпліддя маткового походження
- N97.3 Жіноче безпліддя шийкового походження
- N97.4 Жіноче безпліддя, пов'язане з чоловічими факторами
- N97.8 Жіноче безпліддя іншої природи
- N97.9 Жіноче безпліддя, не уточнене
- N98 Ускладнення, пов'язані зі штучним заплідненням
- N98.0 Інфекції, пов'язані зі штучним заплідненням
- N98.1 Гіперстимуляція яєчників
- N98.2 Ускладнення, пов'язані зі спробою імплантації яйцеклітини, заплідненої *in vitro*
- N98.3 Ускладнення, пов'язані зі спробою імплантації ембріона
- N98.8 Інші ускладнення, пов'язані зі штучним заплідненням
- N98.9 Ускладнення, пов'язані зі штучним заплідненням, не уточнені
- N46 Чоловіче безпліддя

## Задача 1

До сімейного лікаря вперше звернулася пацієнтка А., 29 років, зі скаргами на неплідність у шлюбі протягом п'яти років, періодичний тягучий біль внизу живота, не пов'язаний з менструальним циклом.

Анамнез: менструації з 12 років, установилися відразу, по 3–4 дні, цикл 28 днів, безболісні, регулярні, помірні. Остання менструація 12 днів тому. Статеве життя з 17 років, протягом останніх п'яти років без використання

контрацепції – вагітність не настає. Проходила неодноразово курси протизапальної терапії у зв'язку із загостренням хронічного двобічного аднекситу, а сім років тому лікувалася з приводу урогенітального хламідіозу. Зі слів хворої, чоловік має дитину від першого шлюбу.

Спадковість не обтяжена. У дитячому віці перенесла апендектомію (гострий апендицит, що ускладнився перитонітом).

Об'єктивне обстеження: загальний стан хворої задовільний. Шкірні покриви і видимі слизові оболонки рожевого кольору, чисті. Язик вологий, чистий. Температура тіла – 36,6 °С. Щитоподібна залоза не збільшена. Молочні залози при пальпації м'які, безболісні, виділень із сосків немає. Над легеньми вислуховується везикулярне дихання без хрипів. Діяльність серця ритмічна, тони ясні. Пульс – 78 уд./хв, задовільних властивостей, АТ – 120/75 мм рт. ст. Живіт м'який, не здутий, безболісний при пальпації. Симптоми подразнення очеревини негативні. У правій здухвинній ділянці живота є рубець після апендектомії завдовжки 10 см із ознаками колоїду. Сечовипускання безболісне, вільне. Випорожнення у нормі.

Гінекологічне дослідження: зовнішні статеві органи розвинені правильно, без ознак запалення. Ріст волосся на лобку за жіночим типом. Огляд у дзеркалах: слизова оболонка піхви блідо-рожевого кольору. Піхва жінки, що не народжувала. Шийка матки конічна, епітелій цілий. Зовнішнє вічко точкове. Симптом зіниці «+++», з цервікального каналу слизові виділення. Бімануальне обстеження: екскурсії шийки матки безболісні. Тіло матки грушоподібної форми, в положенні *anteflexio-versio*, нормальних розмірів, щільне, обмежено рухливе, безболісне при пальпації. Придатки матки з обох сторін при пальпації тяжисті, чутливі. Склепіння глибокі. Виділення зі статевих шляхів слизові, рясні.

Дані УЗД органів малого таза: матка нормальних розмірів. У правому яєчнику визначається домінуючий фолікул діаметром 18 мм.

Метросальпінгографія: права та ліва маткові труби непрохідні у дистальному відділі.

### ○ Питання

1. Сформулюйте та обґрунтуйте попередній діагноз.
2. Складіть алгоритм обстеження даної безплідної пари.
3. Тактика ведення подружньої пари після обстеження.
4. Які фактори впливають на розвиток трубно-перитонеальної форми неплідності?
5. Сучасні методи оперативного лікування трубно-перитонеальної форми неплідності.

### ☞ Задача 2

Пацієнтка В., 28 років, звернулася до лікаря зі скаргами на неплідність протягом трьох років, нерегулярні менструації з затримками до кількох місяців, збільшення маси тіла на 6 кг за останній рік, біль у молочних залозах, незначні виділення при натисканні на навколососкову зону.

Анамнез: менструації з 11 років, установилися через два роки, по 4–5 днів, помірні, безболісні, нерегулярні (з тенденцією до затримки). Початок статевих стосунків з 18 років. У шлюбі три роки, протягом яких веде регулярне статеве життя без використання контрацепції, але вагітність не настає. Була одна вагітність 6 років тому, яка закінчилася медикаментозним перериванням за бажанням жінки у терміні вісім-дев'ять тижнів.

У дитинстві перенесла краснуху, інфекційний мононуклеоз. Спадковість не обтяжена.

Об'єктивне обстеження: загальний стан хворої задовільний. Пацієнтка правильної статури, підвищеного харчування. Шкіра та видимі слизові оболонки рожеві, чисті. Язик вологий, не обкладений. Температура тіла – 36,6 °С. Молочні залози м'які, чутливі при пальпації, при натисканні на навколососкову зону – світлі виділення. Над легеньми вислуховується везикулярне дихання, хрипів немає. Діяльність серця ритмічна, тони ясні. Пульс – 76 уд./хв, задовільних властивостей, АТ – 105/70 мм рт. ст. Живіт м'який, не здутий, безболісний при пальпації. Печінка

та селезінка при пальпації не збільшені. Симптоми подразнення очеревини негативні. Сечовипускання безболісне, вільне. Випорожнення у нормі.

Гінекологічне дослідження: зовнішні статеві органи розвинені правильно, без видимих запальних змін. Ріст волосся на лобку за жіночим типом. Огляд у дзеркалах: піхва вузька, слизова оболонка рожева. Шийка матки конічної форми, епітелій цілий. Зовнішнє вічко закрите. Бімануальне обстеження: екскурсії шийки матки безболісні. Тіло матки нормальних розмірів, у положенні *anteflexio-versio*, щільне, рухливе, безболісне. Придатки матки з обох сторін збільшені до 3,5 × 4 см, щільні, рухливі, безболісні при пальпації. Склепіння глибокі. Виділення зі статевих шляхів слизові, рясні.

Дані УЗД органів малого таза: тіло матки має такі розміри: поздовжній 46 мм, передньозадній 38 мм, поперечний 35,6 мм, структура міометрія однорідна, М-ехо 6 мм. Правий яєчник розташований типово, розміром 34 × 24 × 38,5 мм, фолікули в кількості 16 діаметром 5–10 мм. Лівий яєчник розташований типово, розміром 33,5 × 23,5 × 40,8 мм, фолікули в кількості 15 діаметром 5–10 мм по периферії. Висновок: мультифолікулярні яєчники.

Гормональний профіль: ФСГ – 6,8 мМО/мл (N: 3,5–12,5), ЛГ – 3,6 мМО/мл (N: 2,4–12,6), пролактин – 59,35 нг/мл (N: 4,79–23,3), ТТГ – 2,33 мкМО/л (N: 0,4–4,0), естрадіол – 34,68 пг/мл (N: 12,4–233,0), прогестерон – 0,996 нг/мл (N: 1,7–27,0).

### ○ Питання

1. Встановіть попередній діагноз. Вкажіть ознаки, що підтверджують діагноз.
2. Складіть план обстеження.
3. Тактика лікування у даному клінічному випадку.
4. Які тести функціональної діагностики можуть бути використані у діагностиці ендокринної форми неплідності?
5. З яким фактором у жінок пов'язаний розвиток неплідності при гіперпролактинемії?

### Задача 3

Пацієнтка М., 23 роки, звернулася до лікаря зі скаргами на неплідність у шлюбі протягом двох років, нерегулярні менструації з тенденцією до затримки на півтора-два місяці, надмірне оволосіння на обличчі та тілі, акне, збільшення маси тіла протягом останнього часу. Захворювання пов'язує з перенесеним психоемоційним стресом три роки тому.

Анамнез: менархе з 13 років, регулярні менструації встановилися протягом шести місяців, по 5–7 днів, через 28 днів, безболісні, помірні. Протягом останніх трьох років менструальний цикл подовжився до 37–45 днів. Статеве життя з 19 років. Вагітностей не було. Протягом останніх двох років звернула увагу на те, що вагітність не настає при регулярному статевому житті без використання контрацепції.

У дитинстві хворіла на дитячі інфекційні захворювання, перенесла пневмонію, тонзилектомію. У бабусі хворої цукровий діабет 1 типу.

Об'єктивне обстеження: загальний стан хворої задовільний. Зріст 158 см, маса тіла 76 кг, ІМТ – 30,44. Відмічається надмірне відкладання підшкірної клітковини в ділянці живота. Шкірні покриви рожеві, у ділянці чола та на підборідді – акне. Гірсутизм на обличчі (ділянка верхньої губи), по білій лінії живота, на грудях (навколососкова ділянка), внутрішніх поверхнях стегон. Язик вологий, чистий. Температура тіла – 36,6 °С. Молочні залози рівномірно тяжисті, безболісні, виділень із сосків немає. Над легенями вислуховується везикулярне дихання без хрипів. Тони серця ритмічні, ясні. Пульс – 76 уд./хв, ритмічний, АТ – 115/80 мм рт. ст. Живіт м'який, не здутий, безболісний при пальпації. Симптоми подразнення очеревини негативні. Фізіологічні відправлення в нормі.

Гінекологічне дослідження: зовнішні статеві органи розвинені правильно. Оволосіння за чоловічим типом. Огляд у дзеркалах: слизова оболонка піхви рожева. Шийка матки конічна, епітелій цілий. Бімануальне обстеження: тіло матки в *anteflexio-versio*, нормальних розмірів, рухоме, щільне,

безболісне. Придатки матки справа та зліва дещо збільшені, безболісні. Склепіння вільні, глибокі. Виділення зі статевих шляхів слизові, помірні.

Гормональний профіль: ЛГ – 12,45 мМО/мл (N: 2,4–12,6), ФСГ – 4,05 мМО/мл (N: 3,5–12,5), пролактин – 15,4 нг/мл (N: 4,79–23,3), ТТГ – 2,47 мкМО/мл (N: 0,27–4,2), естрадіол – 65 пг/мл (N: 12,4–233,0), андростендіон – 1,36 нг/мл (N: 0,30–3,30), ДГЕАС – 395,8 мкг/дл (N: 98,8–340,0), вільний тестостерон – 10,96 пг/мл (N: 0,01–9,0), 17-оксипрогестерон – 0,65 нг/мл (N: 0,1 – 0,80).

Дані УЗД органів малого таза: тіло матки грушоподібної форми, розміри: поздовжній 40,6 мм, передньозадній 30 мм, поперечний 39,5 мм, структура міометрія однорідна, М-ехо 8 мм, однорідної структури. Правий яєчник – розташування типове, розміри 41,5 × 22 × 23,5 мм, об'єм яєчника 11,1 см<sup>3</sup> з 12–13 фолікулами діаметром 4–9 мм; лівий яєчник – розташування типове, розміри 35,5 × 19 × 20,5 мм, об'єм яєчника – 10,2 см<sup>3</sup> з 8–10 фолікулами діаметром 5–9 мм.

Оральний глюкозотолерантний тест – порушень толерантності до глюкози не виявлено.

### Питання

1. Попередній діагноз.
2. Вкажіть ознаки, що підтверджують діагноз.
3. Яке лікування є патогенетично обґрунтованим у даному клінічному випадку?
4. Класифікація ендокринної форми неплідності.
5. У чому полягає різниця між гірсутизмом та гіпертрихозом?

### Задача 4

До гінеколога звернулася пацієнтка М., 33 роки, зі скаргами на рясні та болісні менструації, темно-кров'янисті незначні виділення до та після менструації, постійний больовий синдром внизу живота з іррадіацією в попереk, диспареунію, емоційну лабільність, неплідність протягом трьох років.

Анамнез: менструації з 12 років, установилися протягом року, по 5–6 днів, цикл 28–30 днів, рясні, регулярні, болісні (у перший та другий день), у зв'язку з чим приймає нестероїдні протизапальні препарати. Остання менструація 10 днів тому. Статеве життя з 20 років. Було дві вагітності: перша – сім років тому (закінчилася пологами шляхом кесаревого розтину), друга – шість років тому (медичний аборт у терміні вісім-дев'ять тижнів). Протягом останніх трьох років не може завагітніти. Чоловік обстежений, спермограма в нормі.

Перенесені захворювання: краснуха, ГРВІ. Спадковий анамнез: у матері діагностовано генітальний ендометріоз.

Об'єктивне обстеження: загальний стан задовільний. Зріст 170 см, маса тіла 59 кг, хвора астеничної статури. Шкірні покриви і видимі слизові оболонки рожеві, чисті. Язик вологий, не обкладений. Температура тіла – 36,6 °С. Молочні залози рівномірно тяжисті, виділень із сосків немає. Над легенями вислуховується везикулярне дихання, хрипів немає. Діяльність серця ритмічна, тони ясні. Пульс – 80 уд./хв, задовільних властивостей, АТ – 110/70 мм рт. ст. Живіт м'який, не здутий, бере участь в акті дихання, безболісний при пальпації. Симптоми Щоткіна – Блюмберга, Пастернацького негативні. Сечовипускання безболісне, вільне. Випорожнення у нормі.

Гінекологічне дослідження: зовнішні статеві органи розвинені правильно, Оволосіння за жіночим типом. Огляд у дзеркалах: слизова оболонка піхви рожева, виділення слизові, помірні. Шийка матки циліндрична, епітелій цілий. Зовнішнє вічко закрите. Бімануальне обстеження: екскурсії шийки матки безболісні. Тіло матки в *anteflexio-versio*, кулястої форми, збільшене до шести-семи тижнів вагітності, чутливе при пальпації, малорухливе, щільної консистенції. Придатки матки зліва не збільшені, справа – пальпується утворення 6 × 5 × 4 см, з чіткими контурами, обмежене у рухливості, болісне при пальпації. Склепіння вільні. У ділянці крижово-маткових зв'язок пальпуються горбкуваті вузлики. Виділення зі статевих шляхів слизові, помірні.

Дані УЗД органів малого таза: тіло матки кулястої форми, розміри: поздовжній – 68,7 мм, передньозадній – 35 мм, поперечний – 35,6 мм. Структура міометрія неоднорідна, передня стінка матки товща за задню стінку матки на 10 мм. М-ехо – 9 мм. Правий яєчник розташований типово, розміри 63 × 54 × 55 мм, містить рідинну структуру з гіперехогенним вмістом; лівий яєчник розташований типово, розміри 29 × 24 × 30 мм. Висновок: ендометріома? правого яєчника. Аденоміоз.

### ○ Питання

1. Встановіть попередній діагноз та обґрунтуйте його.
2. Алгоритм обстеження даної пари.
3. Складіть план лікування у даній клінічній ситуації.
4. Назвіть гормони, які мають діагностичну цінність у діагностиці ендокринних порушень залежно від фази менструального циклу.
5. «Золотий» стандарт діагностики зовнішнього генітального ендометріозу.

### ☰ Задача 5

До клініки звернулася подружня пара зі скаргами на відсутність настання вагітності протягом 4 років спільного життя без використання контрацепції.

Дружина, 25 років. Анамнез: менархе з 12 років, цикл установився відразу, менструації по 3–4 дні, через 28–30 днів, безболісні, помірні. Остання менструація 14 днів тому. Статеве життя з 19 років. Вагітностей не було. Жінка регулярно проходить медичні огляди у гінеколога. Захворювань зі сторони статевих органів не спостерігалось.

Знаходиться на диспансерному обліку у гастроентеролога з приводу хронічного гастриту. Гемотрансфузії, операції заперечує.

Об'єктивне обстеження: загальний стан жінки задовільний. Шкіра та видимі слизові оболонки блідо-рожевого кольору,

чисті. Пацієнтка нормостенічного типу статури, помірного харчування. Язик вологий, не обкладений. Температура тіла – 36,6 °С. Над легенями вислуховується везикулярне дихання, хрипів немає. Діяльність серця ритмічна, тони ясні. Пульс – 78 уд./хв, ритмічний, АТ – 100/65 мм рт. ст. Живіт м'який, безболісний при пальпації на всьому протязі. Печінка та селезінка не пальпуються. Симптоми подразнення очеревини негативні. Фізіологічні відправлення не порушені.

Гінекологічне дослідження: зовнішні статеві органи розвинені правильно. Оволосіння за жіночим типом. Огляд у дзеркалах: слизова оболонка піхви рожева, шийка матки конічна, епітелій цілий. Бімануальне обстеження: тіло матки в *anteflexio-versio*, нормальних розмірів, безболісне при пальпації, рухливе, щільної консистенції. Придатки матки з обох сторін безболісні при пальпації. Склепіння глибокі, безболісні. Крижово-маткові зв'язки не змінені. Виділення зі статевих шляхів слизові, помірні.

Дослідження гормонального статусу патології не виявило; базальна температура – двофазна.

Дані УЗД органів малого таза: матка нормальних розмірів, домінуючий фолікул діаметром 21 мм в лівому яєчнику, М-ехо дорівнює 12 мм.

Результати обстеження чоловіка:

- спермограма: олігоастеноспермія (12 % активно-рухомих сперматозоїдів);
- MAR-тест: позитивний;
- гіалурон-зв'язувальний тест: 51,7 % зв'язування – недостатня зрілість і фізіологічна функція спермів.

### ○ Питання

1. Сформулюйте попередній діагноз.
2. Складіть повний план обстеження сімейної пари.
3. Лікувальна тактика для даної подружньої пари.
4. Що таке MAR-тест?
5. Правила підготовки чоловіка до дослідження сперми (спермограма).

### ☰ Задача 6

До клініки звернулася пацієнтка А., 30 років, зі скаргами на відсутність вагітності протягом п'яти років спільного життя без використання контрацепції, загальну слабкість, періодичний ниючий біль внизу живота, мізерні та нерегулярні менструації.

Анамнез: менструації з 12 років, цикл установився відразу, по 5 днів, через 33–36 днів (з тенденцією затримки до двох-трьох місяців), мізерні, болісні. Статеве життя з 21 року, контрацепцію не використовує. Вагітностей не було. Перенесені гінекологічні захворювання заперечує.

У дитинстві перенесла кір, у 20 років – тонзилектомію. Часто хворіє на застудні захворювання. Зі слів хворої, її батько помер від туберкульозу легенів.

Об'єктивне обстеження: загальний стан задовільний. Хвора астеничної статури. Шкіра та видимі слизові оболонки блідо-рожевого кольору. Язик вологий, чистий. Температура тіла – 36,9 °С. Над легенями вислуховується везикулярне дихання, хрипів немає. Діяльність серця ритмічна, тони ясні. Пульс – 80 уд./хв, ритмічний, АТ – 110/75 мм рт. ст. Живіт м'який, не здутий, бере участь в акті дихання, безболісний при пальпації. Печінка та селезінка не пальпуються. Симптом Щоткіна – Блюмберга негативний. Випорожнення та сечовипускання у нормі.

Гінекологічне дослідження: зовнішні статеві органи розвинені правильно. Оволосіння за жіночим типом. Огляд у дзеркалах: піхва жінки, що не народжувала. Слизова оболонка піхви рожева. Шийка матки конічної форми, епітелій цілий. Бімануальне обстеження: екскурсії шийки матки безболісні. Тіло матки в *retroflexio-versio*, нормальних розмірів, щільне, малорухливе, безболісне при пальпації. Придатки матки з обох сторін при пальпації тяжисті, чутливі. Склепіння глибокі. Виділення зі статевих шляхів слизові, помірні.

Метросальпінгографія: права та ліва маткові труби «чоткоподібні», непрохідні у проксимальному відділі.



### ○ Питання

1. Попередній діагноз.
2. План обстеження.
3. Яких спеціалістів необхідно залучити до консультації подружньої пари?
4. Запропонуйте методи лікування неплідності для даної сімейної пари.
5. Прогноз для життя, менструальної, генеративної функції у пацієнток, що перенесли або хворіють на туберкульоз статевих органів.

### ☞ Задача 7

До клініки звернулася подружня пара з бажанням мати дитину.

Пацієнтка О., 30 років. Анамнез: менструації з 12 років (встановилися відразу), по 5–6 днів, через 27–28 днів, помірні, болісні, регулярні (були до пологів). Статеве життя з 20 років. Була одна вагітність, яка закінчилася оперативними пологамі в зв'язку з передчасним відшаруванням нормально розташованої плаценти (два роки тому) з антенатальною загибеллю плода. Через розвиток матки Кувелера проведено екстирпацію матки без придатків.

Минуло два роки. Подружжя не втрачає надії мати дитину.

Спадковість не обтяжена.

Об'єктивно: загальний стан хворої задовільний. Шкірні покриви та слизові оболонки звичайного кольору. Язик вологий, чистий. Температура тіла – 36,5 °С. Молочні залози м'які, безболісні при пальпації, виділень із сосків немає. Щитоподібна залоза не збільшена. Над легеньми вислуховується везикулярне дихання, хрипів немає. Діяльність серця ритмічна, тони ясні. Пульс – 76 уд./хв, задовільних властивостей, АТ – 115/70 мм рт. ст. Живіт м'який, безболісний при пальпації. Печінка та селезінка не збільшені. Симптом Щоткіна – Блюмберга негативний. Симптом Пастернацького негативний з обох сторін. Сечовипускання безболісне, вільне. Випорожнення в нормі.

Гінекологічне дослідження: зовнішні статеві органи розвинені правильно, оволосіння за жіночим типом. Огляд у дзеркалах: піхва закінчується куполоподібно; слизова оболонка піхви не гіперемована. При бімануальному дослідженні: кукса піхва закінчується сліпо. Матка не визначається (видалена оперативним шляхом). Придатки матки з обох сторін не збільшені, безболісні. Об'ємних та інфільтративних утворень в малому тазі не виявлено. Виділення зі статевих шляхів серозні, незначні.

### ○ Питання

1. Попередній діагноз.
2. Складіть план обстеження подружньої пари.
3. Рекомендації для даної подружньої пари щодо можливості мати дитину.
4. Умови для проведення сурогатного материнства.
5. Показання до сурогатного материнства.

### ☞ Тестові завдання

1. Пацієнтка С., 35 років, скаржиться на безпліддя протягом семи років. Менструальний цикл регулярний, овуляторний. Під час об'єктивного та інструментального обстеження матки і яєчників патології не виявлено. В анамнезі – хронічний двобічний сальпінгіт, уrogenітальний хламідіоз. Метросальпінгографія: дистальна трубна оклюзія. Чоловік обстежений, здоровий. Який імовірний фактор безпліддя?

- A. Ендокринний
- B. Трубно-перитонеальний
- C. Матковий
- D. Чоловічий
- E. Змішаний

2. Пацієнтка Ф., 30 років, зі скаргами на безпліддя протягом трьох років. З анамнезу – порушення менструального циклу не виявлено, гінекологічні захворювання заперечує, операцій не було. Одружена п'ять років. Вагітностей не було.

Обстежена: менструальний цикл регулярний, овуляторний. За даними метросальпінгографії – труби прохідні. За даними УЗД органів малого таза – патології геніталій не виявлено. Спермограма чоловіка в нормі. При проведенні посткоїтального тесту: через 6 год рухливі сперматозоїди не визначаються. Який імовірний фактор безпліддя?

- A. Трубно-перитонеальний
- B. Ендокринний
- C. Чоловічий
- D. Імунологічний
- E. Матковий

3. Пацієнтка К., 32 роки, скаржиться на безпліддя протягом двох років, мізерні менструації. Менструації стали мізерними (один-два дні) останні три роки після абортів, який ускладнився залишками плідного яйця, ендометритом (проводилося повторне вишкрібання порожнини матки). Статеве життя регулярне, без використання засобів контрацепції. Під час загального та гінекологічного огляду – патології не виявлено. За даними УЗД органів малого таза – розміри матки нормальні, в порожнині матки між стінками визначаються гіперехогенні дрібні лінійної форми включення (синехії), М-ехо – 4 мм; яєчники з обох сторін нормальних розмірів, фолікулярний апарат – без особливостей. Чоловік здоровий. Який імовірний діагноз?

- A. Безпліддя вторинне, ендокринного генезу
- B. Безпліддя первинне, маткового генезу (внутрішньоматкова перетинка)
- C. Безпліддя вторинне, маткового генезу (внутрішньоматкові синехії)
- D. Безпліддя вторинне, трубно-перитонеального генезу
- E. Безпліддя первинне, неясного генезу

4. Пацієнтка А., 28 років, скаржиться на безпліддя протягом п'яти років. Менструальний цикл регулярний, овуляторний. Двадцятий день менструального циклу. Вагітностей не було. В анамнезі – неодноразове лікування з приводу загострення

хронічного двобічного аднекситу, а також оперативне лікування з приводу перитоніту. За даними УЗД органів малого таза, матка нормальних розмірів; у лівому яєчнику визначається жовте тіло. Метросальпінгографія: права маткова труба непрохідна у дистальному відділі, ліва маткова труба непрохідна у проксимальному відділі. Спермограма чоловіка – олігоастеноспермія II ступеня. Який імовірний фактор безпліддя?

- A. Змішаний
- B. Трубно-перитонеальний
- C. Чоловічий
- D. Ендокринний
- E. Шийковий

5. Пацієнтка П., 36 років, скаржиться на безпліддя протягом трьох років, а також на рясні, тривалі та болючі менструації. З анамнезу: одні пологи 10 років тому; останні шість місяців турбують рясні менструації. На прийом до гінеколога не зверталася два роки. Гінекологічне дослідження: шийка матки – без особливостей; тіло матки дещо збільшене, щільне, безболісне; придатки матки – не збільшені, безболісні; виділення – слизові. За даними УЗД органів малого таза: тіло матки 60 × 57 × 50 мм, у порожнині матки визначається ехопозитивне утворення круглястої форми діаметром 15 мм; яєчники – без особливостей. Чоловік здоровий. Встановлено діагноз: міома матки, вузлової форми, субмукозний варіант. Безпліддя вторинне. Який метод лікування необхідно обрати для цієї пацієнтки?

- A. Екстракорпоральне запліднення
- B. Агоністи гонадотропін-релізинг-гормону (аГнРГ) на три місяці
- C. Лапароскопія, консервативна міомектомія після медикаментозної передопераційної підготовки
- D. Лапаротомія, екстирпація матки без придатків
- E. Гістерорезектоскопія, міомектомія

## Тема 12

# СУЧАСНІ АСПЕКТИ ПЛАНУВАННЯ СІМ'Ї. МЕТОДИ КОНТРАЦЕПЦІЇ. МЕДИЧНІ КРИТЕРІЇ ПРИЙНЯТНОСТІ ВИКОРИСТАННЯ МЕТОДІВ КОНТРАЦЕПЦІЇ ВООЗ

### Код за МКХ-10

Z30 Застосування протизаплідних засобів

Z30.0 Загальні поради та консультації з приводу протизаплідних засобів  
Поради щодо планування сім'ї БДВ Початкове призначення протизаплідних засобів

Z30.1 Введення протизаплідного засобу

– внутрішньоматкового протизаплідного засобу (ВМС)  
– підшкірного: контрацептивного імплантата, гормонального імплантата

Z30.2 Стерилізація Госпіталізація для перев'язування маткових (фаллопієвих) труб або сім'явиносної протоки

Z30.3 Викликання менструації Переривання вагітності Регуляція менструального циклу

Z30.4 Спостереження за використанням протизаплідних лікарських засобів

Z30.5 Спостереження за застосуванням протизаплідного засобу  
Перевірка, повторне введення або видалення:

– внутрішньоматкового протизаплідного засобу (ВМС)  
– підшкірного: контрацептивного імплантата, гормонального імплантата

### Задача 1

До лікаря звернулася пацієнтка К., 18 років, незаміжня, соматично здорова, яка потребує використання надійної контрацепції.

Анамнез: менструації з 12 років, по 5–6 днів, цикл 27 днів, безболісні, помірні, регулярні. Статеві стосунки з 15 років, нерегулярні – два-чотири рази на місяць. Постійного статевого партнера немає. Вагітностей не було.

Фізичний розвиток дівчини згідно з віком. У шестирічному віці років перенесла хворобу Боткіна.

Об'єктивне обстеження: загальний стан задовільний. Маса – 59 кг, зріст – 165 см. На шкірі обличчя (ділянка чола та підборіддя) наявні акне, є незначний гіпертрихоз. Видимі слизові оболонки рожевого кольору. Температура тіла – 36,6 °С. Щитоподібна залоза не збільшена, безболісна. Над легеньми вислуховується везикулярне дихання, хрипів немає. Діяльність серця ритмічна, тони ясні. Пульс – 72 уд./хв, задовільних властивостей, АТ – 110/80 мм рт. ст. Живіт не здутий, бере участь в акті дихання; при поверхневій та глибокій пальпації – м'який та безболісний на всьому протязі. Печінка та селезінка не збільшені, безболісні. Симптоми подразнення очеревини негативні. Фізіологічні відправлення в нормі.

Гінекологічне дослідження: зовнішні статеві органи розвинені правильно, без ознак запалення. Огляд у дзеркалах: піхва вузька. Шийка матки конічної форми, епітелій цілий. Зовнішнє вічко закрите. Бімануальне обстеження: тіло матки в положенні *anteflexio-versio*, не збільшене, щільне, рухливе, безболісне при пальпації. Придатки матки не збільшені, безболісні. Склепіння вільні. Виділення зі статевих шляхів слизові.

### Питання

1. Визначити конституційний тип дівчини та її ІМТ.
2. Який метод контрацепції найбільш прийнятний для цієї пацієнтки?
3. Ефективність та зручність використання даного методу.
4. Особливості впливу КОК на організм пацієнтки.
5. Визначити термін використання КОК згідно з віком дівчини.

## Задача 2

До лікаря звернулася пацієнтка С., 22 роки, заміжня. Півроку тому вона народила дитину.

Анамнез: менструації з 13 років (цикл установився відразу). Статеве життя з 17 років. Вагітність одна, яка закінчилася шість місяців тому пологам у термін без ускладнень. Дитина на грудному вигодовуванні. Менструальна функція не відновлена. Жінка бажає використовувати контрацепцію, тому що наступні пологи планує не раніше ніж через п'ять років.

У дитинстві перенесла епідпаротит.

Об'єктивне обстеження: загальний стан задовільний. Зріст – 176 см, маса тіла – 78 кг. Соматично здорова. Шкіра та видимі слизові оболонки звичайного забарвлення. Температура тіла в нормі. При аускультатії легенів вислуховується везикулярне дихання без хрипів. Діяльність серця ритмічна, тони ясні, шумів немає. Пульс – 71 уд./хв, ритмічний, АТ – 110/60 мм рт. ст. Живіт не здутий, бере участь в акті дихання; м'який та безболісний при пальпації. Симптоми подразнення очеревини негативні. Фізіологічні відправлення в нормі.

Гінекологічне дослідження: зовнішні статеві органи розвинені правильно, на промежині рубець після епізіотомії. Огляд у дзеркалах: піхва жінки, що народжувала, слизова оболонка блідо-рожева. Шийка матки циліндричної формі, епітелій цілий. Бімануальне обстеження: тіло матки в положенні *anteflexio-versio*. Звичайних розмірів, щільне, гладке, рухливе, безболісне при пальпації. Придатки матки з обох сторін не змінені, безболісні. Склепіння вільні. Виділення зі статевих шляхів слизові, помірні.

### Питання

1. Найбільш прийнятний метод контрацепції для цієї жінки.
2. Переваги рекомендованого методу контрацепції.
3. Недоліки рекомендованого методу контрацепції.
4. Механізм дії чисто прогестинових оральних контрацептивів (ЧПОК).
5. Переваги ЧПОК.

## Задача 3

До лікаря жіночої консультації звернулася пацієнтка Ю., 18 років, зі скаргами на рясні менструації, слабкість, швидку стомлюваність.

Анамнез: менструації з 12 років (цикл установився протягом року), по п'ять днів, через 28–29 днів, безболісні, рясні, регулярні. Статеве життя регулярне, з 16 років. Статевий партнер постійний. Чотири місяці тому виконане медичне переривання вагітності у терміні шість-сім тижнів, без ускладнень, після чого менструації стали рясними. За останній місяць пацієнтка почала відчувати слабкість, швидку стомлюваність.

У дитинстві перенесла пневмонію, ангіну.

Об'єктивне обстеження: загальний стан пацієнтки задовільний. Шкірні покриви та слизові оболонки блідо-рожеві, кінцівки прохолодні на дотик. Температура тіла – 36,5 °С. Молочні залози м'які, безболісні при пальпації. В легенях вислуховується везикулярне дихання, хрипів немає. Серцева діяльність ритмічна, тони ясні, шумів немає. Пульс – 82 уд./хв, ритмічний, АТ – 100/65 мм рт. ст. Живіт не здутий, бере участь в акті дихання; при поверхневій та глибокій пальпації – м'який та безболісний на всьому протязі. Симптоми подразнення очеревини негативні. Сечовипускання та випорожнення не порушені.

Гінекологічне дослідження: зовнішні статеві органи розвинені правильно. Огляд у дзеркалах: піхва жінки, що не народжувала, слизова оболонка блідо-рожева. Шийка матки конічної формі, чиста, епітелій цілий. Бімануальне обстеження: матка в положенні *anteflexio-versio*, не збільшена, щільна, рухлива, безболісна при пальпації. Придатки матки з обох сторін не змінені, безболісні. Склепіння вільні, глибокі. Виділення слизові, помірні.

Загальний аналіз крові: Нв – 90 г/л.

### Питання

1. Який метод контрацепції запропонувати дівчині?
2. Які особливості методу контрацепції потрібно врахувати?

3. Який режим прийому КОК можна запропонувати дівчині?
4. Переваги КОК.
5. Термін використання гормональної контрацепції.

#### ☰ Задача 4

До лікаря-гінеколога за консультацією звернулась пацієнтка Г., 26 років, заміжня.

Анамнез: менархе в 12 років. Менструальна функція не порушена, по 3–4 дні, через 28 днів. Остання менструація два тижні тому. Має одну трирічну дитину. Пологи без патології. Статеве життя з 18 років. З метою контрацепції сімейна пара використовує презервативи. Увечері попереднього дня під час статевого акту був пошкоджений презерватив. Вагітність не планувалась за сімейними обставинами.

Об'єктивне обстеження: загальний стан задовільний. Шкіра та видимі слизові оболонки звичайного забарвлення. Температура тіла в нормі. Щитоподібна залоза не збільшена, безболісна при пальпації. Периферичні лімфовузли не пальпуються. Молочні залози м'які, безболісні при пальпації, виділень із сосків немає. Над легеньми вислуховується везикулярне дихання без хрипів. Тони серця ясні, шумів немає. Пульс – 79 уд./хв, задовільних властивостей, АТ – 120/75 мм рт. ст. Живіт не здутий, бере участь в акті дихання; при поверхневій та глибокій пальпації – м'який та безболісний на всьому протязі. Симптом Щоткіна – Блюмберга негативний. Фізіологічні відправлення у нормі.

Гінекологічне дослідження: зовнішні статеві органи розвинені правильно, на промежині є післяопераційний рубець (епізіотомія). Огляд у дзеркалах: піхва жінки, що народжувала, слизова оболонка блідо-рожева. Шийка матки циліндричної форми, чиста, епітелій не ушкоджений. Бімануальне обстеження: матка в положенні *anteflexio-versio*, звичайних розмірів, щільна, безболісна при пальпації. Придатки матки не змінені, безболісні. Склепіння вільні. Виділення зі статевих шляхів слизові, рясні.

#### ○ Питання

1. Якими повинні бути дії лікаря?
2. Запропонуйте метод невідкладної контрацепції.
3. Алгоритм призначення невідкладної контрацепції.
4. Ефективність невідкладної контрацепції.
5. Використання контрацептивних методів після невідкладної контрацепції.

#### ☰ Задача 5

До лікаря «Центру планування сім'ї» звернулась заміжня пацієнтка С., 38 років, з проханням підібрати найбільш прийнятний для неї метод контрацепції.

Анамнез: менструації з 12 років, по шість днів, через 28 днів, регулярні, безболісні, помірні. Статеве життя з 17 років, регулярне. Статевий партнер один – чоловік. Народжувала двічі шляхом кесаревого розтину, останні пологи закінчились ургентним кесаревим розтином у зв'язку з передчасним відшаруванням нормально розташованої плаценти та матковою кровотечею. Жінка сім років тому лікувалася з приводу гострого вірусного гепатиту В.

Об'єктивне обстеження: загальний стан задовільний. Шкіра та видимі слизові оболонки звичайного забарвлення. Температура тіла в нормі. Щитоподібна залоза не збільшена, безболісна при пальпації. Периферичні лімфовузли не пальпуються. Молочні залози м'які, безболісні при пальпації, виділень із сосків немає. Над легеньми вислуховується везикулярне дихання без хрипів. Тони серця ясні, шумів немає. Пульс – 76 уд./хв, задовільних властивостей, АТ – 130/75 мм рт. ст. Живіт не здутий, бере участь в акті дихання; при поверхневій та глибокій пальпації – м'який та безболісний на всьому протязі. Симптом Щоткіна – Блюмберга негативний. Фізіологічні відправлення у нормі.

Гінекологічне дослідження: зовнішні статеві органи розвинені правильно, без запальних змін. Огляд у дзеркалах: слизова оболонка піхви блідо-рожева. Шийка матки циліндричної

форми, епітелій цілий. Бімануальне обстеження: матка в положенні *anteflexio-versio*, звичайних розмірів, щільна, безболісна при пальпації. Придатки матки не збільшені, безболісні. Склепіння вільні. Виділення зі статевих шляхів слизові, помірні.

#### ○ Питання

1. Який найбільш надійний та прийнятний метод контрацепції можна запропонувати жінці?
2. Коли можливо вдатися до запропонованого методу?
3. Які вимоги необхідні для його виконання?
4. Протипоказання для проведення обраного методу контрацепції.
5. Контрацептивний механізм дії запропонованого методу.

#### ☞ Задача 6

До сімейного лікаря звернулася породілля В., 32 роки, яка народила місяць тому, хоче розпочати статеве життя і потребує надійної контрацепції.

Анамнез: менструації з 14 років (цикл встановився відразу), по 5–6 днів через 28–30 днів. Статеве життя з 20 років. Вагітність друга, ускладнень під час вагітності не було. Пологи другі, фізіологічні у 39 тижнів гестації, грудне вигодовування розпочала відразу після народження дитини. Відмічає достатню кількість молока, дитину годує за вимогою. Менструальна функція не відновлена. Після першої вагітності використовувала КОК, задоволена і хоче продовжити застосування даного методу контрацепції. Вагітностей більше не планує.

Об'єктивне обстеження: загальний стан задовільний. Зріст – 171 см, маса тіла – 75 кг. Соматично здорова. Шкірні покриви та видимі слизові оболонки рожевого кольору. Язик вологий, чистий. Температура тіла – 36,5 °С. При аускультативній легенів вислуховується везикулярне дихання, хрипів немає. Діяльність серця ритмічна, тони ясні, шумів немає. Пульс – 76 уд./хв, ритмічний, АТ – 110/65 мм рт. ст. Молочні залози

м'які, безболісні при огляді, ділянка ареоли не змінена. Живіт не здутий, бере участь в акті дихання, м'який та безболісний при пальпації. Симптоми подразнення очеревини негативні. Фізіологічні відправлення в нормі.

Гінекологічне дослідження: зовнішні статеві органи розвинені правильно. Огляд у дзеркалах: піхва жінки, що народжувала, слизова оболонка блідо-рожева. Шийка матки циліндричної форми, ектропіон. Бімануальне обстеження: тіло матки в положенні *anteflexio-versio*. Звичайних розмірів, щільне, гладке, рухливе, безболісне при пальпації. Придатки матки з обох сторін не змінені, безболісні. Склепіння вільні. Виділення зі статевих шляхів слизові, помірні.

#### ○ Питання

1. Найбільш прийнятний метод контрацепції для цієї жінки.
2. Критерії використання рекомендованого методу контрацепції.
3. Механізм дії рекомендованого методу контрацепції, фактори, що сприяють відновленню фертильності.
4. Методи контрацепції в післяпологовому періоді залежно від термінів.
5. Чи можна призначити цій жінці КОК?

#### ☞ Задача 7

Пацієнтка З., 37 років, звернулася до сімейного лікаря з приводу підбору ефективного методу контрацепції. Жінка бажає використовувати КОК.

Анамнез: менархе в 14 років. Менструальний цикл встановився протягом двох років. Менструації по 6–7 днів, через 30–35 днів, останній рік – рясні, помірно болісні. Статеве життя з 18 років. Заміжня. Було три вагітності, одна з яких закінчилася пологами, дві – медичними абортами. Більше вагітностей не планує. Під час першої вагітності мала прояви прееклампсії. Протягом останнього року страждає на гіпертонічну хворобу. Знає про наявність вузлової лейоміоми матки. Палить до 10 цигарок на добу.

Об'єктивне обстеження: загальний стан пацієнтки задовільний. Жінка підвищеного харчування, ІМТ – 29. Шкіра та слизові оболонки блідо-рожеві, чисті. Температура тіла – 36,7 °С. Язик чистий, вологий. Периферичні лімфовузли не пальпуються. Щитоподібна залоза не збільшена. Молочні залози без асиметрії, не деформовані, при пальпації м'які та безболісні, при натисканні на навколососкову ділянку виділень немає. У легенях вислуховується везикулярне дихання без хрипів. Серцева діяльність ритмічна, тони ясні. Пульс 82 уд./хв, АТ – 150/90 мм рт. ст. Живіт при пальпації м'який, безболісний на всьому протязі. Печінка не виступає за край реберної дуги. Фізіологічні відправлення в нормі.

Гінекологічне дослідження: зовнішні статеві органи розвинені правильно, без запальних змін. Оволосіння за жіночим типом. Огляд у дзеркалах: слизова оболонка піхви блідо-рожева. Шийка матки циліндричної форми, епітелій цілий. Бімануальне обстеження: тіло матки у положенні *anteflexio*, збільшене до шести-восьми тижнів вагітності, рухливе, щільне, безболісне при пальпації. Придатки матки з обох сторін не збільшені, безболісні. Склепіння вільні. Виділення зі статевих шляхів слизові, помірні.

Дані УЗД органів малого таза: тіло матки кулястої форми, розміри: поздовжній – 61,7 мм, передньозадній – 52,4 мм, поперечний – 66,2 мм, структура міометрія змінена за рахунок дифузних/вогнищевих змін, М-ехо – 4,5 мм. По задній стінці матки визначається інтрамуральний вузол 13,4 × 10 мм. Правий яєчник: розташування типове, довжина – 38 мм, передньозадній розмір – 23 мм, ширина – 30 мм. Лівий яєчник: розташування типове, довжина – 35,5 мм, передньозадній розмір – 23,5 мм, ширина – 28 мм. Фолікулярний апарат обох яєчників присутній, домінантного фолікула немає.

### ○ Питання

1. Найбільш прийнятні методи контрацепції для цієї жінки.
2. Механізм дії рекомендованого методу.
3. Переваги та недоліки рекомендованого методу.
4. Чи можна призначити цій жінці КОК?
5. Які жінки не повинні використовувати КОК?

### 💬 Тестові завдання

1. До лікаря звернулася пацієнтка В., 22 роки, незаміжня, соматично здорова, яка потребує використання надійної контрацепції. Статеві стосунки з 17 років, має постійного статевого партнера. Вагітностей не було, не планує в найближчі три роки. Соматично здорова. Маса – 61 кг, зріст – 170 см. На шкірі обличчя (ділянка чола та підборіддя) наявні акне, є незначний гіпертрихоз. Який метод контрацепції найбільш прийнятний для цієї пацієнтки?

- A. Внутрішньоматкова спіраль
- B. Протизаплідні таблетки прогестеронового ряду
- C. Презервативи
- D. Комбіновані оральні контрацептиви з антиандрогенним ефектом
- E. Сперміциди

2. На прийом до лікаря звернулася пацієнтка С., 29 років, для підбору методу контрацепції. В анамнезі одна вагітність, неускладнена, закінчилася фізіологічними пологамі. Післяпологовий період три місяці, годує виключно груддю. Менструації не відновилися. Який метод контрацепції найбільш прийнятний у даному випадку?

- A. Внутрішньоматкова спіраль
- B. Протизаплідні таблетки прогестеронового ряду
- C. Презервативи
- D. Метод лактаційної аменореї
- E. Комбіновані оральні контрацептиви

3. Пацієнтка А., 42 роки, звернулася до лікаря для підбору методу контрацепції. В анамнезі двоє пологів через природні пологові шляхи. Жінку турбує періодичний тазовий біль, який виникає під час менструацій, диспареунія, кровомазання напередодні та після менструації. Має періодичне підвищення АТ до 150/100 мм рт. ст. Менструації регулярні, рясні. При бімануальному дослідженні: тіло матки кулеподібної форми, збільшене до 6 тижнів вагітності, чутливе при пальпації.



Придатки з обох боків без особливостей. Який метод контрацепції для цієї пацієнтки є найбільш доречним?

- A. Внутрішньоматковий контрацептив, що містить мідь
- B. Внутрішньоматкова система з левоноргестрелом
- C. Презервативи
- D. Комбіновані оральні контрацептиви
- E. Добровільна хірургічна стерилізація

4. Пацієнтка К., 33 роки, звернулась до лікаря з метою вибору методу контрацепції. Бажає використовувати КОК. В анамнезі дві вагітності: один мимовільний аборт, одні пологи. Екстрагенітальна патологія відсутня. Протипоказань до використання даного методу контрацепції немає. Про які можливі побічні ефекти має попередити пацієнтку лікар?

- A. Зменшення маси тіла
- B. Підвищення артеріального тиску
- C. Порушення сну
- D. Зниження апетиту
- E. Підвищена втомлюваність

5. До лікаря звернулася пацієнтка Л., 16 років, яка потребує використання надійної контрацепції. Статеві стосунки з 15 років, не має постійного статевого партнера. Вагітностей не було. Статевим життям живе нерегулярно. Проходила лікування з приводу ІПСШ. Після останнього статевого акту, який відбувся тиждень тому, використовувала таблетки невідкладної контрацепції. Який метод контрацепції найбільш прийнятний для цієї пацієнтки?

- A. Внутрішньоматкова спіраль
- B. Протизаплідні таблетки прогестеронового ряду
- C. Презервативи
- D. Подвійний голландський метод
- E. Сперміциди

## Тема 1. Порушення менструальної функції в репродуктивному віці. Аномальні маткові кровотечі

### Задача 1

1. Вторинна гіпогонадотропна аменорея, пов'язана з втраченою масою тіла.

2. Індекс маси тіла у даної пацієнтки становить 16,2, що вказує на дефіцит маси тіла. Визначення гормонів крові – естрадіол, ФСГ, ЛГ, АМГ, пролактин, ТТГ, Т<sub>4</sub> вільний. Біохімічне дослідження крові з визначенням білків (виявлено низькі показники естрадіолу, ФСГ, ЛГ, ТТГ та Т<sub>4</sub>. Пролактин і АМГ в межах норми, дещо знижений рівень загального білка крові).

3. Бесіда з пацієнткою про необхідність відновлення нормального режиму харчування. Наполягання на висококалорійній дієті з повноцінним вмістом білків, жирів, вуглеводів, мікроелементів і вітамінів. Дозовані фізичні навантаження. Дотримання режиму сну та відпочинку.

4. Про позитивну динаміку будуть свідчити набір маси, підвищення в крові рівнів естрадіолу, ФСГ, ЛГ, збільшення розмірів матки та товщини ендометрію.

5. За неможливості самостійного одужання пацієнтки з дотриманням рекомендацій, у разі погіршення показників крові, рекомендується консультація психотерапевта й призначення замісної гормонотерапії естроген-гестагенними препаратами як єдиного засобу, що забезпечить відновлення менструальної функції та профілактику остеопорозу, що може розвинути при тривалій гіпоестрогенії.



## ☰ Задача 2

1. Вторинна аменорея (опсоменорея), психогенна.
2. Провести УЗД органів малого таза для уточнення розмірів матки та яєчників, наявності достатньої для даного віку кількості антральних фолікулів і визначення товщини та структури ендометрію. Визначення гормонів крові – естрадіолу, ФСГ, ЛГ, АМГ, пролактину та ТТГ. При психогенній формі аменореї буде відмічатись зменшення рівня ФСГ, ЛГ, естрадіолу.
3. Потрібно виключити гіперпролактинемію – визначення рівня пролактину крові. Також виключити гіпергонадотропну аменорею, що може бути проявом передчасного виснаження яєчників у даному віці (на користь гіпергонадотропної аменореї свідчитимуть підвищені рівні ФСГ, ЛГ при низькому рівні АМГ).
4. При психогенній аменореї менструальна функція відновиться без додаткової терапії після усунення психотравмуючого фактора або при адаптації пацієнтки до нього. Якщо це не відбувається, потрібно залучати до лікування психотерапевта, а іноді психіатра. Тимчасово можливе призначення, крім седативних і психотропних препаратів, фітотерапії та циклічної вітамінотерапії.
5. У разі тривалого очікування відновлення менструальної функції рекомендується тимчасове призначення препаратів замісної гормонотерапії до відновлення психологічного статусу пацієнтки.

## ☰ Задача 3

1. Гостра аномальна маткова кровотеча. Ектопія циліндричного епітелію шийки матки.
2. Призначення медикаментозного лікування, що включає такі засоби: комбіновані оральні контрацептиви, пероральні прогестини, транексамову кислоту.
3. Питання, які необхідно поставити жінці для оцінки ступеня тяжкості аномальної маткової кровотечі:
  - чи впливає менструація на Вашу щоденну активність (роботу, заняття спортом, спілкування з родиною)?

- чи доводиться Вам міняти засоби гігієни вночі?
- чи виявляються у виділеннях великі згустки крові (більше 1 см)?
- чи відчуваєте Ви слабкість, стомлюваність або Вам встановлювали коли-небудь діагноз анемії?
- 4. Додаткові дослідження, які необхідно провести хворій:
  - загальний аналіз крові (скринінг анемії). При нормальному вмісті гемоглобіну визначення рівня феритину (стан депо заліза);
  - хоріонічний гонадотропін людини ( $\beta$ -субодиниця) в сироватці крові або сечі (виключення вагітності);
  - визначення в периферичній крові рівнів ТТГ,  $T_4$  вільного, пролактину (скринінг латентного гіпотиреозу і мікроаденоми гіпофіза);
  - консультація гематолога (у разі наявності тяжких кровотеч, починаючи з менархе).
- 5. У тяжких випадках (нестабільність клінічного стану пацієнтки, наявність протипоказань до медикаментозного лікування і анамнестичні вказівки на неефективність всіх медикаментозних методів) застосовують хірургічне лікування, яке включає абляцію ендометрію, специфічне хірургічне лікування при виявленні структурної патології (поліпектомія, міомектомія), дилатацію та кюретаж.

## ☰ Задача 4

1. Аномальна маткова кровотеча.
2. Вторинна анемія середнього ступеня тяжкості.
3. Трансвагінальне УЗД є стандартом діагностики, що допомагає детально оцінити анатомічні аномалії матки та ендометрію, а також виявити структурну патологію міометрія, шийки матки, маткових труб і яєчників. Цей метод дослідження може допомогти в діагностиці поліпів ендометрію, аденоміозу, лейоміоми матки, потовщення ендометрію, пов'язаного з гіперплазією і злоякісними новоутвореннями. При непереконливих результатах УЗД, а також за наявності ризику

злякисного процесу необхідно проведення гістероскопії з гістологічним дослідженням ендометрію. Сліпа аспіраційна біопсія є методом вибору.

4. Перевагу гістероскопії з біопсією ендометрію віддають, якщо є:

- вік > 40 років;
- фактори ризику розвитку раку ендометрію (ожиріння, відсутність пологів в анамнезі, цукровий діабет, СПКЯ, коло-ректальний рак у сімейному анамнезі);
- попереднє неефективне лікування аномальної маткової кровотечі;
- міжменструальні кровотечі.

5. Метод дилатації та вишкрібання слизової оболонки порожнини матки нині не є стандартом початкової оцінки стану ендометрію. Це «сліпа» процедура, ризик ускладнень якої ідентичний ризику при гістероскопії. Застосовувати даний метод з метою оцінки стану ендометрію варто лише за відсутності інших діагностичних можливостей.

#### **Задача 5**

1. Міома матки, субмукозний варіант. Аномальна маткова кровотеча.

2. У цьому клінічному випадку причиною виникнення аномальної маткової кровотечі є субмукозна міома матки.

3. Діагностична гістероскопія з резекцією субмукозного міоматозного вузла та ендометрію.

4. Показання до хірургічного лікування жінок із аномальною матковою кровотечею:

- неефективність медикаментозної терапії;
- неможливість застосування медикаментозної терапії (побічні реакції, протипоказання тощо);
- структурна патологія матки (фіброма матки великих розмірів).

5. Для отримання оптимального лікувального ефекту під час проведення гістероскопічної резекції субмукозного

міоматозного вузла є припинення аномальної маткової кровотечі.

#### **Задача 6**

1. АМК. Гіперплазія ендометрію.

2. Алгоритм включає загальноклінічне обстеження, гормони крові: ТТГ, Т4 вільний, УЗД молочної залози.

3. Лікувальні заходи:

- гістероскопія, резекція гіперплазованого ендометрію з подальшим патогістологічним дослідженням;
- після біопсії ендометрію та гістологічного дослідження – встановлення ВМС з левоноргестрелом.

4. Класифікація АМК за клінічним перебігом.

Гострі АМК – це епізоди кровотеч у невагітних жінок репродуктивного віку, інтенсивність яких потребує негайного втручання з метою запобігання подальшій втраті крові.

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

Тяжка менструальна кровотеча – надмірна менструальна крововтрата, що негативно впливає на фізичний стан жінки, соціальні, емоційні та/або матеріальні аспекти її життя. Може проявлятися самостійно або в поєднанні з іншими симптомами.

5. Фактори ризику розвитку АМК:

- несприятливий перебіг перинатального періоду;
- психоемоційний стрес, психологічне та фізичне перевантаження;
- черепно-мозкова травма, прийом нейролептичних препаратів;
- аліментарні фактори;
- запальні захворювання органів малого таза;
- захворювання ендокринних залоз та нейроендокринні синдроми;
- аборти.

## Задача 7

1. Діагноз: аномальна маткова кровотеча. Аденоміоз. Анемія I ст.
  2. Додаткові методи обстеження:
    - визначення рівня феритину (стан депо заліза);
    - ТТГ і Т4 вільний;
    - Пайпель-біопсія ендометрію.
  3. Госпіталізація до гінекологічного відділення:
    - гемостатична терапія;
    - антианемічна терапія;
    - гормональна терапія: ВМС з левоноргестрелом, ін'єкційні або пероральні прогестагени в режимі безперервного прийому протягом 6 місяців з динамічним спостереженням за станом ендометрію.
  4. Фактори ризику розвитку аденоміозу:
    - порушення менструальної функції;
    - спадковість;
    - відтермінована репродуктивна функція.
  5. Профілактика аденоміозу:
    - рання діагностика та лікування запальних захворювань органів малого таза, гіперпластичних процесів ендометрію, порушення менструальної функції, маткових кровотеч;
      - профілактика абортів;
      - раціональні показання до виконання кесаревого розтину та гінекологічних операцій.

## Тестові завдання

1 – А. 2 – В. 3 – С. 4 – А. 5 – А. 6 – Е.

## Тема 2. Нейроендокринні синдроми в гінекології

### Задача 1

1. Синдром Шихана (післяпологовий гіпопітуїтаризм), тяжка форма. Анемія середнього ступеня.
2. Ознаки гіпогонадізму (аменорея, агалактія, зменшення в об'ємі молочних залоз, відсутність статевого потягу та оволосіння на лобковій і пахвових ділянках), симптоми гіпотиреозу (порушення пам'яті, блідість шкіри та видимих слизових оболонок, мерзлякуватість, часті запори, еритропенія, низький гемоглобін), симптоми гіпокортицизму (відчуття загальної слабкості, швидка втомлюваність, диспептичний синдром, артеріальна гіпотонія).
3. Загальнолабораторні методи дослідження: загальний аналіз крові, біохімічний аналіз крові, показники мінерального обміну, цукрова крива.  
Дослідження гормонів: ФСГ, ЛГ, пролактин; естрадіол; ТТГ, Т<sub>4</sub>, ДГЕАС, кортизол, АКТГ.  
Інструментальні дослідження: рентгенографія черепа, МРТ, КТ головного мозку, надниркових залоз, УЗД органів малого таза, щитоподібної залози.
4. Виникає внаслідок випадків масивних кровотеч під час пологів із розвитком артеріальної гіпотензії. Значне ушкодження гіпофіза пов'язано зі збільшенням його розмірів під час вагітності одночасно з відсутністю стабілізації кровоносного забезпечення гіпофіза. У процесі ускладнених кровотечею пологів знижується АТ, що ще більше зменшує кровопостачання гіпофіза – розвиваються його гіпоксія, повний або частковий некроз.
5. Госпіталізація. Лікування: призначення преднізолону по 10 мг після сніданку і 5 мг після обіду, левотироксину 75 мкг за 20 хв до сніданку, а також ретаболілу, препарати заліза і полівітаміни у загальноприйнятих дозах. Замісна терапія

естрогенами та гестагенними засобами. Рекомендовано довічний прийом вищевказаних гормональних препаратів у підтримувальних дозах (преднізолон 7,5 мг на добу, левотироксин 50 мкг на добу). Можливі стресові ситуації потребують збільшення дози глюкокортикоїдних препаратів у 2–4 рази.

## Задача 2

1. Гіперандрогенія. Вторинна олігоменорея. Міопія середнього ступеня.

2. Акне у ділянці чола та підборіддя, надмірне оволошіння на обличчі (ділянка верхньої губи), грудях, по середній лінії живота, порушення менструального циклу за типом олігоменореї.

Рівень андрогенів: андростендіон – 4,36 нг/мл (0,30–3,30), ДГЕАС – 375,8 мкг/дл (98,8–340,0), вільний тестостерон – 9,96 пг/мл (0,01–9,0), 17-оксипрогестерон – 0,85 нг/мл (0,1–0,80).

3. Симптоми вірилізації найчастіше виникають на фоні гіперандрогенії пухлинного генезу, при вірильній формі адреногенітального синдрому, стромальному текоматозі, синдромі НАІR-AN, який включає гіперандрогенію (НА), інсулінорезистентність (ІR) та чорний акантоз (AN).

Вірилізація характеризується:

- клітормегалією (середній діаметр голівки клітора зазвичай становить 2–5 мм, а довжина – від 5 мм до 1 см);
- огрубінням голосу;
- гіпотрофією молочних залоз;
- збільшенням м'язової маси, зміною статури (переважне скупчення підшкірної клітковини на тулубі, що виявляється збільшенням відношення окружності талії до окружності стегон);
- гіперандрогенною дерматопатією (виражений гірсутизм, себорейний дерматит, вульгарні акне, андрогенна алопеція – випадання волосся в тім'яній ділянці та утворення зализин над чолом);
- аменореєю.

4. Патогенетична терапія включає:
  - лікування дерматопатій;
  - нормалізацію гормонального профілю та менструальної функції;
  - захист ендометрію від гіперплазії (наслідок гіперестрогенії на фоні ановуляції);
  - надійну контрацепцію при застосуванні антиандрогенів і системних ретиноїдів;
  - корекцію, за необхідності, метаболічних порушень;
  - лікування неплідності (при актуальності вагітності).
5. Призначення естроген-гестагенних комбінацій (КОК), що містять прогестини з антиандрогенним ефектом (ципротерону ацетат, дієногест, дроспіренон).

## Задача 3

1. СПКЯ. Первинна неплідність.
2. Порушення менструального циклу за типом олігоменореї, неплідність, полікістозні яєчники за даними УЗД.  
Дані УЗД органів малого таза (ознаки полікістозних яєчників). Правий яєчник: розташування типове, довжина – 41,5 мм, передньозадній розмір – 22 мм, ширина – 25 мм, об'єм яєчника – 12,2 см<sup>3</sup> із 10–12 фолікулами діаметром 4–9 мм; лівий яєчник: розташування типове, довжина – 46 мм, передньозадній розмір – 21 мм, ширина – 24 мм, об'єм яєчника – 13 см<sup>3</sup> із 8–10 фолікулами діаметром 4–11 мм. Рідина за маткою не візуалізується.
3. Діагноз СПКЯ прийнято встановлювати за критеріями, визначеними Міжнародним консенсусом Європейського товариства з репродукції людини і ембріології та Американського товариства репродуктивної медицини (Роттердам, 2003). Діагностується СПКЯ, якщо в пацієнтки наявні хоча б два критерії з трьох при виключенні інших причин:
  - надмірна активність або секреція андрогенів (клінічні та/або біохімічні ознаки гіперандрогенії);
  - оліго-/ановуляція;
  - полікістозні яєчники за даними УЗД органів малого таза.

Критерії СПКЯ за даними УЗД:

– візуалізація не менше 12 фолікулів діаметром 2–9 мм хоча б в одному яєчнику;

– об'єм хоча б одного яєчника більше 10 см<sup>3</sup> за відсутності доміантного фолікула діаметром понад 10 мм.

4. Основна мета лікування – відновлення регулярності менструального циклу та нормалізація балансу статевих гормонів:

– модифікація способу життя (дієта, адекватні фізичні навантаження), застосування вітамінотерапії (особливо вітаміну D та препаратів магнію);

– призначення естроген-гестагенних комбінацій (КОК), що містять прогестини з антиандрогенним ефектом (ципротерону ацетат, дієногест, дроспіренон) та з активною формою фолатів, у циклічному або безперервному режимі.

5. Симптом наміста.

#### ☰ Задача 4

1. Передменструальний дисфоричний розлад (ПМДР).

2. Класифікація ПМС залежно від особливостей клінічної симптоматики та вираженості передменструальних розладів.

Основний передменструальний розлад (ПМР) – це найпоширеніший та загально визнаний тип ПМС.

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

– передменструальне загострення фонового захворювання (ПМЗ);

– неовуляторний ПМР;

– прогестаген-індукований ПМР;

– ПМР з відсутністю менструацій.

Передменструальний дисфоричний розлад є більш тяжким варіантом ПМС. На додаток до фізичних симптомів, виникає щонайменше один афективний, такий як гнів, дратівливість та/або внутрішнє напруження, протягом лютеїнової фази менструального циклу, а іноді – ще у перші кілька днів

менструації, однак після менструації симптоми зменшуються і зникають.

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

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

4. Обов'язкові методи обстеження:

– детальний збір анамнезу щодо менструацій, симптомів ПМР та їхнього впливу на повсякденну діяльність, наявності факторів ризику ПМС, значущих травматичних подій нещодавно або в минулому, супутньої патології, проведеного лікування та його переносимості;

– фізикальний огляд (при фізикальному огляді жінок з ПМС/ПМДР, зазвичай, не виявляють специфічних ознак. Можлива наявність болючості при пальпації молочних залоз, здуття живота та збільшення маси тіла в лютеїнову фазу менструального циклу).

Не існує специфічних біохімічних відхилень, пов'язаних із ПМС/ПМДР. Добові концентрації гонадотропінів і статевих стероїдних гормонів у сироватці крові жінок з ПМС нічим не відрізняються від жінок без ПМС. Для диференційної діагностики визначають у сироватці крові ФСГ, пролактин, естрадіол (E2), ТТГ, кортизол на 2–5-й день менструального циклу, натще, між 8.00 та 9.00 ранку.

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

Емпірична терапія: найбільш вагомими доказами ефективності емпіричної терапії ПМР існують для застосування токоферолу (вітаміну Е), екстракту плодів прутняка звичайного (*Agni casti fructus*) та когнітивно-поведінкової терапії (КПТ).

Негормональні лікарські засоби: селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну (СІЗЗС) та селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну та норадреналіну (СІЗЗСН) є одним із варіантів лікування тяжкої форми ПМС. Підставою для початку лікування антидепресантами, за неефективності немедикаментозних засобів корекції, є наявність симптомів депресії протягом не менше двох тижнів.

Застосування СІЗЗС/СІЗЗСН рекомендується під час лютеїнової фази менструального циклу або у безперервному режимі. На сприятливий ефект можна очікувати протягом 48 год після початку лікування, проте власне антидепресивний ефект проявляється наприкінці другого тижня терапії.

За наявності передбачуваної менструальної мігрені, що не піддається стандартному лікуванню, слід розглянути можливість лікування селективними агоністами 5-НТ<sub>1</sub>-рецепторів серотоніну – фроватриптаном (2,5 мг двічі на день) або золмітриптаном (2,5 мг двічі або тричі на день) у дні, коли очікується мігрень.

Лікарські засоби, що містять гормони:

- монофазні КОКи, що містять етинілестрадіол, дроспіренон і левомефолат кальцію;
- трансдермальні естрогени у комбінації з прогестагенами (прогестерон у мікронізованій формі 100 або 200 мг) перорально або вагінально, циклічно у лютеїнову фазу 10–12 днів або прогестаген ВМС-ЛНГ 52 мг протягом тривалого часу;
- аналоги ГнРГ з додатковою терапією прикриття з метою встановлення діагнозу ПМДР (у важких для діагностики

випадках) і перед плануванням хірургічного лікування тяжких форм ПМДР у разі неефективності медикаментозної терапії.

Аналоги ГнРГ пригнічують синтез стероїдних гормонів у яєчниках, а отже викликають різке полегшення або повне зникнення симптомів у пацієток з основним ПМР, але їхній негативний вплив на мінеральну щільність кісткової тканини (МЩКТ) дає змогу розглядати їх лише у тяжких випадках. Якщо застосування аналогів ГнРГ не приводить до усунення передменструальних симптомів, це свідчить про сумнівний діагноз ПМДР, а не про обмеження терапії.

При застосуванні у жінок із тяжкою формою ПМДР аналогів ГнРГ потрібно проводити додаткову терапію прикриття та вимірювання МЩКТ.

Хірургічне лікування: для лікування пацієток із тяжкими формами ПМС/ПМДР може розглядатися хірургічне втручання – тотальна гістеректомія з двосторонньою сальпінгооваріоектомією у таких випадках:

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

Перед тим як вдаватися до хірургічного лікування тяжких форм ПМС/ПМДР, слід урахувати такі рекомендації:

- діагноз ПМДР повинен бути підтверджений реєстрацією симптомів;
- терапія аналогами ГнРГ повинна бути єдиним ефективним медичним підходом, і вона є безперервно ефективною щонайменше протягом шести місяців;
- толерантність до терапії прикриття під час лікування естрогеном (або комбінації естрогену та прогестагену) була перевірена під час терапії аналогами ГнРГ;
- жінка реалізувала репродуктивні плани;
- передбачається потреба у ще кількох роках терапії, залежно від віку жінки.

Для лікування жінок із тяжкою формою ПМС не рекомендуються абляція ендометрію і тотальна гістеректомія

зі збереженням яєчників. Залишення яєчників призведе до збереження ПМС (за класифікацією – «варіантний» ПМР з відсутністю менструацій).

Жінкам після хірургічного лікування ПМС, за відсутності протипоказань, рекомендовано застосовувати гормональну терапію.

### **Задача 5**

1. Гіперпролактинемія. Вторинна аменорея.

2. Скарги на порушення менструального циклу за типом аменореї протягом восьми місяців, зниження лібідо, головний біль, біль у молочних залозах, незначні виділення молока при натисканні на навколососкову ділянку (галакторея).

Рівень пролактину – 49,35 нг/мл (N: 4,79–23,3).

3. Фізіологічні чинники: коїтус, фізичні вправи, вагітність, лактація, сон, стрес, приймання їжі, гіпоглікемія.

Порушення гіпоталамо-гіпофізарної системи: гранулематозні процеси, інфільтративні процеси, опромінення, травми: відрив ніжки гіпофіза, хірургічне втручання в ділянці турецького сідла, пухлини (краніофарингіоми, герміноми, менінгіоми).

Патологія гіпофіза: пролактинома, ідіопатична форма гіперпролактинемії, макроаденома (компресійна), мультигормональна аденома, акромегалія, хірургічні втручання, травми.

Системні розлади: травми грудної клітки, хірургічні втручання на ній, оперізувальний лишай. Хронічна ниркова недостатність, інфаркт міокарда, цироз печінки, епілептичний напад, СПКЯ, гіпотиреоз.

Фармакологічні засоби: анестетики, антиконвульсанти, антидепресанти, антигістамінні препарати, антигіпертензивні препарати, агоністи ацетилхоліну, наркотичні препарати, інгібітори синтезу дофаміну; естрогени: оральні контрацептиви та їхня відміна, нейролептики/антипсихотичні засоби, нейропептиди, опіати й антагоністи опіатних рецепторів.

4. Обов'язковим є дообстеження із проведенням:

– МРТ з гадолінієм;

– дослідження очного дна і полів зору (комп'ютерна периметрія) з метою уточнення стану оптико-хіазмальної ділянки;

– функціональних діагностичних тестів:

а) проба з тиреоліберином;

б) проба з метоклопрамідом;

– консультації нейрохірурга для з'ясування питання про оперативне лікування, доцільність медикаментозного лікування;

– доповнюючих методів – виявлення молекулярної гетерогенності пролактину методом гел'фільтрації у пацієнок із нетиповою формою захворювання.

5. Лікування залежить від причини захворювання.

Медикаментозне лікування: агоністи дофаміну (каберголін або бромокриптин), рослинні препарати дофамінергічної дії. Бромокриптин: почати з 0,625–1,25 мг на день; стандартний діапазон терапевтичної дози – 2,5–10 мг на день. Каберголін: почати з 0,25–0,5 мг на тиждень; стандартний діапазон терапевтичної дози: 0,25–3,0 мг на тиждень.

Оперативне лікування. Показання:

– збільшення розмірів пухлини, незважаючи на оптимальну схему лікування;

– апоплексія гіпофіза;

– непереносимість медикаментозної терапії;

– макропролактиноми, резистентні до лікування агоністами дофаміну;

– мікроаденоми, резистентні до лікування агоністами дофаміну, у жінок, які планують вагітність;

– компресія зорового перехрестя, що зберігається на фоні медикаментозного лікування;

– пролактинома з кістозним компонентом, резистентна до лікування;

– лікворея на фоні прийому агоністів дофаміну;

– макроаденоми в пацієнтів із психічними захворюваннями за наявності протипоказань до призначення агоністів дофаміну.

Променева лікування: проводять у разі необхідності впливу на залишкову тканину пухлини за неможливості радикальної операції, при агресивних пролактиномах або карциномах.

## Задача 6

1. Ятрогенна менопауза. Посткастраційний синдром.
2. Скарги на відчуття загальної слабкості, швидку втомлюваність, дратівливість, порушення сну, зниження лібідо, припливи жару до лиця і верхньої частини тулуба до 10 разів на добу, підвищене потовиділення, підвищення АТ на тлі відсутності менструацій після двосторонньої аднексектомії. ФСГ – 42,5 мМО/мл; естрадіол – 8,4 пг/мл.
3. Фізикальне обстеження: ІМТ, окружність талії, виявлення артеріальної гіпертензії. Обстеження органів малого таза: дослідження шийки матки в дзеркалах, бімануальне дослідження. Лабораторна діагностика: тест на ФСГ; визначення загального рівня холестерину. Інструментальні методи обстеження: УЗД органів малого таза з визначенням товщини та структури ендометрію; УЗД з доплерометрією каротидних і стегнових артерій з вимірюванням комплексу інтима-медіа (індивідуально, за наявності факторів ризику) в осіб із низьким і помірним кардіоваскулярним ризиком за шкалою SCORE; мамографія; у жінок із підвищеним ризиком остеопорозу та переломів, згідно з опитувальником FRAX, визначення мінеральної щільності кісткової тканини за допомогою методу подвійної енергетичної рентгенівської абсорбціометрії (DEXA).
4. Хірургічне видалення яєчників викликає складні реакції адаптації в нейроендокринній системі. В основі механізмів розвитку посткастраційного синдрому (ПКС) лежить порушення реакцій адаптації. Раптове зниження рівнів статевих гормонів при видаленні яєчників призводить до порушення секреції нейротрансмітерів, які відповідальні за функцію підкіркових структур у мозку, що, в свою чергу, забезпечують координацію кардіоваскулярних, респіраторних, температурних реакцій. Це викликає патологічні симптоми, які подібні до клімактеричного синдрому.
5. Немедикаментозне лікування: здоровий спосіб життя, включаючи регулярне фізичне навантаження, споживання кальцію/вітаміну D, відмову від куріння, надмірного

споживання алкоголю та кофеїну, підтримання оптимальної маси тіла та зменшення стресу.

Контрольоване дихання, когнітивно-поведінкова терапія, тренування усвідомленості, акупунктура, гіпноз та блокування зірчастих гангліїв при протипоказаннях до МГТ.

Менопаузальна гормональна терапія: жінки, які мають ятрогенну менопаузу у віці до 45 років, зокрема до 40 років, піддаються високому ризику розвитку серцево-судинних захворювань, остеопорозу та підвищеному ризику афективних розладів і деменції. Така терапія може зменшити симптоми та зберегти мінеральну щільність кісток. Рекомендується МГТ, принаймні, до досягнення середнього віку менопаузи, приблизно до 51 року.

Комбінована терапія (естрогени з прогестагенами) у циклічному режимі:

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

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

- трансдермальний гель з естрадіолом 0,75–1,5 мг (14 днів), потім трансдермальний гель з естрадіолом 0,75–1,5 мг + дидрогестерон 10 мг або прогестерон у мікронізованій формі 200 мг протягом 12–14 днів;
- трансдермальний спрей з естрадіолом 1,53–4,59 мг (14 днів), потім трансдермальний спрей з естрадіолом



1,53–4,59 мг + дидрогестерон 10 мг або прогестерон у мікронізованій формі 200 мг протягом 12–14 днів.

Монофазна комбінована терапія (естрогени з прогестагенами) у безперервному режимі: естрадіол + дидрогестерон 1/5 мг, 0,5/2,5 мг; естрадіол 1 мг + дроспіренон 2 мг; естрадіол 2 мг + дієногест 2 мг), а також тиболон 2,5 мг.

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

Негормональне медикаментозне лікування: лікарські засоби на основі сангвінарії канадської; лікарські засоби на основі циміцифуги; СІЗЗС (пароксетин, флуоксетин та ін.) та СЗЗСН (венлафаксин, дулоксетин та ін.), клонідин, деякі протипілептичні препарати та інші лікарські засоби центральної дії.

Для пацієнок із посиленням припливів у нічний час, із нічним потовиділенням та повторюваними пробудженнями – габапентин (рекомендується приймати разову дозу габапентину перед сном); бета-аланін.

Лікарські засоби з гормоноподібною дією: тиболон – синтетичний стероїд, що має андрогенні, гестагенні, естрогенні властивості та виділений в окремий клас терапії – STEAR (тканиноселективний регулятор естрогенної активності). Тиболон слід застосовувати лише через 12 місяців після менопаузи, оскільки він може спричинити нерегулярні кровотечі у молодих жінок.

#### Тестові завдання

1 – С. 2 – А. 3 – Е. 4 – D. 5 – Е. 6 – В. 7 – А.

## Тема 3. Фізіологічні та патологічні стани в перименопаузальному періоді

### Задача 1

1. Перименопауза. Клімактеричний синдром.

2. Скарги на відсутність менструацій протягом шести місяців у віці 50 років, припливи по 15–18 разів на добу, біль у ділянці серця, тахікардію, періодичне підвищення АТ, дратівливість, плаксивість, головний біль, погіршення пам'яті. Підвищення рівнів ФСГ, ЛГ, зниження рівня естрадіолу. Зміни при УЗД органів малого таза: М-ехо – 6 мм, зменшення розмірів яєчників, відсутність фолікулярного апарату обох яєчників.

3. Вікові зміни гормональної функції яєчників та інволютивні процеси в гіпоталамусі, що супроводжуються прогресуючим зниженням продукції гормонів, призводять до патологічних змін в органах-мішенях. У яєчниках відбувається майже повне припинення вироблення естрогенів, що супроводжується зниженням їхньої чутливості до стимулювальної дії ФСГ. У постменопаузі гормональна функція яєчників перебудовується на синтез тестостерону та андростендіону – основних попередників для екстрагонадного синтезу естрогену в жировій тканині.

Дефіцит естрогенів має атерогенний вплив на організм жінки, спостерігається зміна функціонування і регуляції серцево-судинної системи. При клімактеричному синдромі виявлені зміни в синтезі й обміні біогенних амінів і опіоїдів, що лежать в основі розвитку нервово-психічних симптомів клімактеричного синдрому.

4. Вазомоторні та психопатологічні симптоми.

Трофічні зміни: уrogenітальні зміни, зміни шкіри та придатків.

Кардіоваскулярні та метаболічні зміни.

Постменопаузальний остеопороз.

5. Гормональні та негормональні препарати.

Патогенетично обґрунтованим є призначення МГТ. Тривалість терапії 1–5 років для корекції клімактеричного синдрому, урогенітальних розладів. З метою профілактики та лікування остеопорозу МГТ проводиться понад три роки.

Рекомендовано три основних режими призначення МГТ:

1-й режим – монотерапія естрогенами трансдермально або перорально у жінок після тотальної гістеректомії. При субтотальній гістеректомії та гістеректомії з приводу ендометріозу рекомендовано естроген-гестагенні препарати МГТ у безперервному режимі.

2-й режим – комбінована терапія (естрогени з прогестинами) у циклічному режимі при інтактній матці (двофазні пероральні препарати в безперервному циклічному режимі в перименопаузі) або трансдермально пластир (гелі) з естрогенами з обов'язковим додаванням прогестагенів.

3-й режим – монофазна комбінована терапія (естрогени з прогестагенами) у безперервному режимі в постменопаузі.

Негормональна терапія:

- препарати з гормоноподібною дією (тиболон);
- рослинні препарати (фітоестрогени/фітогормони);
- препарати негормональної дії: селективні модулятори рецепторів естрогену (тамоксифен, ралоксифен), циміцифуга, екстракт прутняка звичайного, амінокислота -аланін.

6. Абсолютні протипоказання до МГТ:

- діагностований у минулому або підозра на рак молочних залоз;
- діагностовані у минулому або підозра на естрогензалежні злоякісні пухлини (наприклад, рак ендометрію);
- встановлені прогестагензалежні новоутворення (наприклад, менінгіома) або підозра на них;
- вагінальні кровотечі нез'ясованого генезу;
- нелікована гіперплазія ендометрію;
- наявна венозна тромбоемболія (тромбоз глибоких вен, тромбоемболія легеневих артерій) або венозна тромбоемболія у минулому;

- відомі тромбофілії (наприклад, дефіцит протеїну С, протеїну S або антитромбіну III);

- активні або нещодавні тромбоемболічні захворювання артерій (наприклад, стенокардія, інфаркт міокарда);

- гострі захворювання печінки, а також наявність захворювань печінки в минулому, якщо показники її функції не нормалізувалися;

- відома гіперчутливість до діючих речовин або до будь-якої з допоміжних речовин препарату;

- порфірія.

Відносні протипоказання до МГТ:

- лейоміома матки;

- ендометріоз;

- мігрень;

- сімейна гіпертригліцеридемія;

- жовчнокам'яна хвороба;

- епілепсія;

- підвищений ризик розвитку раку молочної залози.

## Задача 2

1. Аномальна маткова кровотеча (клімактеричного періоду). Анемія середнього ступеня.

2. Госпіталізація до гінекологічного відділення. Дообстеження та лікування в умовах стаціонару.

3. Додаткові методи дослідження:

- розгорнутий загальний аналіз крові;

- біопсія ендометрію (для виключення наявності злоякісного процесу) шляхом проведення гістроскопії з біопсією ендометрію, пайпель-біопсії ендометрію, фракційного діагностичного вишкрібання слизової оболонки порожнини матки.

4. Вибір методу лікування залежить від результату гістологічного дослідження біоптату ендометрію. У разі виявлення поліпа ендометрію, гіперпластичного процесу ендометрію за даними УЗД насамперед проводиться хірургічне лікування (поліпектомія/резекція ендометрію) з гістологічним

дослідженням видаленого матеріалу. Якщо результати гістологічного дослідження підтверджують доброякісний процес, рекомендовано призначення медикаментозної терапії препаратами групи гестагенів за стандартною схемою. У разі діагностування злоякісного процесу подальше обстеження та лікування проводяться в умовах онкодиспансеру за місцем проживання.

5. До ризиків, пов'язаних із застосуванням методів абляції/резекції ендометрію, належать: перфорація матки, інфікування, кровотеча і травми кишечника та сечового міхура, а також розвиток гематометри, що супроводжується циклічними болями з гематосальпінксом або без нього.

До можливих негативних наслідків гістероскопічних методів належать гіперволемія (особливо при застосуванні гіпотонічних розчинів), гіпонатріємія та її ускладнення.

### Задача 3

1. Клімактеричний синдром.
2. Причин патологічного перебігу перименопаузи безліч, їх можна об'єднати в такі групи: соціально-економічні, побутові та сімейні труднощі; нейропсихічні, стресові ситуації; генітальна патологія; екстрагенітальні захворювання; обмінні порушення. Важлива роль у розвитку клімактеричного синдрому відводиться спадковим факторам і чинникам зовнішнього середовища.
3. Патогенез клімактеричного синдрому є неоднозначним. Початок захворювання пов'язується чи то з первинними порушеннями стероїдогенезу і хвилеподібними рівнями естрогенних сполук, чи то з первинною патологією в гіпоталамусі або гіпофізі. У жінок з клімактеричним синдромом завжди виявляються порушення взаємодії та активності (за типом гіпо- або ареактивності) лімбіко-ретикулярного комплексу, у тому числі гіпоталамічних структур з координації діяльності серцево-судинної, дихальної та інших систем, емоційно-поведінкових реакцій і механізмів терморегуляції. Що сильніше

виражені ці зміни, то важче перебігає клімактеричний синдром.

4. Ступінь тяжкості клімактеричного синдрому може визначатися різними методами. Найпростіше це оцінити за частотою «припливів»: до 10 – легка форма; 11–20 – середня і понад 20 «припливів жару» – тяжка форма клімактеричного синдрому. Можлива оцінка ступеня вираженості клімактеричного синдрому у балах за менопаузальним індексом Куппермана в модифікації О. В. Уварової (1982). При цьому кожний симптом з трьох груп залежно від ступеня його вираженості оцінюється в балах – від 0 до 3. Вираженість нейровегетативних симптомів до 10 балів характеризує фізіологічний перебіг перименопаузального періоду, 11–20 – легкий ступінь клімактеричного синдрому, 21–30 – середній ступінь і більше 30 балів – тяжкий ступінь. Обмінно-ендокринні та психоемоційні порушення оцінюються однотипно: 1–7 балів – легкі, 8–14 – середні, понад 14 балів – тяжка форма клімактеричного синдрому.

5. Диспансеризація хворих з клімактеричним синдромом передбачає як періодичне загальноклінічне обстеження (оцінка гемодинамічних показників, клінічних і біохімічних показників крові та ін.), так і з використанням допоміжних методів дослідження (УЗД, кольпоцитологія, дослідження молочних залоз, гістероскопія та ін.). Показане повторне обстеження за відсутності ефекту від терапії для виключення органічних та інших захворювань. Особливо ретельному диспансерному спостереженню підлягають хворі з ускладненнями й атиповими формами клімактеричного синдрому. Профілактика клімактеричного синдрому повинна починатися до настання перехідного періоду з використанням психотерапії, лікувальної фізичної культури, оптимізації режиму праці та відпочинку, застосуванням природних фізіотерапевтичних факторів, дієтотерапії. Пильна увага повинна приділятися своєчасним методам лікування екстрагенітальної патології, усуненню негативних психоемоційних та інших факторів.

#### ☰ Задача 4

1. Генітальний пролапс II ст. Декубітальна виразка.
2. Ушкодження м'язів тазового дна:
  - травма у пологах (накладання акушерських щипців, витягання плода за тазовий кінець, вакуум-екстракція плода);
  - глибокі розриви промежини.Порушення іннервації м'язів сечостатевої діафрагми:
  - *Spina bifida* із паралічем III та IV крижових нервів – опущення матки та піхви у дитячому віці;
  - розсіяний склероз.Вроджені вади тазової ділянки.  
Захворювання сполучної тканини.  
Стан після оперативних втручань, наприклад, радикальної вульвектомії.
3. Тактика ведення:
  - мікроскопічне та бактеріологічне дослідження виділень зі статевих шляхів;
  - цитологічне дослідження мазків з шийки матки;
  - кольпоскопія проста та розширена;
  - УЗД органів малого таза;
  - біопсія ендометрію;
  - біопсія шийки матки;
  - консервативне лікування декубітальної виразки;
  - оперативне лікування.
4. Оперативне лікування: вагінальна гістеректомія без придатків. Передня та задня кольпорафія.
5. Ортопедичні методи – використання песаріїв (маткових кілець) Томаси, Ходжа, Шульце.  
До загальнозміцнювальних методів належить зниження патологічно збільшеного інтраабдомінального тиску регулюванням маси тіла пацієнтки, зміною умов життя, уникненням підняття вантажів, а також зменшення ускладнювальних респіраторних факторів. Покращити еластичність тканин статевого тракту та кровопостачання можна завдяки призначенню системної та місцевої замісної гормональної терапії. Для зміцнення м'язів тазової діафрагми і системи тазових сфінктерів

розроблена спеціальна тривала програма ізометричного їхнього скорочення.

#### ☰ Задача 5

1. Постменопаузальний остеопороз. Атрофічний вагініт.
2. Зниження рівня статевих гормонів призводить до атрофічних змін слизових оболонок. Основною причиною втрат кісткової тканини у жінок є дефіцит естрогенів, що спричинює підвищення кількості й активності остеобластів – клітин, які сприяють резорбції кісткової тканини.
3. Базові обстеження перед призначенням гормональної терапії:
  - збір анамнезу для виявлення факторів ризику;
  - огляд: маса тіла, ІМТ, окружність живота, артеріальний тиск;
  - гінекологічне дослідження;
  - цитологічний мазок Папаніколау;
  - УЗД органів малого таза з визначенням товщини та структури ендометрію;
  - мамографія.Додатково (не обов'язково в усіх випадках):
  - ліпідограма;
  - АЛТ, АСТ;
  - денситометрія;
  - ЕКГ;
  - коагулограма.
4. Абсолютні протипоказання:
  - діагностований у минулому або підозра на рак молочних залоз;
  - діагностовані у минулому або підозра на естрогензалежні злоякісні пухлини;
  - встановлені прогестагензалежні новоутворення (менінгіома) або підозра на них;
  - вагінальні кровотечі нез'ясованого генезу;
  - нелікована венозна тромбоемболія у минулому;

- відомі тромбофілії (дефіцит протеїну С, антитромбіну II);
- активні або нещодавні тромбоемболічні захворювання артерій (стенокардія, інфаркт міокарда);
- гострі захворювання печінки, а також наявність захворювань печінки в минулому, якщо показники її функції не нормалізувалися;
- порфірія.

Відносні протипоказання:

- лейоміома матки;
  - ендометріоз;
  - мігрень;
  - сімейна гіпертригліцеридемія;
  - жовчнокам'яна хвороба;
  - епілепсія;
  - підвищений ризик розвитку раку молочної залози.
5. Негормональна терапія симптомів клімаксу:
- препарати з гормоноподібною дією (тиболон);
  - рослинні препарати (фітоестрогени/фітогормони);
  - препарати негормональної дії (селективні модулятори рецепторів естрогену (тамоксифен, ралоксифен, циміцифуга, екстракт прутняка звичайного);
  - амінокислота β-аланін;
  - седативні засоби;
  - немедикаментозні методи корекції клімактеричних порушень (фізіотерапія, акупунктура).

6. Альтернативи МГТ для жінок, які перенесли рак репродуктивних органів:

- фітоестрогени, селективні модулятори рецепторів естрогену (циміцифуга);
- препарати кальцію та вітаміну D;
- препарати, що зменшують прояви вазомоторних порушень (β-аланін);
- антидепресанти;
- анксиолітики;
- альтернативна/нетрадиційна терапія (акупунктура);
- седативна фітотерапія.

7. Для місцевого лікування урогенітальних розладів застосовують: свічки вагінальні (ревітакса), діючими речовинами препарату є: гіалуронова кислота, календула, олія чайного дерева, алое. Гормональна замісна терапія для лікування атрофії слизової оболонки нижніх відділів сечостатевого тракту, пов'язаної з дефіцитом естрогену, проводиться супозиторіями (овестин, овіпол-кліо), що містять естріол. Вони безпечні для місцевого інтравагінального застосування, не створюють навантаження на печінку, мінімально діють на ендометрій, мають мінімальну побічну дію.

### ☰ Задача 6

1. Діагноз: аномальна маткова кровотеча. Поліп ендометрію. Анемія I ст. Перименопауза.

2. План обстеження хворої:

- збір анамнезу;
- фізикальне обстеження;
- виключення вагітності;
- лабораторні дослідження: загальний аналіз крові (скринінг анемії), при нормальному вмісті гемоглобіну – визначення рівня феритину (стан депо заліза); хоріонічний гонадотропін людини ( -субоддиниця) в сироватці або сечі експрес-тест на вагітність; тиреотропний гормон (ТТГ) і вільний тироксин (Т4 вільний), пролактин (виявлення субклінічного гіпотиреозу і гіперпролактинемії); визначення протромбінового часу, активованого часткового тромбoplastинового часу, феритину, а також тесту на наявність хвороби Віллебранда; консультація гематолога у разі наявності в анамнезі тяжких кровотеч, починаючи з менархе; післяпологових кровотеч або кровотеч після видалення зубів; інших видів кровотеч або ознак порушення коагуляції в сімейному анамнезі;
- інструментальні дослідження: УЗД органів малого таза, гістероскопія.

3. Враховуючи наявність поліпа ендометрію та неефективність попередньої медикаментозної симптоматичної терапії,

госпіталізація хворої до гінекологічного стаціонару з метою хірургічного лікування в обсязі: гістероскопія, поліпектомія з подальшим гістологічним дослідженням, протианемічна терапія.

#### 4. Класифікація причин АМК (PALM\COEIN)

Структурні (PALM):

P – Поліпи.

A – Аденоміоз.

L – Лейоміома\*.

M – Злоякісні пухлини (малігнізація).

Категорія лейоміома (L) розділяється на два підтипи:

\*LSM – для пацієнок, принаймні, з однією підслизовою міомою.

\*LO – для пацієнок, у яких міоми не змінюють порожнину матки.

Неструктурні (COEIN):

C – Коагулопатія.

O – Порушення овуляції.

E – Патологія ендометрію.

I – Ятрогенні.

N – Некласифіковані.

5. Аномальна маткова кровотеча – будь-яке відхилення менструального циклу від норми, що включає зміну регулярності та частоти менструацій, тривалості кровотечі або кількості втраченої крові.

### Задача 7

1. Аномальна маткова кровотеча. Міома матки (за FIGO тип 3). Менопауза.

2. Алгоритм обстеження:

– збір анамнезу включає такі питання:

- Чи впливає менструація на Вашу щоденну активність (роботу, заняття спортом, спілкування з родиною)?
- Чи доводиться Вам міняти засоби гігієни вночі?
- Чи є у виділеннях великі згустки крові (більше 1 см)?

- Чи відчуваєте Ви слабкість, задишку, підвищену стомлюваність або Вам ставили коли-небудь діагноз анемії?

При позитивній відповіді на одне і більше питань є підстави припускати у пацієнтки наявність АМК.

– загальна оцінка стану хворої;

– загальноклінічне обстеження.

Основні показники: маса/індекс маси тіла, огляд щитоподібної залози, огляд шкіри (блідість, синці, стрії, гірсутизм, петехії);

– гінекологічне обстеження: огляд за допомогою дзеркал.

Бімануальне обстеження тазових органів жінки;

– УЗД органів малого таза.

3. Лікувальні заходи: гістероскопія, резекція субмукозного вузла з обов'язковим гістологічним дослідженням.

4. Методи гемостазу при АМК:

Медикаментозне лікування є терапією вибору у більшості пацієнок (якщо дозволяють клінічні обставини). Метод лікування обирається з урахуванням тяжкості стану, анамнезу, супутньої патології і наявності протипоказань.

– КОК монофазні (30–35 мкг етинілестрадіолу) тричі на добу протягом 7 днів або до 4–5 разів на добу 3–5 днів, потім зменшення що два дні на 1 таблетку. Загальний термін застосування КОК не менше 20 днів;

– транексамова кислота 500 мг перорально тричі на добу впродовж п'яти днів, кожні 8 год;

– лінестренол 5 мг перорально тричі на добу протягом 7 днів.

Хірургічне лікування розглядається у разі:

– нестабільності клінічного стану жінки;

– наявності протипоказань до медикаментозного лікування;

– відсутності ефекту від медикаментозного лікування.

Серед хірургічних методів лікування гострої АМК залежно від клінічної ситуації та технічних можливостей закладу охорони здоров'я виконується:

– абляція/резекція ендометрію;

– емболізація маткових артерій;

- гістеректомія;
- специфічне хірургічне лікування при виявленні структурної патології (за відповідними протоколами).

5. Нейроендокринна регуляція оваріо-менструального циклу.

I рівень регуляції – надгіпоталамічні церебральні структури.

Класичним прикладом циклічних процесів, що відбуваються в репродуктивній системі жінки в період зрілості, є оваріально-менструальний цикл.

II рівень регуляції репродуктивної системи – гіпофізотропна зона медіодазального гіпоталамуса. У нейронах аркуатних ядер гіпоталамуса відбувається пульсуюча секреція гіпоталамічних рилізінг-гормонів (ГТ-РГ) у цирхоральному режимі. По аксонах нервових клітин нейросекрет (ГТ-РГ) надходить у порталну систему і з кров'ю переноситься в передню частку гіпофіза.

III рівень регуляції – аденогіпофіз (передня частка гіпофіза) В аденогіпофізі здійснюється секреція гонадотропних гормонів; лютеїнізуючого (ЛГ), фолікулостимулювального (ФСГ), пролактину (Прл), тиреотропного гормону, або тиреотропіну (ТТГ), соматотропного гормону, або соматотропіну (СТГ), адренкортикотропного гормону, або кортикотропіну (АКТГ), меланоцитостимулювального гормону, або меланотропіну (МСГ).

IV рівень регуляції репродуктивної системи – яєчники. Циклічні зміни в яєчниках називаються яєчниковим циклом. У першій (фолікулярній) фазі відбувається розвиток примордіальних фолікулів, у другій (лютеїновій) фазі – із клітин графового пухирця (фолікула, у якому відбулася овуляція) формується ендокринна залоза – жовте тіло.

До V рівня регуляції належать органи і тканини-мішені (статеві органи, молочні залози, волосяні фолікули, шкіра, кістки, жирова тканина). Клітини цих органів мають рецептори до статевих стероїдних гормонів (естрадіолу, прогестерону, тестостерону). Вміст стероїдних гормонів у крові

коливається в залежності від фази менструального циклу. Молекула гормону захоплюється цитоплазматичним рецептором, і комплекс гормон-рецептор переноситься в ядро клітини. У ядрі комплекс зв'язується з хроматином, що регулює процеси транскрипції. До V рівня регуляції репродуктивної системи належать також циклічний аденозинмонофосфат (цАМФ) і простагландини, що відіграють роль міжклітинних регуляторів. На V рівні регуляції найбільш виражені циклічні зміни перебігають в ендометрії (матковий цикл), відбувається його підготовка до менструації або імплантації.

### ☰ Задача 8

1. Клімактеричний синдром.
2. Загальноклінічні обстеження: оцінка гемодинамічних показників, клінічні та біохімічні показники крові, ЕКГ, мамографія для виключення органічних та інших захворювань.  
Дослідження гормонального стану: ФСГ, ЛГ, рівень естрадіолу.
3. Консультації суміжних спеціалістів: гінеколога, ендокринолога та невропатолога з метою корекції особливості клінічних розладів, пов'язаних з хірургічним втручанням та швидким розвитком клімактеричного посткастраційного синдрому.
4. Патогенез даного захворювання зумовлений наслідками виконаної пангістеректомії з придатками, що призводить до зниження продукції гормонів – естрогенів, які, в свою чергу, спричиняють патологічні зміни в органах-мішенях організму жінки: трофічні зміни слизових оболонок уrogenітального тракту, зміни шкіри та сполучної тканини. Спостерігаються зміна функціонування та регуляції серцево-судинної системи, зміни у синтезі й обміні біогенних амінів і опіоїдів, що лежать в основі розвитку нервово-психічних симптомів при клімаксі.
5. Менопаузальна гормональна терапія (комбінована терапія): естрогени з прогестинами у циклічному режимі – двофазні пероральні препарати в безперервному циклічному

режимі або трансдермально у вигляді пластиру, гелю або спрею. Особливістю гормонотерапії після екстирпації матки з додатками як органа-мішені є призначення чистих естрогенів та відсутність необхідності в гестагенах.

### Задача 9

1. Менопаузальний метаболічний синдром (ММС). Ознаки ММС: швидкий набір маси тіла (5–10 кг за 6–12 місяців), який збігся з початком менопаузи. Прояви ММС включають: підвищення рівня загального холестерину, ліпопротеїдів низької щільності, тригліцеридів та зменшення швидкості їхнього виведення; зниження концентрації ліпопротеїдів високої щільності; інсулінорезистентність; зменшення секреції інсуліну підшлунковою залозою та швидкість його виведення; порушення судинної функції, вісцеральне ожиріння, підвищення рівня фібриногену й артеріальну гіпертензію, атеросклероз, дисліпідемію.

2. План обстеження хворої:

– вивчення анамнезу хворої, вимірювання пульсу, АТ у динаміці, ЕКГ;

– гінекологічне дослідження: бактеріоскопічне, цитоморфологічне, УЗД органів малого таза, загальноклінічні дослідження (загальний аналіз сечі, клінічний аналіз крові);

– біохімічний аналіз крові (креатинін, лужна фосфатаза, глюкоза, холестерин та його фракції, тригліцериди, ліпідний спектр, печінкові ферменти, вміст кальцію та інші електроліти крові);

– гемостазіограма;

– гормональний профіль крові (ФСГ і ТТГ обов'язково, глюкоза, інсулін, тест толерантності до глюкози);

– консультація суміжних фахівців: кардіолога, ендокринолога, невролога, дієтолога, мамолога.

3. За умов прогресивного розвитку дефіциту естрогенів, компенсація якого проходить за рахунок позагонадного синтезу естрогенів у жировій тканині, зростає ризик виникнення

серцево-судинних захворювань, ендокринної патології, остеопорозу.

4. Цукровий діабет, гіпертонічна хвороба серця, захворювання надниркових залоз та щитоподібної залози.

5. Лікування даної патології складається з трьох методів:

– немедикаментозна терапія (регуляція режиму харчування, дозовані фізичні навантаження, відмова від шкідливих звичок у житті, психо-, фізіо- та рефлексотерапія);

– медикаментозна симптоматична негормональна терапія (седативна терапія, фітоестрогени тощо);

– МГТ (замісна гормональна терапія), враховуючи протипоказання для жінки.

### Задача 10

1. Діагноз: генітальний пролапс II–III ст.; цистоцеле; ректоцеле; постменопауза.

2. Причини:

– пологи великим плодом: 4500 г (перші) та 4880 г (другі);

– розрив промежини в пологах;

– гіпоестрогенія;

– порушення структури та функції зв'язкового апарату матки;

– порушення іннервації та кровообігу в тканинах промежини.

3. Можливі ускладнення:

– виникнення некротичної виразки шийки матки;

– гідроуретеронефроз;

– висхідна інфекція сечовивідних шляхів.

4. Загальне клініко-лабораторне обстеження: загальний аналіз крові, загальний аналіз сечі, біохімічні показники крові, коагулограма;

– мікроскопічне та бактеріологічне дослідження виділень зі статевих шляхів;

– цитологічне дослідження мазків з шийки матки;

– кольпоскопія;



- пайпель-біопсія ендометрію;
- оперативне лікування.
- 5. Оперативне лікування в обсязі: вагінальна гістеректомія без придатків  
Передня та задня кольпорафія.

#### Тестові завдання

1 – А. 2 – А. 3 – А. 4 – А. 5 – А.

## Тема 4. Патологічні стани репродуктивної системи у дитячому та підлітковому віці. Методи контрацепції для підлітків

### Задача 1

1. Первинна аменорея. Аномалія розвитку матки? Синдром Рокитанського – Кюстнера – Майєра (аплазія матки та піхви)?
2. План обстеження:
  - дослідження гормонів крові (естрадіол, ФСГ, ЛГ, пролактин, ТТГ, кортизол, тестостерон, ДГЕАС);
  - УЗД/МРТ органів малого таза (бажано МРТ);
  - каріотипування.
3. Реконструктивно-пластична операція – створення штучної піхви (кольпопоез) із тазової очеревини або сигмоподібної кишки з подальшими реабілітаційними заходами за різними методиками. Бужування та дилатація рудиментарної піхви можливі за умови її достатньої довжини – 2–4 см.
4. Можливе з власним генетичним матеріалом, але тільки з використанням допоміжних репродуктивних технологій за умов сурогатного материнства.
5. Причиною виникнення даної аномалії розвитку жіночих статевих органів могли стати інфекційно-запальні захворювання у матері на ранніх термінах вагітності.

### Задача 2

1. Альгоменорея. Тубооваріальне утворення. Аномалія розвитку матки з затримкою відтікання менструальної крові? (остаточно діагноз встановлюється за допомогою інструментальних методів дослідження).
2. Інструментальні методи дослідження:
  - УЗД органів малого таза;
  - МРТ органів малого таза;

- діагностична гістероскопія;
- діагностична лапароскопія.

3. При підтвердженні діагнозу аномалії розвитку з додатковим функціонуючим матковим рогом із затримкою менструальної крові обов'язковим є оперативне лікування з видаленням додаткового маткового рога, бажано лапароскопічним доступом.

4. Така аномалія розвивається внаслідок порушення злиття мюллерових проток ще внутрішньоутробно. Розрізняють функціонуючий матковий ріг (додатковий матковий ріг з порожниною та ендометрієм) і нефункціонуючий (без порожнини). Також розрізняють функціонуючий рудиментарний матковий ріг з порушенням відтікання менструальної крові та без порушення.

5. Виділяють такі вади розвитку матки і (або) піхви:

I. Аплазія піхви:

- повна аплазія піхви і матки;
- повна аплазія піхви і функціонуюча рудиментна матка;
- аплазія частини піхви при функціонуючій матці.

II. Однорога матка.

III. Подвоєння матки і піхви.

IV. Дворога матка.

V. Внутрішньоматкова перетинка.

VI. Вади розвитку маткових труб і яєчників.

VII. Рідкісні форми вад розвитку статевих органів.

### Задача 3

1. Атрезія гімена. Гематокольпос. Хибна аменорея.

2. УЗД та МРТ органів малого таза.

3. Лікування може бути лише хірургічним. Вибір методу операції залежить від стану маткових труб. Атрезія дівочої пліви, як правило, не супроводжується гематосальпінксом, тому лікування передбачає розсічення дівочої пліви – гіменотомію. Спочатку дівочу пліву інфільтрують 5 мл 0,5% розчину новокаїну. Через 15–20 хв добре розсувають великі та малі

статеві губи, захоплюють пліву двома затискачами та хресто-подібно розсікають її.

4. З метою профілактики повторної атрезії на краї розрізу у поперечному напрямку накладають вікрилові шви. У піхву вводять тампон зі стерильним вазеліновим маслом. Тампон замінюють щодня до повної епітелізації рани.

5. Атрезія гімена може формуватися в ранньому дитинстві в результаті місцевого запального процесу.

### Задача 4

1. Для підлітків, які ведуть нерегулярне статеве життя і можуть мати кілька статевих партнерів, найбільш прийнятним методом контрацепції є презерватив. Він запобігає вагітності та захищає від ІПСШ, тобто створює подвійний захист.

2. Переваги використання презервативів:

– захист від ІПСШ, включаючи вірус імунодефіциту людини (ВІЛ);

– відсутність побічних ефектів;

– можливість використання без візиту до лікаря;

– простота використання.

3. Недоліки використання презервативів:

– залежність від партнера;

– алергічні реакції на латекс;

– дискомфорт.

4. У разі правильного використання презервативи є достатньо ефективними: при правильному використанні – 98%, а при звичайному – 85%.

5. Основними завданнями контрацепції у підлітків є:

– запобігання непланованій вагітності (аборт у раннім пологах);

– профілактика ІПСШ.

### Задача 5

1. Комбіновані оральні контрацептиви є високоефективним методом контрацепції для дівчат, які мають регулярне статеве життя і постійного статевого партнера.

2. Побічні ефекти методу: нудота, головний біль, набрякання молочних залоз, збільшення маси тіла. Однак ці побічні ефекти відзначаються не більш ніж у 2 % молодих пацієнток.

3. Переваги використання КОК:

- висока ефективність при низькій частоті побічних ефектів;
- регулювальний вплив на менструальний цикл;
- зниження частоти міжменструального болю;
- зменшення частоти анемії, мастопатії, функціональних кіст яєчників;

- позитивний вплив на акне.

4. Недоліки використання КОК:

- потрібно приймати таблетки щодня;
- не захищають від ІПСШ.

5. Ефективність оральних контрацептивів при правильному застосуванні 98,7 %, а при звичайному – 90 %. Показник неефективності у підлітків вищий, ніж у жінок репродуктивного віку. Це пов'язано з помилками (пропусками) у застосуванні КОК в юному віці.

### Задача 6

1. Комбіновані оральні контрацептиви є високоефективним методом контрацепції для дівчат, які мають регулярне статеве життя і постійного статевого партнера. Одночасно ці препарати ефективно впливають на менструальний цикл і стан шкіри та її придатків.

2. Більшість жінок, користувачів КОК, не відмічають вищезгаданих змін, до того ж у деяких випадках може спостерігатися стабілізація настрою і посилення сексуального потягу.

3. Будь-які вікові обмеження для призначення КОК відсутні. Вони можуть бути оптимальним засобом контрацепції

для більшості жінок, починаючи з моменту появи першої менструальної кровотечі й до досягнення менопаузи.

4. Стани, що потребують термінового звернення до лікаря:

- сильний біль у грудях або задишка;
- сильні головні болі або помутніння зору, які почалися або посилилися після початку прийому КОК;

- сильні болі у нижніх кінцівках;
- повна відсутність будь-яких кровотеч або виділень протягом тижня без таблеток (упаковка містить 21 таблетку) або під час використання 7 неактивних таблеток (із 28-денної упаковки), що може бути ознакою вагітності.

5. Найбільш прийнятними є препарати, що містять такі компоненти, як ципротерону ацетат, дієногест або дроспіренон.

### Задача 7

1. У разі незапланованого та незахищеного сексуального контакту може бути використаний метод невідкладної контрацепції.

2. Метод невідкладної контрацепції не може бути використаний як регулярний протизаплідний засіб. Він ефективний лише протягом 72–120 год після статевого контакту залежно від типу невідкладної контрацепції.

3. Переваги методу невідкладної контрацепції:

- можливість епізодичного використання у пацієнток з нерегулярним статевим життям;
- достатньо висока ефективність;
- відсутність системних побічних ефектів;
- доступність.

4. Недоліки методу невідкладної контрацепції:

- застосовуються лише в екстрених випадках і не можуть використовуватись для регулярної контрацепції;
- не захищають від ІПСШ.

5. Типи невідкладної контрацепції:

- спеціальні таблетки, що містять левоноргестрел (постинор, ескапел);

- протизаплідні таблетки прогестагенового ряду, що містять левоноргестрел або норгестрел;
- комбіновані естроген-гестагенні (КОК);
- внутрішньоматкові контрацептиви.

### Задача 8

1. Відновлення овуляції після медикаментозного переривання вагітності може відбутися через два тижні після аборт.

2. Використання контрацепції може бути почате лише після точного встановлення факту переривання вагітності та евакуації плідного яйця.

3. За умови відсутності ускладнень після медикаментозного аборт можливе використання таких методів контрацепції: оральні гормональні препарати, бар'єрні методи (презерватив, сперміциди). Для використання методів розпізнавання фертильності необхідно дочекатися, поки відновиться регулярний менструальний цикл. Непридатні як метод контрацепції спеціальні таблетки для невідкладної контрацепції.

4. Сперміциди доцільно рекомендувати у підлітковому віці як легкий і нешкідливий метод, який не має побічних ефектів. Однак незручність його застосування полягає у досягненні контрацептивної ефективності не раніше ніж за 10–15 хв до статевого контакту. Ефективність сперміцидів при правильному використанні становить 82 %, а при звичайному – 71 %.

5. Переваги використання сперміцидів у підлітковому віці:

- практично відсутні побічні ефекти;
- певною мірою – запобігання ІПСШ.

Недоліки:

- необхідність введення перед кожним статевим контактом;
- можливі незручності при введенні та вилученні з піхви;
- необхідність спеціального догляду, що обмежує застосування цього методу у підлітків.

### Задача 9

1. Неспецифічний гострий вульвіт.

2. План обстеження:

– мікроскопічне та бактеріологічне дослідження виділень з вульви та піхви;

– полімеразна ланцюгова реакція (ПЛР) або ІФА для діагностики захворювань, що передаються статевим шляхом (герпес, хламідіоз, трихомоніаз, гонорея);

– обстеження на гельмінтоз;

– відповідне обстеження батьків дівчинки.

3. Диференційна діагностика:

– порушення правил особистої гігієни;

– гельмінтози;

– чужорідне тіло в піхві;

– захворювання, що передаються статевим шляхом (герпес, хламідіоз, трихомоніаз, гонорея).

4. Лікування батьків і дівчинки після комплексного обстеження.

Застосування гігієнічних заходів – туалет зовнішніх статевих органів з використанням місцевих антисептичних й антибактеріальних препаратів (хлоргексидину біглюконат, сульфацил натрію, неоміцин, левомеколь та ін.), дієта з виключенням гострих, солодких страв.

### Задача 10

1. Аномальна маткова кровотеча пубертатного періоду (ювенільна кровотеча). Анемія середнього ступеня тяжкості.

2. Анамнез.

Обстеження (у присутності матері, родички):

– загальний стан: пульс, артеріальний тиск, забарвлення шкіри та слизових оболонок, фізичний розвиток, зріст, маса тіла;

– огляд живота (виключення пухлини черевної порожнини);

– огляд зовнішніх статевих органів: ступінь розвитку вторинних статевих ознак (молочні залози, оволосіння пахв, лобка), наявність гіперандрогенії;

- оцінка ступеня кровотечі (виключити ушкодження статевих органів);
- еритроцити, гемоглобін, згортання крові;
- за можливості, УЗД органів малого таза;
- за можливості, клінічний аналіз крові загальний, визначення початку та закінчення кровотечі, її тривалості, гематокрит, тромбоцити;
- за можливості, біохімічний аналіз крові з визначенням сироваткового заліза, коагулограма;
- за можливості, визначення рівня гонадотропних гормонів (ЛГ, ФСГ, ПРЛ) і статевих гормонів крові, кольпоцитограма;
- консультації профільних спеціалістів: ендокринолога, гематолога, педіатра, невролога;
- направлення до дитячого гінеколога або до акушера-гінеколога.

### 3. Диференційна діагностика:

- первинне порушення коагуляційних властивостей крові;
- травматичне ушкодження геніталій;
- стани, пов'язані з вагітністю;
- поліп уретри, кровотечі з прямої кишки;
- пухлини стінки піхви та шийки матки;
- аномальна маткова кровотеча.

### 4. Власне гемостаз проводиться у відділенні дитячої гінекології або гінекологічному відділенні.

#### Симптоматична терапія:

- гормон задньої частки гіпофіза (окситоцин);
- гемостатичні засоби (етамзилат натрію, вікасол, транексамова кислота);
- засоби, які зміцнюють судинну стінку (аскорутин);
- засоби, які підвищують тонус та скоротливу активність міометрія (кропива, водяний перець);
- протианемічні засоби (залізовмісні препарати).

Показання до гормонального гемостазу: тривала та рясна кровотеча з наявністю вторинної анемії; відсутність ефекту від симптоматичної терапії при помірній та тривалій кровотечі; тривалі кровотечі та наявність гіперплазії ендометрію (М-ехо більше 10 мм).

### Гормональний гемостаз:

- гестагени;
  - комбіновані естроген-гестагенні препарати (за схемою).
- ### 5. Профілактика рецидивів захворювання:
- ліквідація етіологічних чинників, що сприяють виникненню пубертатних маткових кровотеч;
  - нормалізація менструальної функції дівчини забезпечується призначенням медикаментозних засобів;
  - дотримання режиму повноцінного харчування, загальнооздоровчі засоби;
  - за наявності вторинної анемії – призначення залізовмісних засобів.

## Задача II

1. Гостра АМК ювенільного періоду. Анемія середньої тяжкості.

2. Лабораторно-інструментальні дослідження: визначення рівня сироваткового заліза, феритину, рівня гормонів у крові (прогестерон, естрадіол, пролактин, ТТГ, Т4 вільний); за даними УЗД – ознаки овуляції або жовтого тіла.

3. Критерії визначення АМК у пубертатному періоді:

- тривалість кров'янистих виділень з піхви більше семи днів при скороченні до 21–24 днів або тривалості менструального циклу більше 35 днів;
- крововтрата більше 80 мл або суб'єктивно більш значна у порівнянні зі звичайною менструацією;
- наявність міжменструальних кров'янистих виділень;
- відсутність структурних змін в ендометрії;
- ознаки ановуляторного менструального циклу в період виникнення маткової кровотечі (рівень прогестерону у венозній крові на 21–25-й день менструального циклу нижче 9,5 нмоль/л, монофазна базальна температура, відсутність преовуляторного фолікула за даними УЗД).

4. Гемостатична терапія:

- транексамова кислота 1,5 г разово перорально або по 500 мг тричі на добу протягом 5 днів;

- лінестренол 5 мг перорально тричі на добу протягом семи днів;
  - антианемічна терапія.
5. Фактори ризику виникнення АМК:
- несприятливий перебіг перинатального періоду;
  - психоемоційні стреси, психічне та фізичне перевантаження;
  - черепно-мозкова травма;
  - застосування нейролептичних препаратів;
  - аліментарні фактори;
  - несприятливі екологічні фактори, надмірна інсоляція, інтоксикація, професійні шкідливості;
  - ППШ;
  - захворювання ендокринних залоз та нейроендокринні синдроми;
  - аборти.

### ☞ Задача 12

1. Альгодисменорея.
2. Альгодисменорея супроводжується комплексом симптомів:
  - вегетосудинних: головний біль, запаморочення, тахікардія, брадикардія, екстрасистолія, біль у ділянці серця, відчуття холоду та заніміння кінцівок, набряк обличчя, запаморочення, нудота, гикавка, легкий озноб, відчуття жару, пітливість, гіпертермія, сухість у роті, часте сечовипускання, тенезми, здуття живота;
  - обмінно-ендокринних (блювання, відчуття «ватних ніг», різка загальна слабкість, свербіж шкіри, біль в суглобах, набряки, поліурія);
  - емоційно-психічних (дратівливість, анорексія, депресія, сонливість, безсоння, булімія, зміни смакових відчуттів та ін.).
3. Діагностика первинної альгодисменореї полягає у виключенні патології статевих органів. Значне місце в цьому процесі посідає з'ясування скарг, правильно зібраний анамнез (вік пацієнтки, характер і час виникнення болю, наявність

вегетативних розладів), загальний огляд з метою оцінки фізичного розвитку та конституційного типу, огляд статевих органів, обстеження в дзеркалах, бімануальне гінекологічне дослідження, загальний аналіз крові. За наявності показань досліджують гормональний баланс.

Серед інструментальних методів дослідження обов'язковим є УЗД, що дає можливість виключити наявність органічних уражень, які спричиняють розвиток альгодисменореї, а саме аденоміозу, вад розвитку матки та піхви. За показаннями проводять гістероскопію (виявляє внутрішню патологію матки – невеликі міоматозні вузли та ін.), лапароскопію (дає змогу виявити «малі» форми ендометріозу, варикозне розширення вен органів малого таза, розриви листків широких зв'язок), рео- і електроенцефалографію. Доцільною є консультація суміжних спеціалістів – уролога, невролога, психіатра, гастроентеролога, травматолога.

4. Лікування альгодисменореї спрямоване на купірування болювого синдрому, нормалізацію діяльності ЦНС та усунення причин виявленої органічної патології.

Для лікування альгодисменореї:

- медикаментозна терапія: використовують препарати різних фармакологічних груп: ненаркотичні анальгетики, седативні, гормональні, спазмолітичні препарати, вітаміни, антагоністи кальцію, алкалоїди ріжків. Патогенетично обґрунтованим є призначення інгібіторів простагландинсинтетази – нестероїдних протизапальних засобів (НПЗЗ). Сьогодні використовують такі НПЗЗ: німесулід, ібупрофен, диклофенак, індометацин, напроксен, парацетамол, піроксикам, кетопрофен.

Найбільш сучасним та патогенетично обґрунтованим є застосування селективних інгібіторів ЦОГ-2, таких як німесулід, мелоксикам. Німесил (німесулід) призначається дозою 100 мг двічі на добу. Одним із представників класичних неселективних інгібіторів ЦОГ, що застосовуються при альгодисменореї, є ібупрофен. Його анальгезуючий ефект терапевтичною дозою 1200–1800 мг/добу значно перевищує протизапальний;

– гормонотерапія: КОК, гестагени, іноді аГнРГ та ін. Найбільш ефективними в лікуванні альгодисменореї виявились КОК, до складу яких входить дроспіренон (Джас, Ярина) та гестоден (логест, фемоден), дезогестрел (марвелон). На фоні прийому препаратів, що містять гестоден, дезогестрел або дроспіренон, зменшується або повністю зникає біль уже протягом першого чи другого місяця від початку лікування;

– фізіотерапія: акупунктура, трансдермальна електро-стимуляція нервових волокон, електрофорез з новокаїном на ділянку сонячного сплетення через день протягом менструального циклу або на низ живота за 5 днів до початку менструації;

– дієтотерапія.

5. Альгодисменорея буває первинною (спастична, есенціальна, функціональна) і вторинною (органічна).

За тяжкістю перебігу виділяють три ступені альгодисменореї:

I ступінь – помірний біль під час менструації, без системних симптомів, працездатність не порушена, немає потреби у застосуванні анальгетиків;

II ступінь – виражений біль під час менструації з обмінно-ендокринними та нейровегетативними симптомами, порушенням працездатності, є необхідність прийому анальгетиків;

III ступінь – сильний, інколи нестерпний, біль під час менструації, з комплексом нейровегетативних та обмінно-ендокринних симптомів, з повною втратою працездатності, застосування анальгетиків малоефективне.

За характером перебігу альгодисменорею поділяють на таку:

– компенсована – вираженість і характер патологічного процесу в дні менструації протягом тривалого часу не змінюються;

– декомпенсовану – наростання інтенсивності болю з кожним роком.

#### Тестові завдання

1 – С. 2 – В. 3 – А. 4 – С. 5 – С. 6 – А. 7 – А.

## Тема 5. Жіночі урогенітальні запальні захворювання

### Задача 1

1. Хронічний двобічний аднексит у стадії загострення. Неплідність I. Трубно-перитонеальна форма.

2. Дообстеження в обсязі:

– клініко-лабораторне обстеження (загальний аналіз крові, загальний аналіз сечі, обстеження на ВІЛ/СНІД, сифіліс);

– бактеріологічне дослідження виділень із каналу шийки матки для визначення флори та чутливості її до антибіотиків;

– визначення збудників урогенітальних інфекцій (хламідії, трихомонади, мікоплазми, уреоплазми) імуноферментним, імунофлюоресцентним методом або ПЛР;

– цитоморфологічне дослідження;

– УЗД органів малого таза;

– обстеження статевого партнера, консультація уролога-андролога;

– госпіталізація до гінекологічного стаціонару, медикаментозна терапія.

Основний курс терапії антибіотиками широкого спектру дії (цефалоспорины II та III покоління, фторхінолони, аміноглікозиди у комбінації з нітроїмідазолами) внутрішньовенно або внутрішньом'язово протягом 3–5–7 діб (до зникнення клінічних симптомів і ще одну добу після клінічного покращення), з наступним переходом на пероральні схеми або, за необхідності, зміною антибіотика. Загальна тривалість лікування має становити не менше 14 діб.

Антибактеріальна терапія доповнюється десенсибілізуючою, інфузійною, антиоксидантною, симптоматичною (спазмолітики, нестероїдні протизапальні засоби – НПЗЗ), антиканцерогенною терапією.

3. Оперативне лікування в «холодному» періоді (після лікування загострення запального процесу) в обсязі: лапароскопія, адгезіолізис, сальпінгооваріолізис, сальпінгонеостомія.

4. *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis*, ендогенні аеробні мікроорганізми (*E. coli*, *Proteus*, *Klebsiella*, *Streptococcus spp.*), ендогенні анаеробні мікроорганізми (*Bacteroides*, *Peptostreptococcus*, *Peptococcus*), *Mycoplasma hominis*, *Ureaplasma urealiticum*, *Actinomyces israelii*.

У третини обстежених виявляють *Neisseria gonorrhoeae* та різноманітну ендогенну аеробну й анаеробну флору. *Chlamydia trachomatis* і *Neisseria gonorrhoeae* виявляють разом у 25–40 % випадків.

5. Актуальність запальних захворювань жіночих статевих органів зумовлена високою розповсюдженістю, складністю діагностики та лікування, високим рівнем хронізації, пов'язаних з нею наслідків (неплідність, акушерські ускладнення, ризик позаматкової вагітності, синдром хронічного тазового болю).

## ☰ Задача 2

1. Пельвіоперитоніт гонорейної етіології.
2. Бактеріологічний метод з антибіотикограмою, серологічний, імунофлюоресцентний, ІФА, ПЛР.
3. Госпіталізація до стаціонару.

Клініко-лабораторне обстеження (у тому числі реакція Вассермана (RW), ВІЛ/СНІД).

Антибактеріальна, дезінтоксикаційна, десенсибілізуюча, антиоксидантна, симптоматична (спазмолітики, НПЗЗ), антикандидозна терапія.

Препаратами вибору є антибіотики пеніцилінового ряду, цефалоспорини, макроліди, тетрацикліни та фторхінолони бажано в комбінації з нітроїмідазолами (метронідазол, тинідазол, орнідазол), тому що на тлі наявності трихомонад лікування гонорей не буде ефективним (гонококи можуть знаходитись у трихомонадах).

Якщо консервативне лікування протягом 72 год без ефекту – показано оперативне лікування: санація та дренивання черевної порожнини та малого таза.

Обстеження і лікування статевих партнерів від гонорей та супровідної інфекції, переважно після тестування на ІПСШ. У лікування варто включити: партнерів із симптоматичною гонорейою; усіх статевих партнерів за останні 14 днів або останнього статевого партнера, якщо інтервал після останнього статевого контакту становив більше 14 днів; у безсимптомних випадках – усіх статевих партнерів за попередні 90 днів. Рекомендується повторне тестування через 7–10 днів після завершення терапії.

4. Спайковий процес, неплодність, непрохідність маткових труб, порушення оваріально-менструального циклу, гіпофункція яєчників.

5. Каналікулярний, гематогенний, лімфогенний.

Проникнення інфекційних агентів у верхні статеві шляхи відбувається частіше за все за допомогою сперматозоїдів, трихомонад, можливий пасивний транспорт. Останнє місце посідають гематогенний та лімфогенний шляхи. Гематогенний характерний для туберкульозу статевих органів, лімфогенний – при апендициті, циститі, коліті.

## ☰ Задача 3

1. Гострий уrogenітальний трихомоніаз (трихомонадний кольпіт, цервіцит, уретрит).

2. Підтвердження діагнозу можливе за допомогою проведення лабораторних обстежень:

- дослідження нативних препаратів методом фазово-контрастної мікроскопії;
- культуральне дослідження;
- імуноферментний аналіз (ІФА);
- реакція імунофлюоресценції (РІФ);
- полімеразна ланцюгова реакція (ПЛР);
- обстеження на ВІЛ, сифіліс, хламідіоз, гонорейну інфекцію.

3. Лікування уrogenітального трихомоніазу проводиться антипротозойними препаратами з групи похідних імідазолу – метронідазол, тинідазол, орнідазол, секнідазол.



Метронідазол 400–500 мг *per os* двічі на день протягом 5–7 днів або метронідазол 2 г *per os* одноразово.

Тинідазол 2 г *per os* одноразово.

Орнідазол 500 мг *per os* двічі на день протягом 5–7 днів.

Секнідазол 2 г *per os* одноразово.

Лікування необхідно доповнити призначенням метронідазолу (орнідазолу, тернідазолу) інтравагінально у вигляді вагінальних таблеток або супозиторіїв на 10 днів.

Специфічна імунотерапія: вакцина «Солкотриховак К» по 0,5 мл через два тижні, три ін'єкції.

Одночасно проводиться обстеження та лікування статевих партнерів.

4. Бар'єрні механізми біологічного захисту:

– анатомо-фізіологічні особливості будови зовнішніх статевих органів, зімкнуті статеві губи;

– багатошаровий плоский епітелій слизової оболонки піхви, який перешкоджає проникненню мікроорганізмів у підлеглі тканини;

– нормальна мікрофлора піхви (лактобактерії);

– кисле середовище піхви (рН 3,8–4,5);

– спроможність піхви до самоочищення;

– наявність слизової пробки цервікального каналу (імуноглобуліни, лізоцим, мукополісахариди), що перешкоджають висхідному інфікуванню;

– циклічне відшарування функціонального шару ендометрію;

– перистальтичне скорочення маткових труб та мерехтіння миготливого епітелію труб у бік просвіту порожнини матки;

– місцевий і загальний протинфекційний імунітет.

5. Методи провокацій:

– аліментарний (прийом алкоголю, гострої та солоної їжі);

– хімічний (змазування слизової оболонки уретри, цервікального каналу, прямої кишки 1 % розчином Люголя);

– термічний (індуктотермія, діатермія);

– біологічний (пірогенал, гоновакцина);

– фізіологічний (менструація);

– механічний (масаж уретри);

– комбінований.

#### Задача 4

1. Бактеріальний вагіноз (БВ).

2. Лабораторна діагностика БВ:

– мікроскопія пофарбованого за Грамом препарату є еталонним методом діагностики БВ (виявлення «ключових» клітин внаслідок осідання на епітеліальні клітини стінки піхви великої кількості мікробів, кількість лейкоцитів не перевищує норму).

Критерії діагностики БВ (за R. Amsel та ін., 1983):

– гомогенні кремоподібні сіро-білі виділення;

– рН вагінальної рідини > 4,5 (виміряний за допомогою рН-паперової смужки);

– рибний запах (додавання кілька крапель 10 % розчину гідроксиду калію до виділень з піхви, нанесених на предметне скло);

– при нативній мікроскопії наявні ключові клітини (> 20 % усіх епітеліальних клітин).

Наявність трьох із чотирьох критеріїв обов'язкова.

Бактеріологічний метод дослідження (виділення культури *Gardnerella vaginalis*) не є рекомендованим, тому що недостатньо специфічний.

Усі жінки з БВ повинні пройти обстеження на ВІЛ та інші ППСШ.

3. На першому етапі проводиться етіотропна терапія.

Застосовують препарати імідазолів (метронідазол – по 0,5 г 2–3 рази на добу протягом семи діб) або антибіотики групи лінкозамідів (кліндаміцину гідрохлорид – по 300 мг двічі на добу протягом семи днів), а також інтравагінально у вигляді супозиторіїв або вагінального крему.

Статевим партнерам призначають метронідазол або кліндаміцину гідрохлорид усередину за наведеною схемою.

Другий етап лікування – відновлення нормального біоценозу піхви препаратами, що містять біфідо- та лактобактерії, після антимікотичного лікування (свічки «Вагілак» протягом 10 днів).

4. «Ключові» клітини – це піхвові епітеліальні клітини з розмитими краями, які нечітко розрізняються внаслідок прикріплення до них великої кількості бактерій.

5. Фактори ризику основних причин БВ:
- велика кількість/часта зміна статевих партнерів;
  - сексуальні стосунки жінки з жінкою;
  - статевий акт переважно без презервативу;
  - спринцювання в домашніх умовах, зловживання засобами для інтимного догляду, носіння одягу, що обмежує доступ кисню до промежини, користування щоденними прокладками;
  - серопозитивний статус за генітальним герпесом;
  - використання внутрішньоматкового контрацептиву з міддю;
  - нещодавнє тривале застосування антибіотиків;
  - ожиріння;
  - хронічні аномальні маткові кровотечі.

#### Задача 5

1. Гострий ендометрит після абортів.
2. Алгоритм обстеження пацієнтки:
  - клініко-лабораторне обстеження (загальний аналіз крові, загальний аналіз сечі, коагулограма, біохімічне дослідження, група крові та Rh-фактор, обстеження на ВІЛ/СНІД, сифіліс);
  - бактеріоскопічне дослідження виділень зі статевих шляхів;
  - бактеріологічне дослідження виділень із каналу шийки матки та/або порожнини матки, антибіотикограма;
  - визначення збудників урогенітальних інфекцій (хламідії, трихомонади, мікоплазми, уреоплазми) імуноферментним, імунофлюоресцентним методом або ПЛР;
  - цитоморфологічне дослідження;
  - УЗД органів малого таза.
3. Тактика ведення – лікування в умовах гінекологічного стаціонару.
  - курс терапії антибіотиками широкого спектру дії (цефалоспорины II та III поколінь, пеніцилінового ряду, фторхінолони, аміноглікозиди, макроліди у комбінації з нітроїмідазолами) внутрішньовенно або внутрішньом'язово (дозування та тривалість лікування особиста в залежності від тяжкості

процесу, тривалості захворювання, виду збудника та його чутливості до антибіотиків);

- інфузійна, десенсибілізуюча, антиоксидантна терапія;
- НПЗЗ, антикоагулянти (під контролем часу згортання крові, АЧТЧ);
- терапія утеротоніками;
- за наявності залишків плідного яйця в порожнині матки (за даними УЗД органів малого таза) на другу добу після зниження температури тіла на фоні антибактеріальної та інфузійної терапії проводять вакуум-аспірацію вмісту порожнини матки.

4. До зовнішніх ознак запалення належать (за Гіппократом): *rubor* (гіперемія), *calor* (жар), *tumor* (припухлість), *dolor* (біль), *function laesa* (порушення функції).

5. Порушення менструальної функції, неплідність (синдром Ашермана).

#### Задача 6

1. Абсцес правої бартолінової залози.
2. Алгоритм обстеження пацієнтки:
  - клініко-лабораторне обстеження (загальний аналіз крові, загальний аналіз сечі, коагулограма, біохімічне дослідження, група крові та Rh-фактор, обстеження на ВІЛ/СНІД, сифіліс);
  - бактеріоскопічне дослідження виділень зі статевих шляхів;
  - бактеріоскопічне дослідження виділень з протоки (порожнини) великої залози присінка піхви;
  - бактеріологічне дослідження виділень з бартолінової залози і/або виділень піхви на мікрофлору та чутливість до антибіотиків;
  - обстеження на трихомонади, гонокок, хламідії, уреоплазми, мікоплазми, герпетичну інфекцію.
3. Лікувальна тактика. Госпіталізація до стаціонару.

Лікування – оперативне; на фоні антибактеріальної, інфузійної, десенсибілізуючої, симптоматичної терапії в екстреному порядку: розтин порожнини та дронування абсцесу.

«Золотим» стандартом лікування абсцесу бартолінової залози є марсупіалізація.

4. Бартолініт викликається кишковою паличкою, стрептококами, гонококом, стафілококами, хламідіями, трихомонадами і вірусами. Дане захворювання розвивається внаслідок проникнення мікробів через отвір вивідної протоки бартолінової залози, який розташований на внутрішній поверхні малих статевих губ. У зв'язку з цим найчастіше збудники інфекцій потрапляють у залозу з уретри або піхви при уретриті та кольпіті. Потрапляючи в залозу, мікроорганізми починають активно розмножуватися, внаслідок чого виникає запалення і нерідко нагноєння залози з утворенням абсцесу.

5. Основним у профілактиці даного захворювання є дотримання правил гігієни статевого життя, а також загальної особистої гігієни та правильної гігієни безпосередньо статевих органів. Обов'язкове своєчасне і ефективне лікування уретриту та кольпіту. Прогноз подальшого життя при своєчасному діагностуванні захворювання і адекватно проведеному лікуванні сприятливий.

### **Задача 7**

1. Гострий уrogenітальний кандидоз (вульвовагінальний кандидоз).

2. Обстеження для підтвердження уrogenітального кандидозу:
- мікроскопія вагінальних виділень (фарбування за Грамом) – підвищення кількість лейкоцитів; флора – присутні псевдогіфи та бластоспори; епітелій – переважання поверхневих епітеліоцитів;
  - культуральне мікологічне дослідження з визначенням чутливості до антимікотиків;
  - серологічні реакції аглютинації, зв'язування комплексу, преципітації (РА, РЗК, РП);
  - імуноферментний аналіз;
  - ПЛР.

3. Лікування хворих на уrogenітальний кандидоз (вульвовагінальний кандидоз – ВВК).

### **Гострий ВВК**

Стандартні режими:

– пероральні препарати: флуконазол 150 мг одноразово, перорально або ітраконазол 200 мг двічі протягом однієї доби перорально;

– інтравагінальні препарати: клотримазол інтравагінально 500 мг одноразово.

Альтернативні режими:

- клотримазол 500 мг одноразово інтравагінально;
- або клотримазол 200 мг інтравагінально на ніч протягом семи днів поспіль;
- або еконазол 150 мг вагінально одноразово або три дні поспіль;
- або фентиконазол інтравагінально у вигляді одноразової дози 600 мг або 200 мг інтравагінально протягом трьох днів поспіль;
- або ітраконазол 200 мг перорально двічі на день протягом однієї доби;
- або міконазол інтравагінально 1200 мг одноразово або 400 мг три дні поспіль або 100 мг сім днів поспіль.

### **Рецидивний ВВК**

Рекомендовані режими:

- індукція: флуконазол 150 мг перорально що 72 год три дози;
- підтримувальна терапія: флуконазол 150 мг перорально один раз на тиждень протягом шести місяців.

Альтернативні режими:

- індукція: місцева терапія імідазолом, може бути пролонгована до 7–14 днів відповідно до симптоматичної відповіді;
- підтримувальна терапія протягом шести місяців: клотримазол 500 мг інтравагінально по одному разу на тиждень або ітраконазол 50–100 мг перорально на день по одному разу на тиждень.

4. Фактори ризику виникнення уrogenітального кандидозу (вульвовагінального кандидозу):

- вагітність;

- нещодавнє тривале використання антибіотиків;
- комбіновані гормональні контрацептиви;
- погано контрольований цукровий діабет;
- імунодефіцитні стани;
- спринцювання в домашніх умовах; зловживання засобами для інтимного догляду; носіння одягу, що обмежує доступ кисню до промежини; користування щоденними прокладками.

#### 5. Клінічні форми урогенітального кандидозу:

- безсимптомне кандидоносійство – клінічні прояви захворювання відсутні, дріжджоподібні гриби виявляються у низькому титрі ( $\leq 10^2$  КУО/мл);
- гострий урогенітальний кандидоз – тривалість захворювання не перевищує двох місяців; переважають виражені ознаки місцевого запалення вульви (виділення, набряк, гіперемія);
- хронічний урогенітальний кандидоз – тривалість захворювання більше двох місяців, поділяється на дві групи: рецидивний (протягом року реєструються чотири клінічно виражених епізоди захворювання і більше) та персистуючий (симптоми захворювання зберігаються постійно, дещо стихаючи після проведеного лікування).

### Задача 8

1. Генітальний герпес.
2. Обстеження для підтвердження генітального герпесу:
  - цитоморфологічне дослідження (світлова та електронна мікроскопія);
  - вірусологічний метод;
  - виявлення антигенів вірусу простого герпесу (ВПГ): реакція нейтралізації, реакція зв'язування комплементу (РЗК), реакція імунофлюоресценції (РІФ), імуноферментний аналіз;
  - полімеразна ланцюгова реакція (ПЛР);
  - метод гібридизації ДНК;
  - реєстрація імуної відповіді до ВПГ (виявлення в крові хворих специфічних протигерпетичних антитіл – Ig A, M, G).

### 3. Тактика лікування.

#### Противірусні препарати:

- ацикловір по 200 мг п'ять разів на добу протягом 5–10 днів;
- фамцикловір по 250 мг тричі на добу протягом 5–10 днів;
- валацикловір (валтрекс) по 500 мг двічі на добу протягом 5–10 днів.

#### Місцеве лікування:

- ацикловір мазь (цикловір, зовіракс, герпевір, віролекс, ацик), бонафтон мазь 4–5 разів на добу протягом 5–10 днів;
- епіген інтим (гель або спрей 0,1%) наносити на місце ураження 4–5 разів на день до 10 днів.

#### Імунотерапія:

- інтерферони або їхні індуктори (грозіринозин, віферон, полудан, циклоферон, протеклазид та ін.).

#### Вакцинотерапія (після лікування при стійкій ремісії):

- герпетична вакцина (вітагерпавак) по 0,2 мл внутрішньошкірно (до утворення «лимонної шкірки») раз на тиждень, п'ять разів. Повторний курс через шість місяців.

### 4. Залежно від локалізації виділяють три стадії герпетичного процесу:

I стадія – ураження герпесом зовнішніх статевих органів;

II стадія – ураження піхви, шийки матки, сечівника;

III стадія – ураження ендометрію, маткових труб, сечового міхура.

### 5. Існують чотири різних види клінічних проявів захворювання:

- гостра первинна генітальна інфекція, якщо у пацієнтки ніколи не було контакту з хворими, ураженими вірусом герпесу 2-го типу, тобто в крові немає антитіл до ВПГ-2;
- вторинна генітальна інфекція при наявності в крові IgG до ВПГ-2, але раніше в анамнезі не було епізодів генітального герпесу;
- рецидивна інфекція (наявність специфічних IgM та IgG при обстеженні та епізодів генітального герпесу в анамнезі);
- безсимптомне носійство.

## Задача 9

1. Урогенітальний хламідіоз. Неплідність II (трубно-перитонеальна форма?).

2. Обстеження для виявлення *Chlamydia trachomatis*:

– морфологічний метод (виявлення морфологічних структур хламідій у досліджуваному матеріалі, забарвленому за методом Романовського – Гімзи);

– виявлення антигенів хламідій у досліджуваному матеріалі методом флюоресціюючих антитіл (МФА): прямий імунофлюоресцентний метод (ПІФ) та непрямий імунофлюоресцентний метод (НІФ);

– виявлення антигенів хламідій у досліджуваному матеріалі методом імуноферментного аналізу (ІФА);

– культуральний метод (діагностичне виділення хламідій у культурах клітин);

– молекулярно-біологічні реакції: полімеразна ланцюгова реакція (ПЛР), лігазна ланцюгова реакція (ЛЛР);

– експрес-методи (за допомогою імунохроматографічних тест-систем).

3. Лікування хворих на урогенітальний хламідіоз.

Препаратами вибору для лікування хламідіозу вважаються антибіотики групи тетрациклінів, макролідів, фторхінолонів.

Тетрацикліни:

– доксициклін (вібраміцин, доксибене, юнідокс солютаб) – по 0,2–0,3 г на добу, 14–21 день.

Макроліди:

– азитроміцин (сумамед) – в перший день 1,0 г, у наступні дні по 0,5 г на добу; курсова доза 3,0 г;

– джозаміцин (вільпрафен) – по 1,0–1,5 г на добу, 10–14 днів;

– кларитроміцин (фромлід, клацид) – по 0,5–1,0 г на добу, 10–14 днів.

Фторхінолони:

– офлоксацин (офлоксин, таривід) – по 0,2–0,4 г двічі на добу, 10–14 днів;

– ципрофлоксацин (ципринол, ципробай) – по 0,4–0,5 г двічі на добу, 10–14 днів;

– левофлоксацин – по 0,5 г двічі на добу, 10–14 днів.

Антибіотики інших груп:

– кліндаміцин (далацин) – антибіотик групи лінкозамідів, по 0,3 г тричі на добу, 10–14 днів.

Терапія включає також підготовку імунної системи (віферон, циклоферон, аміксин), фізіотерапевтичне (наприклад, озонотерапія) та місцеве лікування (інтравагінально – свічки «Тержинан», свічки «Бетадин», еритроміцинова мазь, тетрациклінова мазь), боротьбу із супутніми захворюваннями.

За наявності персистоючої інфекції може бути призначена пульс-терапія (кілька циклів з перервою) із обов'язковою індивідуальною імунотерапією.

Контроль після лікування рекомендований не раніше ніж через три тижні після завершення лікування.

4. Характеристика збудника урогенітального хламідіозу.

Збудник *Chlamydia trachomatis* – облигатні внутрішньоклітинні бактерії. Основними формами хламідій є елементарні та ретикулярні (ініціальні) тільця. Елементарні тільця – дозрілі форми бактерій, що проникають у клітини-мішені (циліндричний епітелій урогенітального тракту, фагоцити). Ретикулярні тільця – внутрішньоклітинна форма, що має активний метаболізм, поділяється бінарно та утворює в клітинах мікроколонії, відомі під назвою хламідійні включення. Після розвитку ретикулярні тільця знову перетворюються в форму елементарних тілець. Тривалість повного циклу розвитку становить 48–72 год. Можлива внутрішньоклітинна персистенція протягом багатьох років у вигляді ретикулярних тілець.

5. Визначення стадії захворювання (урогенітального хламідіозу) за допомогою ІФА.

Стадія захворювання	Антитіла сироватки	Динаміка титрів антитіл
Гостра	IgM, IgA, можливо IgG	Швидкі зміни (зростання більш ніж у чотири рази)
Хронічна	IgG, IgA	Титри постійні
Реактивація/реінфекція	IgG, IgA	Швидкі зміни (зростання більш ніж у чотири рази)

## Задача 10

1. Гострий ендометрит, гострий двобічний сальпінгоофорит на тлі ВМС. Лівобічний піосальпінкс.

2. Алгоритм обстеження пацієнтки:

– клініко-лабораторне обстеження (загальний аналіз крові, загальний аналіз сечі, коагулограма, біохімічне дослідження, група крові та Rh-фактор, обстеження на ВІЛ/СНІД, сифіліс);

– бактеріоскопічне дослідження виділень зі статевих шляхів;

– бактеріологічне дослідження виділень із каналу шийки матки або/та порожнини матки й антибіотикограма;

– визначення збудників урогенітальних інфекцій (хламідії, трихомонади, мікоплазми, уреоплазми) імуноферментним, імунофлюоресцентним методом або ПЛР;

– цитоморфологічне дослідження;

– УЗД органів малого таза.

3. Тактика ведення:

– видалення ВМС після початку антибактеріальної терапії;

– курс антибактеріальної терапії, яка має включати антибіотики широкого спектра дії, що охоплює *Ch. trachomatis*, *N. gonorrhoeae* та анаеробні бактерії.

Схеми антибіотикотерапії при ускладнених запальних захворюваннях органів малого таза (наказ МОЗ України № 928 від 18.05.2023 Стандарт медичної допомоги «Запальні захворювання органів малого таза»). Загальна тривалість лікування – 14 днів.

Перша лінія лікування:

– цефтріаксон 1000–2000 мг на добу в/в,

+ метронідазол 500 мг, 3 р/д, в/в, п/о,

+ доксициклін 100 мг, 2 р/д, п/о.

Альтернативна терапія:

– кліндаміцин 600 мг, 4 р/д в/в,

+ гентаміцин 5 мг/кг, 1 р/д в/в;

– або доксициклін 100 мг, 2 р/д, п/о,

+ метронідазол 500 мг, 3 р/д, в/в, п/о;

– або кліндаміцин 600 мг, 3 р/д, п/о;

– або офлоксацин 200–400 мг, 3 р/д,

+ метронідазол 500 мг × 3 р/д в/в, п/о;

– або левофлоксацин 500 мг, 1 р/д, п/о,

+ метронідазол 500 мг × 3 р/д в/в, п/о;

– або моксифлоксацин 400 мг, 1 р/д, п/о;

– або ампіцилін-сульбактам 3000 мг, 4 р/д, в/в,

+ доксициклін 100 мг кожні 12 год, п/о;

– інфузійна, десенсибілізуюча, антиоксидантна терапія;

– НПЗЗ, антикоагулянти (під контролем часу згортання крові, АЧТЧ).

У разі відсутності ознак клінічного поліпшення протягом 72 год від початку лікування потрібно порушити питання щодо необхідності хірургічного втручання. У даному випадку показані: лапароскопія, лівобічна сальпінгектомія, роз'єднання тазових перитонеальних спайок, санація та дренування черевної порожнини.

Якщо пацієнтка має репродуктивні наміри, то на тлі проведення комплексної антибактеріальної, дезінтоксикаційної, інфузійної, протизапальної, симптоматичної терапії та стабілізації стану хворої можливо виконання органозберігаючої операції, як-от: лапароскопія, лівобічна сальпінгостомія (сальпінгонеостомія), роз'єднання тазових перитонеальних спайок, санація та дренування черевної порожнини.

4. Діагностичні критерії запальних захворювань органів малого таза (наказ МОЗ України № 928 від 18.05.2023 Стандарт медичної допомоги «Запальні захворювання органів малого таза»).

Мінімальним критерієм є болючість при гінекологічному обстеженні:

– при зміщенні шийки матки;

– при пальпації матки;

– при пальпації придатків матки.

Додаткові критерії:

– температура тіла > 38,3 °С;

– аномальні слизово-гнійні виділення із шийки матки;

– наявність великої кількості лейкоцитів при мікроскопії вагінальних виділень;

- підвищення ШОЕ;
- підвищення рівня С-реактивного білка;
- лабораторне підтвердження *N. gonorrhoeae* або *C. trachomatic* у матеріалі з шийки матки.

Специфічні критерії:

- біопсія ендометрію з патологогістологічним дослідженням при ендометриті;
- трансвагінальне УЗД або МРТ органів малого таза, що демонструють потовщені, заповнені рідиною маткові труби без вільної тазової рідини або з нею або тубооваріальне утворення, доплерометричні ознаки запального процесу при УЗД;
- результати лапароскопії, що відповідають запальним захворюванням органів малого таза.

5. Випадок ендометриту має відповідати одному з наведених нижче критеріїв (наказ МОЗ України № 928 від 18.05.2023 Стандарт медичної допомоги «Запальні захворювання органів малого таза»):

- виділена культура мікроорганізмів при дослідженні рідини або тканин ендометрію, які були отримані під час хірургічної операції, пункційно-аспіраційної біопсії або браш-біопсії;
- наявні не менше двох ознак або два симптоми без будь-якої іншої встановленої причини: лихоманка (температура тіла  $> 38^{\circ}\text{C}$ ), біль у животі, чутливість матки при пальпації або гнійні виділення з матки.

#### Тестові завдання

1 – В. 2 – С. 3 – D. 4 – А. 5 – Е. 6 – С.

## Тема 6. Доброякісні пухлини жіночих статевих органів. Ендометріоз

### Задача 1

1. Пухлина лівого яєчника.
2. План обстеження хворої:
  - УЗД органів малого таза з доплерометрією та УЗД органів черевної порожнини;
  - онкомаркери яєчників: СА-125, HE4, індекс ROMA;
  - фіброгастроскопія;
  - іригоскопія;
  - рентгенографія органів грудної клітки;
  - біопсія ендометрію;
  - МРТ або КТ органів малого таза з введенням контрасту;
  - обстеження молочних залоз (огляд та пальпація, УЗД або мамографія).
3. Оперативне лікування: обсяг операції залежить від результатів діагностичних методів дослідження. У разі отримання результатів, що схиляють до доброякісного процесу, проводяться операції на яєчниках (резекція яєчників, вилущування кісти яєчника, оваріоектомія, аднексектомія); при злоякісному процесі виконується гістеректомія з придатками та оментектомією.
4. Підвищення значень онкомаркерів яєчників.
5. Варіанти оперативних втручань при об'ємних утвореннях яєчників:
  - радикальні операції (оваріоектомія, аднексектомія);
  - органозберігаючі операції (резекція яєчників, енуклеація кісти яєчника).

### Задача 2

1. Міома матки великих розмірів. Аномальна маткова кровотеча. Швидкий ріст пухлини. Анемія середнього ступеня.

2. Тактика ведення хворої:
  - госпіталізація до гінекологічного стаціонару;
  - УЗД органів малого таза та черевної порожнини;
  - біопсія ендометрію;
  - лікування анемії.
3. Планове оперативне втручання в обсязі гістеректомії без придатків.
  4. Показання до оперативного лікування міоми матки:
    - міома матки великих розмірів (більше 12 тижнів);
    - порушення функції суміжних органів;
    - швидкий ріст міоми матки;
    - больовий синдром;
    - аномальна маткова кровотеча, анемізація організму;
    - субмукозна локалізація міоматозного вузла незалежно від розмірів;
      - субсерозна міома матки більше 8 см;
      - шийкова (цервікальна) міома матки з аномальною матковою кровотечею;
        - підозра на малігнізацію;
        - ускладнення міоми матки (ішемія, некроз, перекрут ніжки міоматозного вузла, міоматозний вузол, що народжується);
        - міома матки в поєднанні з пухлинами статевих органів іншої локалізації, аденоміозом, гіперплазією ендометрію (особливо атипичною);
          - міома матки в поєднанні з безпліддям, якщо не діагностовані інші причини безпліддя;
          - ріст пухлини в період менопаузи та постменопаузи.
  5. Саркома матки.

### **Задача 3**

1. Субмукозна міома матки. Аномальна маткова кровотеча.
2. Госпіталізація до гінекологічного стаціонару.
3. Диференційна діагностика:
  - поліп ендометрію;
  - аденокарцинома ендометрію.

4. Оперативне лікування: гістероскопічна резекція міоматозного вузла.

5. Оперативні доступи: ендоскопічний (лапароскопія та гістероскопія), вагінальний, лапаротомний.

Види операцій – радикальні та органозберігаючі.

Радикальні:

– гістеректомія (екстирпація матки) – видалення тіла матки з шийкою з придатками/без придатків.

– супрацервікальна гістеректомія (надпівхова ампутація матки) – видалення тіла матки зі збереженням шийки з придатками/без придатків.

Органозберігаючі: консервативна міомектомія, гістероскопічна резекція субмукозного вузла, емболізація маткових артерій.

### **Задача 4**

1. Міоматозний вузол, що народжується.
2. Алгоритм ведення пацієнтки:
  - оперативне лікування: прозондувати матку, визначити, з якої стінки походить вузол. Видалити міоматозний вузол вагінальним доступом, після чого провести діагностичну гістероскопію з метою виключення наявності додаткових субмукозних міоматозних вузлів. У разі виявлення провести їхню гістерорезекцію, за відсутності – вишкрібати слизову оболонку цервікального каналу та порожнини матки із подальшим гістологічним дослідженням;
    - диспансерне спостереження в умовах жіночої консультації.
3. Основні складові теорії патогенезу міоми матки:
  - зміна гормонального фону;
  - зміна стану рецепторного апарату матки.
4. Фактори ризику розвитку міоми матки:
  - генетична схильність;
  - безплідність;
  - пізні менархе;
  - висока частота медичних абортів.
5. Дана патологія серцево-судинної системи виникає у хворих, у яких міома матки супроводжується кровотечею.



### ☰ Задача 5

1. Функціональна кіста яєчника (фолікулярна).
2. Диференційна діагностика:
  - прогресуюча трубна вагітність;
  - пухлина яєчника.
3. Лабораторна та інструментальна діагностика:
  - УЗД органів малого таза;
  - рівень ХГЛ у крові.
4. Лікування включає:
  - корекцію менструального циклу;
  - призначення гормональних контрацептивів протягом трьох місяців.
5. Показання до оперативного лікування:
  - розміри утворення більше 6–7 см;
  - перекрут кісти яєчника;
  - розрив кісти яєчника;
  - неефективність консервативного лікування протягом трьох-чотирьох місяців.

### ☰ Задача 6

1. Міома матки, вузлова форма.
2. Клініко-анатомічна класифікація міоми матки (за локалізацією):
  - субмукозна;
  - інтрамуральна;
  - субсерозна;
  - інтралігаментарна;
  - шийкова.
3. Класифікація міоми матки за FIGO:
  - тип 0 – субмукозна міома, вузол «на ніжці» повністю у порожнині матки;
  - тип 1 – субмукозна міома, менше 50 % вузла розташовано інтрамурально;
  - тип 2 – субмукозна міома, більше 50 % вузла розташовано інтрамурально;

- тип 3 – 100 % інтрамуральна міома, контактує з ендометрієм;
- тип 4 – інтрамуральний вузол;
- тип 5 – субсерозний  $\geq 50$  % інтрамуральний вузол;
- тип 6 – субсерозний  $\leq 50$  % інтрамуральний вузол;
- тип 7 – субсерозний вузол «на ніжці»;
- тип 8 – інша (цервікальна або паразитуюча).

4. Метою консервативного лікування є пригнічення проліферації пухлини та збереження репродуктивної функції. Враховуючи молодий вік жінки, небажання вагітнати нині, репродуктивні плани у майбутньому, клінічно малосимптомний перебіг захворювання та відсутність показань до оперативного лікування, методом вибору у лікуванні даної пацієнтки є консервативний – гормональна терапія із застосування КОК з дієногестом протягом 12 місяців), здоровий спосіб життя та дієта.

5. Консервативне медикаментозне лікування проводиться з використанням таких груп лікарських засобів:

- агоністи ГнРГ;
- комбіновані оральні контрацептиви з дієногестом;
- гестагени;
- антигонадотропні препарати;
- антипрогестагени;
- модулятори рецепторів прогестерону.

### ☰ Задача 7

1. Аденоміоз. Ендометріоз шийки матки.
2. Основні теорії патогенезу ендометріозу:
  - ембріональна та дизонтогенетична теорії ендометріального походження;
  - гормональна;
  - імплантаційна;
  - метапластична;
  - онкогенна;
  - імунна;
  - генетична.

3. Додаткові методи дослідження:
  - проста та розширена кольпоскопія з прицільною біопсією;
  - УЗД органів малого таза;
  - діагностична гістероскопія;
  - МРТ органів малого таза.
4. Критерії вибору методу лікування ендометріозу:
  - вік хворої, ставлення її до репродуктивної функції;
  - локалізація, розповсюдженість і тяжкість перебігу патологічного процесу;
    - поєднання ендометріозу із запальними процесами та його наслідки (рубцево-спайковий процес), гіперпластичними процесами ендометрію; деструктивні зміни в яєчниках і матці;
      - супровідні екстрагенітальні захворювання.
  - 5. Лікування: лазерна або кріодеструкція вогнищ ендометріозу на шийці матки та гормональна терапія протягом чотирьох-шести місяців.

#### **Задача 8**

1. Ендометріоз післяопераційного рубця. Ендометріома лівого яєчника?
2. Алгоритм обстеження:
  - УЗД органів малого таза;
  - визначення онкомаркерів яєчника СА-125, HE4;
  - МРТ органів малого таза.
3. Диференційна діагностика:
  - пухлиноподібні утворення запального характеру;
  - доброякісні та злоякісні пухлини яєчника;
  - туберкульоз придатків матки.
4. Показання до оперативного лікування ендометріозу:
  - вузлова форма аденоміозу;
  - поєднання дифузної форми аденоміозу з міомою матки та (або) гіперпластичними процесами ендометрію;
    - ендометріома яєчника (винятком є молоді пацієнтки з кістою до 3 см, які мають репродуктивні наміри у майбутньому);

- ретроцервікальна форма ендометріозу;
- ендометріоз промежини, піхви, піхвової порції шийки матки.

5. Оперативне лікування. Лапароскопічне видалення «шоколадної» кісти лівого яєчника і висічення післяопераційного рубця в межах незмінених тканин. Другим етапом – гормональна терапія (аГнРГ, прогестини, КОК) з метою профілактики рецидиву ендометріозу.

#### **Задача 9**

1. Ендометріоз прямої кишки.
2. Додаткові методи обстеження:
  - УЗД вагінальним та ректальним датчиками;
  - колоноскопія;
  - МРТ органів малого таза;
  - консультація хірурга-проктолога.
3. Диференційна діагностика:
  - геморой;
  - онкологічний процес прямої кишки.
4. Оперативне лікування: лапароскопічне або лапаротомне видалення вогнища ендометріозу стінки прямої кишки («шейвінг», «дископодібна резекція»). Другим етапом – гормональна терапія (аГнРГ, прогестини, КОК) з метою профілактики рецидиву ендометріозу.
5. Фактори ризику виникнення ендометріозу:
  - нереалізована репродуктивна функція;
  - «відкладена» перша вагітність;
  - порушення менструального циклу;
  - ендометріоз у родичок.
6. Класифікації ендометріозу:
  - нереалізована репродуктивна функція;
  - «відкладена» перша вагітність;
  - порушення менструального циклу;
  - ендометріоз у родичок.

### Класифікація ендометріозу за А. А. Acosta (1973)

Мала форма:

1. Ураження, розкидані по передній або задній частині прямокишково-маткового заглиблення або на тазовій очеревині (без рубців).

2. Рідкісні імплантати на поверхні яєчника без рубців і спайок.

3. Відсутність перитубарних спайок.

Середня форма:

1. Залучення до процесу одного або обох яєчників з кількома поверхневими ураженнями, рубцевою ретракцією та утворенням ендометрію.

2. Мінімальні періоваріальні або перитубарні спайки.

3. Поверхневі імплантати на передній або задній частині прямокишково-маткового заглиблення з рубцюванням і ретракцією, але без інвазії сигмоподібної кишки.

4. Ендометріоз, що охоплює один або обидва яєчники, з ендометріомою розміром понад  $2 \times 2$  см.

5. Один або обидва яєчники пов'язані спайками у зв'язку з ендометріозом за наявності або відсутності спайок між трубами і яєчниками.

6. Одна або обидві маткові труби пов'язані спайками або порушена їх прохідність.

7. Облітерація внаслідок спайок або уражень у зв'язку з ендометріозом.

8. Потовщення матково-крижових зв'язок та ураження їх з облітерацією.

9. Залучення до процесу кишечника або сечових шляхів.

### Класифікація ендометріозу, запропонована Американським товариством фертильності (R-AFS classification, 1985)

Ендометріоз		< 1 см	1–3 см	> 3 см	
Очеревина	Поверхневий	1	2	4	
	Глибокий	2	4	6	
Яєчники	Правий: поверхневий глибокий	1	2	4	
		4	16	20	
	Лівий: поверхневий глибокий	1	2	4	
		4	16	20	
	Облітерація прямокишково- маткового заглиблення	Часткова	Повна		
		4	40		
Адгезії	Захоплення яєчників	< 1/3	1/3–2/3	> 2/3	
Яєчники	Правий: плівка щільні	1	2	4	
		4	8	16	
	Лівий: плівка щільні	1	2	4	
		4*	8*	16	
Маткові труби	Права: плівка щільні	1	2	4	
		4*	8*	16	
	Ліва: плівка щільні	1	2	4	
		4*	8*	16	

**Примітка.** \* – якщо фімбріальний отвір труби повністю закрито, замінити оцінку на 16 – Інші локалізації ендометріозу.

### **Класифікація розповсюджених форм генітального ендометріозу за А. І. Іщенком (1993)**

*Стадія I:* перитонеальна імплантація з дрібними дефектами очеревини та ендометріюідними вогнищами.

*Стадія II:* ендометріоз придатків матки з ендометріюідними вогнищами або кістами яєчників, з розвитком множинних спайок навколо маткових труб і яєчників, формуванням ендометріюідних інфільтратів на очеревині малого таза.

*Стадія III:* розповсюдження ендометріюідного процесу на клітковинному просторі, що починається позаду шийкової клітковини, та суміжних органах.

*Стадія IIIa:* ураження серозного покриву суміжного органа або залучення до ендометріюідного інфільтрату екстраперитонеально розташованого органа (дистальний відділ товстої кишки, тонка кишка, червоподібний відросток, сечовий міхур, сечоводи).

*Стадія IIIб:* ураження м'язового шару суміжного органа з деформацією його стінки, але без obturacii просвіту.

*Стадія IIIв:* ураження всієї товщі стінки суміжного органа з obturacією просвіту, ураження паравагінальної та параректальної клітковини, параметрія з формуванням структури сечовода.

*Стадія IV:* дисемінація вогнищ ендометріозу по очеревині малого таза, серозного покриву малого таза та черевної порожнини, асцит або множинне ураження суміжних органів і клітинних просторів малого таза.

#### **За ступенем ураження матки:**

1. Ураження досягає м'язового шару матки.
2. Ураження більше половини м'язового шару.
3. Ураження всієї товщі стінки матки.

#### **Віддалені вогнища ендометріозу:**

- у післяопераційному рубці;
- у пупку;
- у кишечнику (не прилеглому до статевих органів);
- у легенях та ін.

### **Класифікація аденоміозу**

Професор А. І. Іщенко виділяє 4 стадії розповсюдження ендометріюідної інвазії (розглядає дифузне ураження міометрія залежно від глибини проникнення ендометріюідної тканини):

*Стадія I:* патологічний процес обмежений підслизовою оболонкою тіла матки.

*Стадія II:* патологічний процес розповсюджується до середини товщини тіла матки.

*Стадія III:* у патологічний процес залучений у весь м'язовий шар матки до її серозного покриву.

*Стадія IV:* залучення в патологічний процес, крім матки, парієтальної очеревини малого таза та суміжних органів.

Аденоміоз може бути дифузним, вогнищевим або вузловим.

### **Класифікація ендометріюідних кіст яєчників**

Стадія I	Дрібні точкові ендометріюідні утворення на поверхні яєчників, очеревини прямокишково-маткового простору без кістозних порожнин
Стадія II	Ендометріюідна кіста одного яєчника розміром не більше 5–6 см з дрібними ендометріюідними включеннями на очеревині малого таза. Незначний спайковий процес у ділянці придатків матки
Стадія III	Ендометріюідні кісти обох яєчників (діаметр кісти одного яєчника понад 5–6 см і невелика кіста іншого). Ендометріюідні гетеротопії невеликих розмірів на серозному покриві матки, маткових труб і на парієтальній очеревині малого таза. Виражений спайковий процес у ділянці придатків матки з частковим залученням кишечника
Стадія IV	Ендометріюідні кісти обох яєчників (діаметр кісти одного яєчника більше 5–6 см і невелика кіста іншого). Ендометріюідні гетеротопії невеликих розмірів на серозному покриві матки, маткових труб і на парієтальній очеревині малого таза. Виражений спайковий процес у ділянці придатків матки з частковим залученням кишечника

### Класифікації ретроцервікального ендометріозу

Позадущийковий ендометріоз розглядають як варіант зовнішнього генітального ендометріозу й класифікують за чотирма стадіями розповсюдження в навколишні тканини й органи.

**Стадія I:** локалізація ендометрію в межах ректовагінальної клітковини.

**Стадія II:** проростання ендометріозу в шийку матки й стінку піхви з утворенням дрібних кіст.

**Стадія III:** розповсюдження патологічного процесу на крижово-маткові зв'язки та серозний покрив прямої кишки.

**Стадія IV:** залучення у патологічний процес слизової оболонки прямої кишки з утворенням спайкового процесу в ділянці придатків матки, облітеруючого матково-ректального простору.

### Класифікація P. Koninckx (1996)

При ретроцервікальній локалізації розрізняють три типи вогнищ цієї глибокої інфільтративної форми ендометріозу:

I – інфільтрація ендометрію в межах ректовагінальної клітковини;

II – формування патологічного процесу внаслідок втягнення ендометрію в вузли під кишкою або спайками;

III – глибока інфільтрація ендометріозом навколишніх тканин, великі вузли ендометріозу, сферична форма яких передбачає його походження з очеревини малого таза.

### Сучасна клінічна класифікація ендометріозу

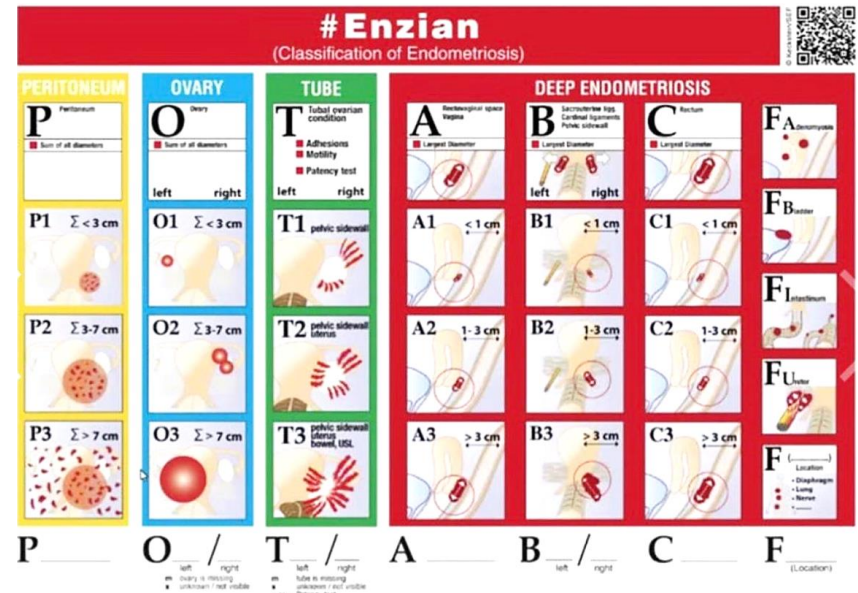
Включає три основні форми, які відрізняються клінічним значенням і підходами до лікування:

- поверхнево-перитонеальний ендометріоз (ППЕ);
- ендометріома яєчників;
- глибокий інфільтративний ендометріоз (ГІЕ).

Таким чином, у міру накопичення нових відомостей про етіологію та патогенез ендометріозу, клінічні, структурні, функціональні, імунологічні, генетичні варіанти цього захворювання зростає потреба в розробці нових уніфікованих класифікацій.

### Класифікація глибокого інфільтративного ендометріозу ENZIAN, запропонована F. Tuttlies et al. (2011)

В основі цієї класифікації лежать розташування інфільтрату, глибина його інвазії в порожнині малого таза, а також інфільтрація суміжних органів черевної порожнини та порушення їхніх функцій.



Позначення виконано за допомогою латинського алфавіту та арабських цифр:

- E – ендометріюдне вогнище;
- E 1A – поодинокі вогнища у Дугласовому просторі;
- E 1v – вогнище в ділянці однієї крижово-маткової зв'язки діаметром до 1 см;
- E 1vv – двостороннє ураження крижово-маткових зв'язок. Гетеротопія діаметром до 1 см;
- E 1c – поодинокі вогнища в ділянці ректовагінальної перегородки;
- E 2a – ураження верхньої третини піхви;

Е 2в – вогнище в ділянці однієї крижово-маточної зв'язки діаметром більше 1 см;

Е 2вв – двостороннє ураження крижово-маткових зв'язок. Гетеротопія діаметром більше 1 см;

Е 2с – вогнище на прямій кишці до 1 см у діаметрі;

Е 3а – інфільтрат розташований у середній третині піхви;

Е 3в – інфільтрація кардинальної зв'язки з одного боку без розвитку гідронефрозу;

Е 3вв – інфільтрація обох кардинальних зв'язок без гідронефрозу;

Е 3с – інфільтрація прямої кишки протягом 1–3 см без стенозу;

Е 4а – інфільтрація задньої поверхні матки та/або нижньої третини піхви;

Е 4в – інфільтрація кардинальної зв'язки з одного боку з розвитком гідронефрозу;

Е 4вв – білатеральне ураження кардинальних зв'язок з розвитком гідронефрозу;

Е 4с – інфільтрат прямої кишки розміром більше 3 см та/або з розвитком стенозу;

F – ураження інших суміжних органів;

FA – аденоміоз.

#### Тестові завдання

1 – Е. 2 – С. 3 – С. 4 – D. 5 – А. 6 – А. 7 – А. 8 – D. 9 – А. 10 – D.

## Тема 7. Дисгормональні захворювання молочної залози

### Задача 1

1. Дифузна мастопатія.
2. Фактори ризику:
  - спадковий фактор (мутація в генах *BRCA1* і *BRCA2*);
  - фактори репродуктивного характеру (менархе до 12 та після 15 років, велика кількість вагітностей, пологів, абортів, тривала лактація, менопауза до 45 або після 55 років);
  - вік понад 35 років;
  - травми молочної залози;
  - ендокринні порушення (ожиріння, цукровий діабет, дисфункція щитоподібної залози, дефіцит прогестерону, гіперпролактинемія; гіперандрогенія);
  - застосування пероральних протизаплідних засобів (КОК);
  - порушення функції печінки та інших відділів шлунково-кишкового тракту;
  - тривалий вплив радіації;
  - паління та зловживання алкоголем і продуктами, що містять метилксанти (кава, чай, какао, шоколад).
3. Обстеження:
  - збір анамнезу, анкетування;
  - пролактин, естрадіол, прогестерон;
  - ультразвукове дослідження молочних залоз, щитоподібної залози;
  - мамографія;
  - магнітно-резонансна томографія;
  - пункційна біопсія під контролем УЗД з подальшим цитологічним дослідженням.
4. Клінічна класифікація ДЗМЗ:
  - Вузлова мастопатія.
  - Дифузна мастопатія:
    - з переважанням залозистого компонента;

- з переважанням фіброзного компонента;
- з переважанням кістозного компонента.

Доброякісні пухлини і пухлиноподібні процеси:

- аденома;
- фіброаденома;
- внутрішньопротокова папілома;
- кіста з паренхіматозним компонентом.

Особливі форми:

- листоподібна (філоїдна) пухлина.

Клініко-рентгенологічна класифікація ДГМЗ:

Дифузна форма:

- фіброзна (грубі тяжисті структури без вузлових компонентів);
- фіброзно-кістозна (зернисті структури з кістозними компонентами – хвороба Шиммельбуша);
- аденозна (м'які бугристі структури, болючі при пальпації – хвороба Реклю);
- фіброзно-аденоматозна (поєднання грубих тяжистих і м'яких бугристих структур);
- інволютивна (ліпоматозні зміни молочної залози);
- змішана.

Вузлова форма (оформлений вузловий компонент різних розмірів).

Залежно від вираженості дифузного ураження молочних залоз розрізняють три ступені тяжкості ДГМЗ:

I – слабо виражена (жирова тканина переважає над паренхіматозною);

II – середньої вираженості (жирова тканина і щільні структури знаходяться приблизно в рівних співвідношеннях);

III – різко виражена (структура молочних залоз представлена залозистими елементами жирової тканини мало).

5. Патогенез доброякісних захворювань молочної залози.

Розвиток мастопатії в організмі жінки визначає абсолютна або відносна гіперестрогенія. Естрогени спричинюють проліферацію епітелію альвеол, проток, підвищують активність фіброblastів і проліферацію сполучної тканини, молочних залоз.

Пролактин збільшує чутливість рецепторів залози до естрогенів. Значна роль при зазначеній патології належить простагландинам, які сприяють спазму судин, підвищують проникність судинної стінки.

## Задача 2

1. Фіброзно-кістозна форма ДГМЗ.

2. При обстеженні жінок із захворюваннями молочних залоз для виявлення патології застосовується правило «7 позицій»: 1) положення – обстеження жінки проводиться спочатку у положенні сидячи, далі – стоячи, після цього – лежачи з піднятими руками; 2) розмір – звертають увагу на асиметрію розмірів залоз; 3) пальпація – проводиться «за годинниковою стрілкою» подушечками пальців; 4) тиск – відмічають щільність молочної залози, за умови наявності утворення – його щільність і зміщення; 5) методика обстеження повинна відповідати прийнятому алгоритму; 6) зворотний зв'язок передбачає узгодженість та наступність дії спеціалістів різного фаху; 7) диспансерне спостереження.

3. При лікуванні застосовується індивідуальний підхід:

- дотримання режиму бадьорості та сну, уникнення стресових ситуацій, нормалізація статевого життя;
- дієта з високим вмістом мікроелементів і вітамінів (вживання овочів, фруктів, продуктів, що містять мікродози йоду);
- нестероїдні протизапальні препарати;
- синтетичні прогестини: похідні спіролактору, прогестерону, 19-нортестостерону, гестагени (місцево);
- естроген-гестагенні препарати;
- фітопрепарати (антиестрогени) протягом трьох-шести місяців;
- седативні;
- вітаміни;
- дофамінергічні препарати;
- агоністи, антагоністи ГнРГ.

4. Обстеження з метою профілактики захворювань молочних залоз:

- самообстеження молочних залоз  $\geq 20$  років один раз на три місяці (огляді і пальпація);
  - клінічне обстеження молочних залоз сімейним лікарем – усі вікові групи (щорічно);
  - УЗД молочної залози (після 20 до 40 років) один раз на рік;
  - Мамографія один раз на два роки жінкам (після 35 до 40 років), які мають високий ризик розвитку раку молочної залози, після 40 років – щорічно;
  - після 40 років щорічний профілактичний огляд, регулярне відвідування гінеколога;
  - правильне харчування;
  - повноцінне грудне вигодовування;
  - носіння правильної білизни;
  - відмова від шкідливих звичок.
5. Пухлинні маркери: РЕА, СА-125, СА-19-9, СА-15-3, муциноподібний раково-асоційований антиген (МРА).

### Задача 3

1. Фіброаденома правої молочної залози.
2. Фізикальний огляд, УЗД, мамографія, пункційна біопсія під контролем УЗД з подальшим цитоморфологічним дослідженням.
3. Хірургічне лікування – видалення фіброаденоми молочної залози.
4. Кіста молочної залози. Абсцес. Мастопатія. Рак молочної залози.
5. Профілактика:
  - лікування супутніх гінекологічних захворювань;
  - корекція гормональних порушень;
  - профілактика небажаної вагітності;
  - профілактика порушень лактації;
  - дієто-, фіто-, вітамінотерапія;
  - спостереження суміжними спеціалістами (ендокринолог, гастроентеролог, невропатолог).

### Задача 4

1. Рак лівої молочної залози.
2. Ультразвукове дослідження молочних залоз та регіонарних лімфовузлів, УЗД черевної порожнини, заочеревинного простору та малого таза, рентген органів грудної порожнини у двох проєкціях, мамографія, МРТ з контрастом, тонкоголкова біопсія або трепан-біопсія пухлини з цитологічним і морфологічним дослідженням.
3. Комбіноване лікування (хірургічне, променеве, хіміотерапія, гормонотерапія).
4. Деформація контуру залози, зміна кольору, «лимонна кірка», втягіння або опуклість, сплющення або зміни рівня сосків, патологічні виділення з сосків, збільшення лімфатичних вузлів.
5. BRCA1 і BRCA2.

### Задача 5

1. Циклічна мастодія на тлі прийому КОК.
2. Причини:
  - підлітковий період (дозрівання органів-мішенів під впливом ендокринної системи);
  - репродуктивний період (вагітність, гормональні порушення на тлі стресу (гіперпролактинемія), прийом КОК, носіння тісної білизни, травми молочних залоз, остеохондроз, міжреберна невралгія, захворювання серця);
  - перименопауза: гормональні порушення (відносна гіперестрогенемія).
3. Види:
  - циклічна мастодія (функціональна/справжня на тлі овуляції, ПМС, прийому гормональних препаратів (КОК), ендокринно-залежних процесів у молочних залозах (ДГМЗ));
  - нециклічна мастодія, внаслідок травм, склерозу м'яких тканин (аденоз), запальних процесів, хірургічних маніпуляцій, новоутворень (кісти), аномалій розвитку, операцій із корекції форми, розміру грудей.



#### 4. Рекомендації. Негормональне лікування:

- немедикаментозне (відповідний розмір і форма бюстгалтерів, персонально складена дієта (відсутність продуктів, що містять кофеїн, теобромін і теофілін, відмова від жирної їжі й алкоголю, обмеження вживання рідини, солі та прянощів), нормалізація режиму, якості сну, оптимізація рівня фізичного навантаження на м'язи грудей та плечового пояса);
- медикаментозне (вітаміни А, Е, групи В, цинк, магній, протизапальні нестероїдні препарати, антигістамінні, седативні засоби, рослинні препарати на основі прутняка звичайного).

#### Задача 6

1. Галакторея. Гіперпролактинемія?
2. Діагностика:
  - загальний аналіз крові та сечі;
  - біохімічні дослідження крові, вміст глюкози крові;
  - дослідження рівня гормонів крові (ФСГ, ЛГ, ТТГ, Т<sub>3</sub>, Т<sub>4</sub>, пролактину, естрадіолу, прогестерону);
  - бактеріоскопічне дослідження виділень і цитоморфологічне дослідження з шийки матки;
  - клінічне обстеження молочних залоз;
  - ультразвукове дослідження органів малого таза;
  - спеціальні методи дослідження: УЗД молочних залоз (до 40 років), мамографія, пункційна біопсія, КТ, МРТ;
  - огляд профільними спеціалістами за показаннями (мамолога, гастроентеролога, ендокринолога).
3. Етіологічні фактори галактореї:
  - порушення функції гіпоталамуса та гіпофіза;
  - деякі лікарські препарати (гіпотензивні та протиблювотні засоби, антидепресанти, транквілізатори), включаючи гормональні протизапальні засоби;
  - захворювання щитоподібної залози;
  - захворювання надниркових залоз;
  - мастит (особливо його тяжкі форми);

- захворювання яєчників, СПКЯ;
- стресові ситуації.

#### 4. Лікування:

- медикаментозна терапія спрямована на відновлення функцій репродуктивної системи, стабілізацію рівня пролактину і нормалізацію менструального циклу;
- оперативне лікування доречно тоді, коли виникає гостра необхідність у негайному видаленні прогресуючої пухлини гіпофіза. Сьогодні для лікування гіперпролактинемії використовуються парлодел (бромокриптин), каберголін (алактин), агоністи дофаміну, який застосовують для лікування синдрому галактореї непухлинного генезу і при пролактинсекретуючих аденомах гіпофіза. Якщо галакторею супроводжують явища первинного гіпотиреозу, призначають препарати тиреоїдних гормонів.
- 5. Диференційний діагноз:
  - аденома гіпофіза;
  - фізіологічна гіперпролактинемія;
  - СПКЯ;
  - первинний гіпотиреоз.

#### Задача 7

1. Кіста правої молочної залози. Фіброзно-кістозна мастопатія.
2. Діагностика:
  - загальний аналіз крові та сечі;
  - біохімічні дослідження крові, вміст глюкози крові;
  - дослідження рівня гормонів крові (ФСГ, ЛГ, ТТГ, Т<sub>3</sub>, Т<sub>4</sub>, пролактин, естрадіол, прогестерон);
  - бактеріоскопічне дослідження виділень і цитоморфологічне дослідження з шийки матки;
  - клінічне обстеження молочних залоз;
  - ультразвукове дослідження органів малого таза;
  - спеціальні методи дослідження: УЗД молочних залоз (до 40 років), мамографія, пункційна біопсія, КТ, МРТ;

– огляд профільними спеціалістами за показаннями (мамолог, гастроентеролог, ендокринолог).

3. Диференційна діагностика:

- фіброаденома;
- фіброзна мастопатія;
- масталгія.

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

5. Методи профілактики:

- наявність вагітностей у репродуктивному віці, які завершилися пологам;
- повноцінне грудне вигодовування;
- використання контрацепції;
- своєчасна діагностика та лікування супутніх захворювань жіночих статевих органів;
- лікування екстрагенітальних захворювань;
- відмова від шкідливих звичок.

 **Тестові завдання**

1 – В. 2 – С. 3 – Е. 4 – В. 5 – А.

## Тема 8. Передракові захворювання статевих органів жінки

 **Задача 1**

1. Цервікальна інтраепітеліальна неоплазія (плоского епітелію) I ступеня (CIN I, LSIL за класифікацією Bethesda).

2. Алгоритм обстеження:

- мікроскопічне дослідження виділень зі статевих шляхів;
- бактеріологічне дослідження виділень зі статевих шляхів;
- діагностика ІПСШ серологічним та ПЛР методами;
- ПЛР-діагностика онкогенних штамів ВПЛ (типи 16, 18, 31, 33);

– основою остаточного встановлення діагнозу є морфологічне (гістологічне) дослідження біоптату шийки матки, отриманого методом прицільної біопсії під контролем кольпоскопії та зішкрібка з цервікального каналу.

3. Білий (ацетобілий) епітелій, пунктуація, мозаїка, йоднегативна зона, атипові судини.

4. Лікування хворих на цервікальну інтраепітеліальну неоплазію починається з призначення протизапальної (антибактеріальна, протівірусна) терапії згідно з отриманими результатами дослідження. Після консервативного лікування проводять контроль цитоморфологічного дослідження шийки матки та розширена кольпоскопія. У разі збереження атипії при цитоморфологічному дослідженні застосовуються хірургічні методи лікування – ексцизію атипово зміненого епітелію шийки матки (петльова діатермоконізація, радіохвильова, аргоноплазмова тощо).

5. Диспансерне спостереження пацієнток після лікування з приводу передракових захворювань шийки матки рекомендується продовжити протягом двох років з проведенням контрольного цитоморфологічного дослідження і кольпоскопії (при негативних результатах на інтраепітеліальне ураження шийки матки).

## Задача 2

1. Лейкоплакія шийки матки.
2. Алгоритм обстеження:
  - огляд у дзеркалах;
  - онкоцитологічне дослідження мазків із шийки матки;
  - бактеріоскопічне дослідження виділень з уретри та статевих шляхів;
  - бактеріологічне дослідження виділень зі статевих шляхів;
  - визначення штамів 16, 18, 31, 33 ВПЛ і ВПГ I–II типу методом ПЛР;
  - розширена кольпоскопія з прицільною біопсією;
  - визначення онкомаркерів шийки матки E<sub>6</sub>–E<sub>7</sub>, SCC.
3. Вибір методу оперативного лікування залежить від виду патології, віку та репродуктивних намірів пацієнтки і включає в себе видалення уражених тканин:
  - ножова, лазерна, радіохвильова ексцизія або петльова електроексцизія шийки матки;
  - ампутація шийки матки;
  - гістеректомія.
4. У даному випадку перевага віддається ексцизії шийки матки різними ексцизійними методами у зв'язку з необхідністю отримання біопсійного матеріалу та його морфологічного дослідження.
5. Профілактика передракових захворювань шийки матки полягає у проведенні вакцинації проти ВПЛ, своєчасній діагностиці та лікуванні запальних захворювань жіночих статевих органів, ЗПСШ і дисгормональних порушень.

## Задача 3

1. Тяжка інтраепітеліальна неоплазія (CIN III), за Bethesda – HSIL.
2. Алгоритм обстеження:
  - розширена кольпоскопія шийки матки;
  - прицільна біопсія шийки матки під контролем розширеної кольпоскопії, вишкрібання слизової оболонки

цервікального каналу з подальшим морфологічним дослідженням отриманого матеріалу;

- обстеження на ВПЛ методом ПЛР (онкогенні штами).
3. Папіломавірусна інфекція статевих шляхів на фоні вагінальної мікст-інфекції.
  4. Принципи лікування.

Хірургічна тактика визначається віком пацієнтки та репродуктивними намірами. Видалення уражених тканин:

    - ножова, лазерна, радіохвильова ексцизія або петльова електроексцизія шийки матки;
    - ампутація шийки матки;
    - гістеректомія.

У даному випадку, враховуючи вік і репродуктивні наміри пацієнтки, перевага віддається широкій конізації шийки матки різними ексцизійними методами (ножова, лазерна, радіохвильова ексцизія або петльова електроексцизія шийки матки).

5. Після радикального хірургічного лікування передракових процесів шийки матки необхідний бактеріоскопічний, кольпоцервікоскопічний та цитоморфологічний контроль що шість місяців протягом двох років. Пацієнтку знімають з обліку після отримання негативних результатів відповідних досліджень через два роки після лікування.

## Задача 4

1. Атипова гіперплазія у постменопаузі, аномальна маткова кровотеча.
2. Ультразвукове дослідження органів малого таза: М-ехо (товщина ендометрію), оцінка УЗ-морфології ендометрію, оцінка доплерометрії;
  - КТ/МРТ з контрастуванням за показаннями (додатковий метод обстеження);
  - біопсія ендометрію з подальшим морфологічним дослідженням біоптату (гіперплазія ендометрію – діагноз морфологічний, що встановлюється лише за результатами гістологічного дослідження біоптату ендометрію!!!).

3. Пайпель-біопсія ендометрію: гістероскопія с прицільною біопсією ендометрію; дилатація та кюретаж (фракційне вишкрібання слизової оболонки матки) не є стандартом діагностики стану ендометрію, даний метод необхідно застосовувати лише при АМК у разі неможливості біопсійного взяття зразка ендометрію та/або виконання гістероскопії з прицільною біопсією.

4. У віці до 45 років першою лінією лікування є гормонотерапія: гестагени в пролонгованому режимі за загальноприйнятими схемами з обов'язковим гістологічним контролем через три та шість місяців;

– аГнРГ як додатковий метод консервативного лікування (особливо при метаболічних порушеннях);

– оперативне лікування за неефективності консервативного гормонального лікування та рецидивах – гістеректомія.

У жінок постменопаузального віку перевагу віддають хірургічним методам лікування – гістеректомія з придатками.

5. Враховуючи постменопаузальний вік пацієнтки, наявність факторів ризику раку ендометрію (зайва маса, гіпертонічна хвороба, ЦД 2 типу), атипову гіперплазію ендометрію, оптимальним методом лікування є хірургічний – гістеректомія з придатками.

#### Задача 5

1. Атипова гіперплазія ендометрію, АМК (враховуючи дані морфологічного дослідження, УЗД й анамнезу).

2. Гіперплазія ендометрію – діагноз морфологічний, встановлюється лише за результатами гістологічного дослідження біоптату ендометрію.

3. Враховуючи вік пацієнтки (пізній репродуктивний вік), репродуктивні наміри, рекомендоване консервативне лікування атипової гіперплазії ендометрію гормональними препаратами (гестагени; аГнРГ). Враховуючи ожиріння І–ІІ ступеня, для посилення лікувального ефекту додати метформін.

4. Препаратами першої лінії лікування в даному клінічному випадку атипової гіперплазії ендометрію є ін'єкційні або пероральні гестагени в безперервному режимі або аГнРГ тривалістю шість місяців. За відсутності репродуктивних намірів може використати ВМС з левоноргестрелом.

5. Мінімальний перелік обстеження, необхідний для моніторингу стану ендометрію під час спостереження, передбачає збір детального анамнезу, гінекологічне обстеження та біопсію ендометрію.

Біопсію при атиповій гіперплазії ендометрію необхідно проводити з інтервалом у три місяці, до отримання двох поспіль негативних результатів біопсії. У подальшому рекомендоване довгострокове спостереження з біопсією ендометрію що шість місяців протягом двох років і щороку після цього до усунення факторів ризику або виконання тотальної гістеректомії.

#### Задача 6

1. Посттравматичний ектропіон шийки матки.

2. Алгоритм обстеження:

– мікроскопічне дослідження мазків з уретри, цервікального каналу, піхви;

– бактеріологічне дослідження виділень зі статевих шляхів з антибіотикограмою;

– онкоцитологічне дослідження мазків із шийки матки;

– кольпоскопія (проста та розширена) з прицільною біопсією.

3. Посттравматичний ектропіон найчастіше виникає в результаті ушкоджень тканин шийки матки, яких не усунено або неправильно ушито під час пологів.

4. Принципи лікування:

– антибактеріальна (згідно з результатами антибіотикограми) та протизапальна терапія;

– хірургічне лікування (діатермоконізація або ексцизія шийки матки).

5. Профілактика виникнення ектропіона шийки матки полягає в раціональному веденні пологів, а також в адекватній і своєчасній контрацепції з метою запобігання абортam.

### Задача 7

1. Атипова гіперплазія ендометрію. Рецидивна. Хронічна аномальна маткова кровотеча. Постгеморагічна залізодефіцитна анемія I ст. Ожиріння II ст. Інсулінорезистентність.

Діагноз «гіперплазія ендометрію» встановлюється лише на основі результатів гістологічного дослідження біоптату ендометрію з використанням діагностичних критеріїв ВООЗ (2014).

У цієї пацієнтки діагноз має такі складові:

– атипова гіперплазія ендометрію за даними патоморфологічного дослідження;

– рецидивна гіперплазія ендометрію без атипії або з атипією після одного або кількох негативних результатів біопсії ендометрію, враховуючи рецидив АМК через два роки після першого звернення хворої до гінеколога та проведення хірургічного лікування;

– хронічна аномальна маткова кровотеча, зумовлена скаргами хворої на періодичні аномальні маткові кровотечі, що призводить до проявів анемізації;

– постгеморагічна залізодефіцитна анемія I ст.;

– супутня соматична патологія: ожиріння II ст., інсулінорезистентність.

2. Фактори ризику гіперплазії ендометрію можна поділити так:

– менструальні фактори (наприклад, раннє менархе, ановуляція – СПКЯ, ендокринне безпліддя, відсутність пологів у анамнезі, перехід до менопаузи, пізня менопауза, похилий вік або постменопауза);

– пухлини яєчників, які секретують естрогени, наприклад гранульозоклітинні пухлини (трапляються приблизно в 40% випадків гіперплазії ендометрію);

– ятрогенні фактори (наприклад, медикаментозна стимуляція ендометрію у разі застосування монотерапії естрогенами як системної МГТ при інтактній матці або тривалого прийому тамоксифену);

– супутні захворювання (наприклад, підвищений ІМТ та ожиріння з надмірним периферичним перетворенням андрогенів на естрогени у жировій тканині, цукровий діабет, артеріальна гіпертензія, синдром Лінча, синдром Каудена).

3. При атиповій гіперплазії, згідно з наказом МОЗ України № 869 від 05.05.2021 р. «Гіперплазія ендометрію» лікування першої лінії – прогестагени (ін'єкційні або пероральні) у безперервному режимі тривалістю шість місяців; альтернатива – ЛНГ-ВМС 52 мг; аналоги гонадотропін-рилізінг гормону – використовуються рідше враховуючи соматичну патологію.

Жінкам рекомендується модифікація способу життя та підтримання ІМТ нижче 30 кг/м<sup>2</sup>, а також прийом метформіну, навіть за відсутності метаболічного синдрому, для профілактики рецидиву атипової гіперплазії.

Біопсію ендометрію при атиповій гіперплазії необхідно проводити з інтервалом у три місяці, доки не буде отримано два негативних результати біопсії поспіль.

Жінкам без симптомів зі збереженою маткою та ознаками гістологічного регресу захворювання, заснованими принаймні на двох негативних результатах біопсії ендометрію поспіль, рекомендується довгострокове спостереження з біопсією ендометрію що шість місяців протягом двох років і щороку після цього до усунення факторів ризику або виконання тотальної гістеректомії з двобічної сальпінгооваректомією.

Гістероскопію з прицільною біопсією ендометрію необхідно проводити в тих випадках, коли неможливо отримати задовільну пайпель-біопсію ендометрію або якщо взяття зразка ендометрію було неінформативним.

4. У зв'язку з рецидивом (через два роки) атипової гіперплазії ендометрію, після проведеного в повному обсязі гормонального лікування (гестагенами), віком пацієнтки (45 років) і відсутністю репродуктивних намірів доцільно рекомендувати

виконання радикального оперативного втручання – гістеректомія з матковими трубами зі збереженням яєчників.

5. Радикальне оперативне втручання показано:

- за наявності протипоказань або непереносимості медикаментозного лікування;
- при відмові жінки від біопсії ендометрію, медикаментозного лікування або недотриманні режиму лікування;
- якщо терапія зі збереженням фертильності не призводить до регресу атипової гіперплазії ендометрію за 12 місяців або є ознаки прогресування до раку ендометрію;
- якщо після медикаментозного лікування зберігаються симптоми АМК;
- якщо рецидив атипової гіперплазії виникає під час динамічного спостереження, адже в таких випадках під час дослідження вилучених тканин після гістеректомії часто виявляють рак ендометрію;
- після реалізації репродуктивної функції.

Необхідно наполегливо рекомендувати жінці тотальну гістеректомію при атиповій гіперплазії ендометрію, особливо рецидивній, з огляду на підвищений ризик раку ендометрію.

## Задача 8

### 1. Вульварна дистрофія.

Склеротичний лишай, або крауроз, вульви (*lichen sclerosus*), згідно з класифікацією Міжнародної спілки гінекологічної патології (ISGP) та Міжнародної спільноти з виявлення хвороб вульви та піхви (ISVD), в основі яких лежать патоморфологічні зміни тканин вульви та промежини.

Встановлення діагнозу ґрунтується на характерних скаргах пацієнтки постменопаузального віку (стійкий, тривалий та виснажливий свербіж у ділянці зовнішніх статевих органів), на даних візуального огляду (стоншені, пергаментоподібні склеротичні тканини вульви з множинними екскоріаціями) та пальпаторного дослідження (складки вульви ущільнені, слизова оболонка вульви та шкіра промежини ригідні, вхід у піхву звужений).

### 2. План обстеження:

Візуальний огляд зовнішніх статевих органів (можливе використання лупи).

Вульвоскопія з використанням кольпоскопа:

- проста;
- розширена – з обробкою уражених ділянок 2 % розчином таурин-синього (атипова тканина забарвлюється синім кольором) або проба Шиллера (атипова тканина не забарвлюється розчином йоду), що дає змогу точно визначити межі уражених ділянок.

Біопсія вульви з патоморфологічним дослідженням отриманого матеріалу.

Цитологічне дослідження менш інформативне, ніж гістологічне, проте зручне як скринінговий метод і метод подальшого динамічного спостереження.

Флуоресцентна діагностика – додатковий метод у диференційній діагностиці раку вульви та вульварної дистрофії.

Визначення ВПЛ методом ПЛР з ДНК-типкуванням.

### 3. Візуальні ознаки основних форм дистрофічних уражень вульви.

Гіперпластична дистрофія (лейкоплакія):

- наявність потовщеної шкіри вульви молочно-білого, сіруватого або жовтуватого кольору;
- збільшення або зморщування складок вульви;
- відсутність звуження входу в піхву.

Склеротичний крауроз (ліхен):

- шкіра вульви тонка, пергаментоподібна, склеротична, крихка;
- множинні екскоріації;
- ущільнені складки;
- клітор закритий щільними рубцями;
- вхід у піхву різко звужений.

### 4. Лікування краурозу вульви (склеротичний лишай).

Відсутність єдиної загальноприйнятої теорії етіопатогенезу краурозу вульви зумовлює брак чіткого алгоритму лікування даної патології. Однак лікування повинно бути

комплексним, етапно курсовим та індивідуальним. При цьому важливий диференційний підхід, який враховує клінічний перебіг захворювання, супутню соматичну та генітальну патологію. Лікування повинно бути спрямоване на зняття психоемоційного напруження, відчуття свербіжності, ліквідацію запалення та поліпшення трофіки тканин. Лікувальні заходи проводять тільки після отримання результатів вірусологічного, бактеріоскопічного та гістологічного обстеження, що підтверджують діагноз.

Медикаментозна терапія:

- локальні кортикостероїди – короткочасно для зняття свербіжності та болю, однак тривале застосування може призвести до стоншення шкіри, рубцювання тканин, реакції «рикошету», реактивації ВПЛ та грибкової інфекції;
- емоменти (зволожувальні засоби);
- седативні препарати;
- локальні естрогени (естріол, протягом двох-трьох тижнів, далі підтримувальна доза 1–2 рази на тиждень під контролем пігментації вульви. Як монотерапію не використовують).

При неефективності консервативного лікування:

- лазеркоагуляція;
- кріодеструкція;
- пластичні операції;
- фотодинамічна терапія (ФДТ) – сучасний органозберігаючий метод лікування, заснований на селективному впливі лазерного випромінювання на пухлинні тканини попередньо сенсibiliзованим туморотропним барвником (порфірин).

5. Класифікація захворювань вульви.

Нозологічна класифікація захворювання вульви:

- дистрофія вульви: гіперпластична (лейкоплакія), склеротичний лишай (крауроз), змішана форма;
- шкірно-венеричні захворювання: псоріаз, екзема, невус, дерматити, вітіліго, сифіліс, кондилома, кандидоз, простий герпес та ін.;
- новоутворення вульви: папілома, ліпома, дерматофіброма, кісти, сосочкова гідраденома, плоскоклітинні раки та ін.

Класифікація уражень вульви за ISGP та ISVD:

Доброякісні (фонові) епітеліальні захворювання шкіри та слизової оболонки:

- крауроз (склеротичний лишай) – плоскоклітинна гіперплазія (раніше – гіперпластична дистрофія без атипії);
- лейкоплакія (плоскоклітинна інтраепітеліальна неоплазія (раніше – дистрофія з атипією);
- інші дерматози.

Передракові епітеліальні захворювання:

- VIN I (вульварна інтраепітеліальна неоплазія, слабка дисплазія);
- VIN II (вульварна інтраепітеліальна неоплазія, помірна дисплазія);
- VIN III (вульварна інтраепітеліальна неоплазія, тяжка дисплазія або мікроінвазивна карцинома *Cr. in situ*).

Інвазивний рак.

 Тестові завдання

1 – А. 2 – С. 3 – Е. 4 – D. 5 – С.

## Тема 9. Злоякісні пухлини жіночих статевих органів. Трофобластична хвороба

### Задача 1

1. Підозра на рак шийки матки. *Suspicio cancer colli uteri*. Аномальна маткова кровотеча.

2. Алгоритм обстеження хворої:

- цитоморфологічне дослідження епітелію шийки матки;
- проведення простої та розширеної кольпоскопії;
- фракційне діагностичне вишкрібання слизової матки

з прицільною біопсією шийки матки з подальшим морфологічним дослідженням макропрепарату.

3. Діагноз «рак шийки матки» встановлюють на основі морфологічного дослідження матеріалу біопсії шийки матки (біоптат шийки матки, зішкріб із цервікального каналу). Клінічне стадіювання раку шийки матки проводиться з використанням критеріїв FIGO.

4. Передопераційна променева терапія (брахітерапія) і операція Вертгейма (розширена гістеректомія з придатками, верхньою третьою піхви, навколоматковою клітковиною, регіонарними тазовими лімфатичними вузлами, з перев'язкою внутрішньої клубової артерії) та післяопераційна комбінована променева терапія в умовах онкодиспансеру.

5. Етіологічні фактори розвитку раку шийки матки:

- інфекційний фактор (вірус папіломи людини);
- запальні захворювання шийки матки та піхви;
- гормональний фактор;
- раннє статеве життя та часта зміна статевих партнерів;
- шкідливі звички (паління).

### Задача 2

1. Рак шийки матки.

2. Провести додаткові методи обстеження та лікування:

- УЗД органів черевної порожнини з доплерографією;
- КТ або МРТ органів малого таза та заочеревинних лімфовузлів з контрастуванням з метою визначення розповсюдження онкопроцесу;

- ректороманоскопія, урографія, цистоскопія;
- комбіноване лікування в умовах онкодиспансеру.

3. Плоскоклітинний рак шийки матки й аденокарцинома шийки матки. У даної пацієнтки діагностовано ендцервікальну аденокарциному шийки матки.

4. Операція Вертгейма (екстирпація матки з придатками, верхньою третьою піхви, навколоматковою клітковиною, регіонарними лімфатичними вузлами, перев'язкою внутрішньої клубової артерії).

5. Первинна профілактика – вакцинація проти онкогенних підтипів ВПЛ Церварикс (проти 16-го, 18-го типів ВПЛ), Гардасил (проти 6, 11, 16, 18-го типів ВПЛ), Гардасил 9 (проти 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52, 58-го типів ВПЛ) здатна запобігти раку шийки матки у вакцинованих жінок. Цитологічний скринінг не рідше одного разу на три роки, профілактичний огляд у лікаря-гінеколога раз на рік. Виявлення та лікування передракових станів шийки матки є вторинною профілактикою виникнення раку шийки матки.

### Задача 3

1. Рак тіла матки (*cancer corporis uteri*). Аномальна маткова кровотеча в постменопаузі.

2. Діагноз рак ендометрію встановлюється на підставі морфологічного дослідження матеріалу, отриманого при діагностичній гістероскопії та прицільній біопсії слизової оболонки порожнини матки.

Для коректного передопераційного стадіювання онкопроцесу необхідно провести:

- УЗД органів малого таза та черевної порожнини з кольоровим доплерокартуванням;
- КТ або МРТ органів малого таза та черевної порожнини, тазових лімфовузлів з контрастуванням;



- рентгенографію органів грудної клітки (за показами – КТ);
- цистоскопію, колоноскопію (за показаннями).

### 3. Методи проведення біопсії ендометрію:

- пайпель-біопсія;
- гістероскопія з прицільною біопсією;
- фракційне діагностичне вишкрібання слизової оболонки

порожнини матки.

4. Лікування комбіноване, включає оперативне втручання (гістеректомія з придатками), променеву терапію, гормональну терапію в умовах онкодиспансеру. При розповсюдженному онкопроцесі (стадія III–IV) – хіміотерапія.

### 5. До групи ризику належать жінки:

- в період менопаузи, у яких з'явилися кров'яністі виділення зі статевих шляхів;
- будь-якого віку, що страждають на гіперпластичні процеси ендометрію (рецидивний поліпоз ендометрію, залозиста гіперплазія ендометрію);
- з метаболічними розладами (ожиріння, цукровий діабет, гіпертонічна хвороба).

### ☰ Задача 4

1. Підозра на рак яєчників (*suspicio cr ovariorum*).
2. Алгоритм обстеження хворої:
  - УЗД органів малого таза та черевної порожнини з кольоровим доплерівським картуванням;
  - онкомаркери яєчників (CA125, HE4, PEA, CA19.9);
  - КТ або МРТ органів малого таза з введенням контрасту (додатково ентографія, колонографія);
  - езофагогастродуоденоскопія;
  - іригоскопія та за показаннями – колоноскопія;
  - рентгенографія органів грудної клітки;
  - мамографія;
  - біопсія ендометрію.
3. Комбіноване лікування в умовах онкодиспансеру: оперативне лікування (екстирпація матки з придатками

й екстирпація сальника) і ад'ювантна та неад'ювантна хіміотерапія.

4. Проведення органозберігаючих операцій можливе у жінок фертильного віку з репродуктивними намірами з однобічним ураженням яєчників (st IA, IB). Об'єм втручання: аднексектомія з боку ураженого яєчника; біопсія другого яєчника, оментектомія; інтраопераційна біопсія парієтальної очеревини, цитологічне дослідження змивних вод.

### 5. Розрізняють три варіанти розвитку раку яєчників:

- первинний (пухлина виникає безпосередньо у тканині яєчника);
- вторинний (переродження з доброякісних пухлин яєчника);
- метастатичний (з пухлин шлунково-кишкового тракту 50% – пухлина Крукенберга, з новоутворень молочних залоз 30%, з пухлин внутрішніх статевих органів 20%).

### ☰ Задача 5

1. Трофобластична хвороба. Пухирцевий занесок.
2. Тактика ведення хворої:
  - визначення рівня ХГЛ в крові, трофобластичного бета-глобуліну;
  - рентгенографія органів грудної клітки.
3. Хірургічне видалення міхурової тканини з порожнини матки з гістологічним дослідженням.
4. Хвора повинна знаходитись під постійним диспансерним спостереженням:
  - а) УЗД органів малого таза один раз на два місяці до нормалізації УЗ-картини;
  - б) визначення рівня ХГЛ в крові:
    - раз на два тижні протягом трьох місяців;
    - раз на місяць наступні шість місяців;
    - раз на три місяці протягом наступного року;
  - в) рентгенографія органів грудної клітини 1 раз на рік.
5. Під назвою «трофобластична хвороба» об'єднані такі патологічні стани трофобласта, як простий міхурцевий

занесок, інвазивний міхурцевий занесок та хоріонкарцинома, яка є найбільш злоякісною пухлиною.

## Задача 6

### 1. Трофобластична хвороба. Хоріонкарцинома.

Обґрунтування діагнозу:

– дані скарги та об'єктивного огляду характерні для злоякісної трофобластичної хвороби (задуха, кашель, темні кров'янисті виділення за статевих шляхів, збільшені розміри матки, м'якуватої консистенції, ціанотична слизова піхви та шийки матки);

– високі показники ХГЛ через шість місяців після вагітності, що завершилася морфологічно діагностованим міхурцевим занеском;

– патологічні зміни за УЗД органів малого таза, характерні для злоякісної трофобластичної хвороби;

– дані КТ органів грудної клітки, що свідчать про метастазування пухлини в легені.

2. Перелік дій, який необхідно було виконати після діагностики міхурцевого занеску.

Визначити гістотип міхурцевого занеску. Існують три основні його типи:

- повний міхурцевий занесок;
- частковий міхурцевий занесок;
- інвазивний міхурцевий занесок.

Обсяг спостереження (моніторинг) при міхурцевому занеску, який необхідно виконати:

– при повному міхурцевому занеску концентрацію сироваткового ХГЛ визначають через два дні після його евакуації з подальшим контролем що один-два тижні, доки вона не буде в межах норми у трьох послідовних тестах, після цього концентрацію ХГЛ визначають щомісяця протягом шести місяців;

– при неповному міхурцевому занеску концентрацію сироваткового ХГЛ після його евакуації визначають що один-два тижні, доки вона не буде в межах норми у двох послідовних тестах.

Під час періоду спостереження пацієнтці слід користуватися надійним методом контрацепції.

Одразу після аспірації міхурцевого занеску можна почати прийом оральних контрацептивів.

Додаткові (відстрочені) методи моніторингу при міхурцевому занеску такі. На початку наступних вагітностей проводять УЗД матки (ризик рецидиву після одного міхурцевого занеску – 1,3%, а після двох – 15%). Після пологів проводять гістологічне дослідження плаценти, а також виконують визначення концентрації сироваткового ХГЛ матері через шість тижнів.

### 3. Діагностика даної патології:

– скарги пацієнтки завжди пов'язані з вагітністю. Порушення менструального циклу, аменорея або аномальні маткові кровотечі, різноманітні прояви раннього гестозу, кашель, задуха. Особливу увагу слід звертати на пацієнтку після 40 років (ризик захворювання у п'ять разів вищий, ніж у жінок віком 21–35 років), з міхурцевим занеском в анамнезі, завмерлими вагітностями або хронічним ендометритом;

– обов'язкове УЗД: симптом «снігової бурі», лютеїнові кісти яєчників. Мета – визначення ступеня розповсюдження патологічного процесу в межах матки та за її межами (стадіювання патологічного процесу за FIGO);

– визначення ХГЛ (вищий в 50–100 разів). Діагностична чутливість ХГЛ при трофобластичній хворобі майже 100%. Найявність плато або збільшення ХГЛ у трьох послідовних дослідженнях протягом 14 днів (1, 7, 14-й день) або підвищення рівня ХГЛ через шість або більше місяців після видалення міхурцевого занеску свідчать про можливий розвиток злоякісної трофобластичної хвороби.

4. Морфологічне дослідження біоптатів з порожнини матки.

5. Рентгенологічне дослідження органів грудної клітини обов'язкове (стадіювання патологічного процесу за FIGO):

– магнітно-резонансна томографія головного мозку з контрастуванням;

– магнітно-резонансна томографія органів черевної порожнини та заочеревинного простору з контрастуванням (стадіювання по FIGO);

– позитронно-емісійна комп'ютерна томографія виконується рідко, при дисемінованих пухлинах, що зумовлено її обмеженою можливістю використання (стадіювання за FIGO).

Термін обстеження до початку лікування не повинен перевищувати 48 год, тому що відтермінування лікування значно погіршує прогноз захворювання.

#### 4. Методи лікування.

Хіміотерапію (цитостатики) застосовують на всіх стадіях розповсюдження захворювання.

Адекватна монохіміотерапія метотрексатом дає змогу досягнути повного одужання у абсолютній більшості пацієток без додаткових методів лікування. Хіміотерапевтичне лікування рекомендовано проводити до нормалізації показників ХГЛ з послідовними трьома профілактичними курсами.

#### Хірургічне лікування:

– обмежене вакуум-аспірацією (щоб запобігти перфорації матки);

– екстирпація матки при розповсюдженні процесу за межі матки.

Променеву терапію проводять за наявності метастазів у головний мозок.

5. Активне спостереження та диспансерне ведення пацієток з даною патологією.

Після евакуації міхурцевого занеску пацієнтки повинні підлягати щотижневому контролю ХГЛ до терміну нормальних його показників для невагітних протягом трьох тижнів поспіль, після чого рівень ХГЛ визначається щомісячно протягом шести місяців.

#### Моніторинг ХГЛ після закінчення лікування:

- двічі на місяць перші три місяці;
- з четвертого місяця раз на місяць до року;
- другий рік раз на два місяці;
- третій рік раз на три-чотири місяці.

Рекомендована обов'язкова контрацепція після закінчення лікування терміном не менше ніж 2–3 роки. Протипоказані ВМС у зв'язку з потенційним ризиком перфорації матки. Методом вибору є гормональна контрацепція та бар'єрні методи. Диспансерне спостереження (моніторинг) хворих із злоякісною трофобластичною хворобою рекомендовано протягом п'яти років після закінчення лікування.

#### ☰ Задача 7

1. *Cr. ovariorum* (рак яєчників).

Основні критерії встановлення діагнозу та стадіювання процесу:

– об'єктивна, бімануальна, інструментальна (УЗД, МРТ, КТ тощо) та оперативна (бажано, діагностична лапароскопія) візуалізація пухлини;

– морфологічна верифікація.

Стадіювання раку яєчників проводять за класифікацією FIGO (Міжнародна федерація акушерів-гінекологів) та TNM (T – tumor (пухлина), N – nodulus (лімфовузли), M – metastasis (віддалені метастази)).

Клінічні групи в онкології:

I – підозра на злоякісний процес.

II – встановлений злоякісний процес, який підлягає радикальному лікуванню.

III – встановлений злоякісний процес, стан ремісії після радикального лікування.

IV – за давніми формами злоякісного процесу (ст. IV), які підлягають радикальному лікуванню та отримують паліативну допомогу.

Таким чином, у даному випадку встановлюється клінічна група II.

2. Класифікація пухлин за гістологічним принципом:

– епітеліальні пухлини – пухлина розвивається у поверхневих тканинах яєчника (становить майже 90 % усіх випадків захворювань);

– пухлини строми статевого тяжа (стромальні пухлини) – гормонпродукуючі пухлини, розміщуються у більш глибоких шарах тканини яєчника (частота їх дорівнює 5–8 %);

– герміногенні пухлини – пухлини статевих клітин, найбільш рідкісна форма (їхня частота менше 5 %).

У свою чергу, вони поділяються на доброякісні, межові та злоякісні.

3. Визначення онкомаркерів у сироватці крові дає змогу:

– виявити рак яєчників на ранніх стадіях;

– провести диференційну діагностику доброякісних і злоякісних утворень яєчників на ранніх стадіях;

– підвищити відсоток виживання пацієток протягом п'яти років до 90 % завдяки ранньому виявленню раку яєчників.

Онкомаркер СА 125 (епітеліальний рак яєчників):

– підвищений більш ніж у 80 % усіх пацієток з раком яєчників;

– чутливість при I–II стадіях раку яєчників низька – він підвищений не більш ніж у 50 % пацієток;

– при I стадії становить від 7,1 до 19,7 %, при оцінці усіх стадій раку яєчників – від 23,2 до 59,4 %;

– крім того, не є строго специфічним маркером раку яєчників, тому що його рівень може підвищуватися при доброякісних гінекологічних захворюваннях, ендометріозі, злоякісних пухлинах іншої локалізації, у здорових жінок репродуктивного віку.

Онкомаркер HE 4:

– найбільш специфічний (95 %) та чутливий (73 %) маркер епітеліального раку яєчників;

– підвищена продукція виявлена при раку яєчників та ендометрію, рідко при розповсюдженій формі аденокарциноми легенів.

Поєднане визначення двох онкомаркерів (СА-125 та HE-4) значно підвищує їхню діагностичну значущість для такого:

– скринінгу епітеліального раку яєчників;

– диференційної діагностиці доброякісних і злоякісних утворень органів малого таза;

– контролю ефективності лікування;

– контролю рецидивів.

Індекс ROMA служить для виявлення епітеліального раку яєчників.

Жінки в пременопаузі:

– ROMA > 12,9 % – високий ризик;

– ROMA < 12,9 % – низький ризик.

Жінки в постменопаузі:

– ROMA > 24,7 % – високий ризик;

– ROMA < 24,7 % – низький ризик.

Раковий ембріональний антиген (PEA) та СА 19-9 застосовують для діагностики метастатичних пухлин шлунково-кишкового тракту.

Онкомаркер СА-27-29 – єдиний маркер абсолютно органоспецифічний для молочної залози. Застосовується для диференційної діагностики метастатичного ураження яєчників при злоякісних пухлинах молочної залози.

Онкомаркери неепітеліальних пухлин (стромальних та герміногенних):

– альфа-фетопротеїн (АФП);

– бета-хоріонічний гонадотропін людини (ХГЛ);

– інгібін В.

4. Лікування, враховуючи обсяг розповсюдження онкологічного процесу. Можна розглядати два варіанти.

I варіант:

– перший етап – хірургічне втручання в обсязі повної або оптимальної циторедукції;

– другий етап – ад'ювантна хімотерапія (до 6–8 курсів).

II варіант:

– при неможливості виконання повної або оптимальної циторедуктивної операції у зв'язку із значним розповсюдженням онкологічного процесу;

– перший етап – можливе проведення трьох курсів хімотерапії;

– другий етап – виконання циторедуктивної операції та післяопераційна хімотерапія (три-чотири курси).

Повна циторедуктивна операція – гістеректомія з придатками, оментектомія, видалення усіх макроскопічно видимих пухлинних імплантів.

Оптимальна циторедуктивна операція – гістеректомія з придатками, оментектомія, технічно можливе видалення усіх макроскопічно видимих пухлинних імплантів, з поодинокими залишковими імплантами, що не перевищують 10 мм в діаметрі.

5. Основні види хіміотерапії:

– неад'ювантна (НХТ) – перший етап лікування онкологічного процесу з метою зменшення об'єму злоякісної пухлини перед операцією або променевою терапією;

– ад'ювантна (АХТ) – другий етап після оперативного лікування з метою зниження макроскопічних або мікроскопічних пухлин яєчників і запобігання рецидивам захворювання або метастазування;

– паліативна хіміотерапія – застосовується при значному розповсюдженні злоякісного процесу (IV ст.) з метою продовження та поліпшення якості життя пацієнта.

Типи хіміотерапії в залежності від препаратів:

– цитостатична – препарати, що зупиняють поділ ракових клітин та запускають механізм апоптозу;

– таргетна – препарати, що впливають на злоякісні пухлини на молекулярному рівні (молекулярно-прицільна терапія), руйнують білки, які сприяють росту ракових клітин.

#### Тестові завдання

1 – Е. 2 – Е. 3 – Е. 4 – С. 5 – D.

## Тема 10. «Гострий» живіт у гінекології. Невідкладні стани в гінекології. Підготовка та післяопераційне ведення гінекологічних хворих при ургентних і планових оперативних втручаннях

### Задача 1

- Шийкова вагітність. Аномальна маткова кровотеча.
- Алгоритм ведення пацієнтки:
  - екстрена госпіталізація до гінекологічного стаціонару для дообстеження та лікування;
  - трансвагінальне УЗД органів малого таза;
  - визначення рівня  $\beta$ -ХГЛ.
- Диференційна діагностика:
  - рак шийки матки;
  - міоматозний вузол, що народжується;
  - аборт в ході.
- Лікування хворої оперативне – екстирпація матки без придатків.
- Класифікація позаматкової вагітності за локалізацією:
  - трубна;
  - яєчникова;
  - черевна;
  - шийкова;
  - внутрішньозв'язкова (у широкій зв'язці матки);
  - у рудиментарному розі матки.

### Задача 2

- Порушена лівобічна трубна вагітність за типом розриву маткової труби. Внутрішньочеревна кровотеча. Геморагічний шок II ст.

Клінічні ознаки, що підтверджують діагноз, такі:

– скарги і анамнез: біль виник раптово внизу живота з іррадіацією у стегно, пряму кишку, лопатку та ключицю, нудота, запаморочення, загальмованість, кров'янисті темні виділення зі статевих шляхів протягом тижня, затримка менструації протягом чотирьох тижнів. Медичний аборт, хронічний двобічний аднексит в анамнезі;

– дані об'єктивного обстеження, що свідчать про наявність ознак внутрішньочеревної кровотечі: загальний стан тяжкий; втрата свідомості під час огляду, блідість шкірних покривів і видимих слизових оболонок, холодний піт; часте та поверхневе дихання, холодні на дотик кінцівки, гіпотонія, тахікардія, підвищення шокового індексу Альговера, помірно роздутий та болісний при пальпації у нижніх відділах живіт, позитивні симптоми Щоткіна – Блюмберга та Куленкампа, притуплення перкуторного звуку;

– дані гінекологічного дослідження, що свідчать про позаматкову вагітність: ціаноз слизової оболонки піхви і шийки матки, темні незначні кров'янисті виділення з цервікального каналу, болісні екскурсії шийки матки, позитивні симптоми Промптова, «крику Дугласа», «плаваючої матки», пальпація різко болісного тугоеластичного утворення розміром  $5 \times 6 \times 5$  см у ділянці лівих придатків матки.

2. Алгоритм дії лікаря:

– госпіталізація до стаціонару;  
– лабораторні дослідження: загальний аналіз крові, загальний аналіз сечі, група крові та резус-фактор, коагулограма, біохімічне дослідження крові, електрокардіограма;

– УЗД органів малого таза;

– визначення рівня  $\beta$ -ХГЛ;

– у стаціонарах, де відсутня можливість лапароскопічної діагностики, проводять пункцію черевної порожнини через заднє склепіння (кульдоцентез). При отриманні кров'яного випоту – ургентна лапаротомія, тубектомія. Санація та дренажування черевної порожнини. У стаціонарах, де є можливість проведення лапароскопічної операції, використовують

лапароскопію як метод діагностики та лікування (лапароскопічна тубектомія);

– відновлення об'єму циркулюючої крові.

3. Симптом Куленкампа – наявність ознак подразнення очеревини за відсутності локального м'язового напруження у нижніх відділах живота.

4. У разі отримання під час кульдоцентезу темної в'язкої крові, що не згортається, діагноз порушеної позаматкової вагітності вважається встановленим. Якщо вилити отриману кров із черевної порожнини на марлю, то на марлі будуть дрібні темні згустки, а при дослідженні під мікроскопом такої крові відсутні «монетні стовпчики» і наявні зруйновані півмісяцеві або зірчасті еритроцити, це свідчить, що кров отримана з черевної порожнини.

5. Класифікація трубної вагітності за локалізацією:

– в ампулярному відділі;

– в істмічному відділі;

– в інтерстиціальному відділі.

Класифікація трубної вагітності за клінічним перебігом:

– прогресуюча трубна вагітність;

– порушена трубна вагітність: а) за типом розриву труби;  
б) за типом трубного аборт.

### ☰ Задача 3

1. Порушена лівобічна трубна вагітність за типом трубного аборт.

2. Додаткові методи дослідження для встановлення діагнозу:

– визначення рівня  $\beta$ -ХГЛ в сироватці крові;

– УЗД органів малого таза.

3. Диференційний діагноз:

– апоплексія яєчника (больова форма);

– функціональні кісти яєчників;

– маткова вагітність, мимовільний аборт;

– порушена трубна вагітність за типом розриву маткової труби.

4. Консервативне лікування прогресуючої трубної вагітності можливе із застосуванням метотрексату. Абсолютними умовами є: стабільна гемодинаміка хворої; підтверджена позаматкова локалізація плідного яйця при УЗД, відсутність сильного і постійного болю в животі; комплаєнтність пацієнтки і можливість амбулаторного спостереження; відсутність протипоказань до застосування метотрексату. Відносні умови: низький рівень ХГЛ (1500–5000 мМО/мл); розмір плідного яйця не більше 3,5 см за даними УЗД; відсутність кардіальної активності ембріона.

Основним методом лікування позаматкової вагітності залишається хірургічне втручання – лапароскопічна сальпінготомія (органозберігаюча операція, розріз маткової труби з екстракцією плідного яйця). Проведення сальпінготомії можливе тільки при невеликих розмірах плідного яйця і цілісності маткової труби на момент операції.

5. Основні причини виникнення позаматкової вагітності:

- порушення скоротливої функції маткових труб;
- запальні захворювання придатків матки;
- генітальний інфантилізм;
- ендокринні порушення;
- підвищена активність трофобласта;
- порушення нідації (імплантації) плідного яйця.

#### **Задача 4**

1. Апоплексія правого яєчника, змішана форма. Внутрішньочеревна кровотеча. Геморагічний шок I ст. Анемія I ст.

2. План подальшого обстеження хворої:

– загальноклінічні та біохімічні лабораторні дослідження (загальний аналіз крові, загальний аналіз сечі, група крові та резус-фактор, біохімічне дослідження крові, коагулограма), електрокардіограма;

- УЗД органів малого таза;
- експрес-тест з сечею на ХГЛ.

3. Тактика лікування залежить від загального стану хворої, об'єму внутрішньочеревної кровотечі, показників гемодинаміки.

Обсяг оперативного втручання у даної жінки – резекція лівого яєчника. Санація та дренування черевної порожнини.

4. З метою профілактики рецидиву апоплексії яєчника необхідно призначити комбіновані гормональні контрацептиви протягом чотирьох-шести місяців.

5. Класифікація апоплексії яєчника за клінічним перебігом:

- больова форма;
- геморагічна форма;
- змішана форма.

#### **Задача 5**

1. Перекрут ніжки пухлини лівого яєчника. Пельвіоперитоніт.

2. Алгоритм дії лікаря:

– загальноклінічні та біохімічні лабораторні дослідження (загальний аналіз крові, загальний аналіз сечі, група крові та резус-фактор, біохімічне дослідження крові, коагулограма), електрокардіограма;

– проведення УЗД органів малого таза;

– ургентне оперативне втручання.

3. Диференційний діагноз:

- тубооваріальні запальні захворювання;
- некроз субсерозного міоматозного вузла;
- ниркова колька;
- апендицит;
- гостра кишкова непрохідність.

4. Анатомічна ніжка пухлини яєчника складається зі зв'язок яєчника: власної зв'язки яєчника, мезоваріума і лійкотазової зв'язки. В анатомічній ніжці проходять кровonosні судини, що живлять пухлину (яєчникова артерія, анастомоз її з матковою артерією), лімфатичні судини і нерви. До складу хірургічної ніжки входять усі структури анатомічної ніжки, а також структури, які увійшли у перекрут (перерозтягнута маткова труба, сальник, петлі кишечника).

5. Обсяг хірургічного втручання при перекруті ніжки пухлини яєчника: у стаціонарах з відсутнім лапароскопічним

обладнанням проводять ургентно аднексектомію лапаротомним доступом. У стаціонарах з наявним лапароскопічним обладнанням допустимо проведення деторсії (розкручування) перекруту ніжки пухлини та відновлення топографії яєчника. Маніпуляцію проводять при наповненні малого таза і черевної порожнини теплим (40–42 °С) розчином натрію хлориду. Протягом 10–20 хв після розкручування оцінюють стан яєчника та маткової труби (зникнення ціанозу, нормалізація кольору мезоварія). У разі відновлення їхнього живлення доцільне виконання органозберігаючої операції. У протилежному випадку проводять аднексектомію. При потраплянні сальника до перекруту проводять його резекцію. У разі задіяння петлі кишечника оцінюють її життєздатність (перистальтика, колір): якщо вона відновилася – вдаються до вивільнення петлі з перекруту; при некрозі – резекція кишечника з подальшим виведенням колостоми.

#### ☰ Задача 6

1. Некроз міоматозного вузла. Перитоніт.
2. Алгоритм дій лікаря:
  - ургентна госпіталізація до гінекологічного стаціонару;
  - загальноклінічні та біохімічні лабораторні дослідження (загальний аналіз крові, загальний аналіз сечі, група крові та резус-фактор, біохімічне дослідження крові, коагулограма), електрокардіограма;
    - УЗД органів малого таза.
3. У загальному аналізі крові характерними ознаками запалення є: лейкоцитоз, зміщення лейкоцитарної формули вліво, підвищення рівня ШОЕ.
4. Враховуючи пременопаузальний вік хворої, залучення очеревини в патологічний процес (ознаки перитоніту), стан шийки матки, вибором методу лікування є оперативне в обсязі екстирпації матки без придатків. У післяопераційному періоді: антибактеріальна, дезінтоксикаційна, протизапальна терапія.
5. Саркома матки.

#### ☰ Задача 7

1. Ускладнення штучного аборт, перфорація стінки матки.
  2. Призначення препаратів, що скорочують матку, антибіотики та динамічне спостереження.
  3. Спостерігати необхідно за гемодинамічними показниками: шкірні покриви, пульс, АТ, загальний аналіз крові (гемоглобін, еритроцити, кольоровий показник), УЗД-контроль кожні 2 год щодо наявності вільної рідини в порожнині малого таза.
    - 4. Внутрішньочеревна кровотеча.
    - 5. Якщо гемодинамічні показники стану хворої погіршуються, визначаються симптоми подразнення очеревини та ознаки внутрішньочеревної кровотечі, показане екстрене оперативне втручання: лапароскопія або лапаротомія, можливий обсяг оперативного втручання:
      - ампутація матки без придатків;
      - ушивання перфоративного дефекту в стінці матки.
- Лікування постгеморагічної анемії: інфузійна терапія, трансфузійне введення препаратів крові за необхідності.

#### ☰ Задача 8

1. Міоматозний вузол, що народжується.
2. Термінове клініко-лабораторне обстеження: група крові, Rh-фактор, RW, ВІЛ, загальний аналіз крові, біохімія крові, коагулограма, ЕКГ, загальний аналіз сечі. Огляд анестезіолога.
3. На підставі:
  - скарг: на сильні кров'янисті виділення зі статевих шляхів і переймоподібні болі внизу живота;
  - анамнезу: останні два роки менструації по 15–16 днів, рясні, болісні;
  - гінекологічного дослідження: з каналу шийки матки звисає міоматозний вузол діаметром 3 см на тонкій ніжці; тіло матки збільшене до п'яти-шести тижнів вагітності, щільне, виділення кров'янисті, помірні;



– встановлений попередній діагноз – міоматозний вузол, що народжується.

4. Міоматозний вузол, що народжується, диференціюють з таким:

- аборт в ході;
- поліпом шийки матки;
- шийковою вагітністю;
- раком шийки матки.

5. Трансвагінальне викручування міоматозного вузла, вишкрібання слизової оболонки матки та гістероскопічний контроль порожнини матки з коагуляцією ніжки вузла.

### **Задача 9**

1. Посттравматичний розрив слизової оболонки вульви, гематома правої великої статевої губи.

2. Алгоритм дій лікаря ведення хворої:

- оцінити стан хворої (геморагічний, больовий шок?);
- ввести аналгетики;
- встановити сечовий катетер;
- почати інфузійну терапію, в залежності від об'єму крововтрати – трансфузійну терапію;

– підготовка до оперативного втручання.

3. Клініко-лабораторне обстеження (*cito!*):

- група крові, Rh-фактор;
- загальний аналіз крові;
- загальний аналіз сечі;
- коагулограма;
- біохімія крові;
- ЕКГ;
- флюорограма легенів (за можливості);
- огляд анестезіолога.

4. Показання до оперативного втручання: збільшення гематоми протягом часу з  $2 \times 3$  см до  $4 \times 5$  см (удвічі). Оперативне втручання в обсязі: розтин та спорожнення гематоми великої статевої губи, перев'язка судин, дренивання порожнини.

У післяопераційному періоді показано застосувати пузир з льодом на ділянку промежини, антибіотикопрофілактику та введення протиправцевої сироватки.

5. Класифікація травматичних ушкоджень.

Чужорідне тіло.

Свіжі поранення та ушкодження статевих органів:

– акушерські травми тіла, шийки матки, стінок піхви, промежини, малих статевих губ;

– свіжі ушкодження внаслідок статевого акту (травма гімена (дефлорація), розрив стінок піхви);

– свіжі ушкодження, не пов'язані зі статевим актом (пошкодження внаслідок тупої травми, ускладнення під час оперативного втручання);

– травми, нанесені колючими та ріжучими предметами;

– опіки (термічні, хімічні).

Задавнені ушкодження (розриви) статевих органів та рубцеві зміни:

– промежини та піхви;

– шийки матки;

– тіла матки.

Сечостатеві та кишково-статеві нориці.

### **Тестові завдання**

1 – А. 2 – А. 3 – С. 4 – В. 5 – А.

## Тема 11. Неплідність

### Задача 1

1. Враховуючи скарги хворої на неплідність у шлюбі протягом п'яти років, періодичний тягнучий біль внизу живота, не пов'язаний з менструальним циклом; дані анамнезу: перенесені гострі запальні захворювання придатків матки та урогенітальний хламідіоз, апендектомію з гнійно-септичним ускладненням; дані гінекологічного дослідження: придатки матки з обох сторін при пальпації чутливі, тяжисті, а також непрохідність маткових труб у дистальному відділі за результатами метросальпінгографії, можна встановити попередній діагноз: «Неплідність I. Трубно-перитонеальна форма».

2. Алгоритм обстеження:

- клініко-лабораторне обстеження подружжя;
- спермограма;
- імунологічні тести (Шуварського – Хунера, Курцрокка – Міллера, MAR-тест);
- бактеріоскопічне та бактеріологічне дослідження виділень зі статевих шляхів; цитологічне дослідження епітелію шийки матки та цервікального каналу; діагностика ІПСШ методом ПЛР;
- визначення в периферичній крові рівня гормонів: ФСГ, ЛГ, ТТГ, пролактину, естрадіолу, прогестерону;
- діагностична лапароскопія з хромогідротубацією.

3. При підтвердженні трубно-перитонеальної форми неплідності після проведених обстежень показана оперативна лапароскопія з проведенням реконструктивно-пластичної операції (адгезіолізис, сальпінгооваріолізис, сальпінгостомія, сальпінгонеостомія або тубектомія – залежно від клінічної ситуації). За наявності важкого ступеня розповсюженості спайкового процесу, відсутності відновлення прохідності маткових труб – консультація репродуктолога, а вибором методу лікування у такому випадку є застосування допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ).

4. Фактори, що впливають на розвиток трубно-перитонеальної форми неплідності:

- інфекційно-запальні захворювання жіночих статевих органів;
- оперативні втручання на органах малого таза та черевної порожнини, які призводять до розвитку спайкового процесу;
- зовнішній генітальний ендометріоз.

5. Оперативна лапароскопія для відновлення прохідності маткових труб, роз'єднання спайок в малому тазі. Якщо вагітність після операції не настає протягом 6–12 місяців або маткові труби відсутні або непрохідні – рекомендовано консультацію репродуктолога і вагітність за допомогою ДРТ.

### Задача 2

1. Неплідність II. Ендокринна форма. Гіперпролактинемія.

Ознаки, що підтверджують діагноз: скарги на порушення менструального циклу за типом опсоменореї протягом останніх трьох років; масталгія, галакторея, збільшення маси тіла; підвищення рівня пролактину в периферичній крові за результатами гормональних досліджень.

2. План обстеження:

- клініко-лабораторне обстеження подружжя;
- спермограма;
- імунологічні тести (Шуварського – Хунера, Курцрокка – Міллера, MAR-тест);
- бактеріоскопічне та бактеріологічне дослідження виділень зі статевих шляхів; цитологічне дослідження епітелію шийки матки та цервікального каналу;
- УЗД молочних залоз;
- консультація мамолога;
- консультація ендокринолога;
- МРТ гіпоталамо-гіпофізарної ділянки;
- консультація нейрохірурга (за результатами МРТ гіпоталамо-гіпофізарної ділянки);
- метросальпінгографія.

3. Метою лікування є нормалізація гормонального фону, відновлення регулярного овуляторного менструального циклу.

Якщо за результатами МРТ гіпоталамо-гіпофізарної ділянки не виявлено пухлину гіпофіза, то лікування слід розпочинати зі зміни способу життя (корекція ІМТ, дієта) та медикаментозної терапії, спрямованої на відновлення рівня пролактину. Для цього застосовують агоністи дофаміну (бромкриптин, парлодел, норпролак, каберголін, достинекс) у залежності від рівня пролактину під контролем показників пролактину, базальної температури, УЗД.

При нормалізації рівня пролактину – стимуляція овуляції кломіфен-цитратом. За відсутності ефекту – використання гонадотропінів (гонал-Ф, пурегон). Якщо протягом шести місяців не настає вагітність, показана консультація репродуктолога.

При виявленні пухлини у ділянці турецького сідла (мікро-, макроаденома гіпофіза) лікування узгоджується з нейрохірургом (можливо, першочерговим є оперативне лікування пухлини).

4. Тести функціональної діагностики: вимірювання базальної температури, феномен «зіниці», підрахунок каріопікнотичного індексу, симптом розтягування слизу, симптом «папороті».

5. Причиною неплідності при гіперпролактинемії є ановуляція.

### Задача 3

1. Неплідність I. Ендокринна форма. Гіперандрогенія. СПКЯ.

2. Ознаки, що підтверджують діагноз: скарги на неплідність у шлюбі протягом двох років, олігоменорея, надмірне оволосіння на обличчі та тілі, акне, збільшення маси тіла, перенесений психоемоційний стрес в анамнезі. При загальному огляді привертають увагу надмірне відкладення підшкірної клітковини у ділянці живота, на шкірі чола та підборіддя – акне, на обличчі (ділянка верхньої губи), по білій лінії живота,

на грудях (навколососкова ділянка) та стегнах – гірсутизм; оволосіння за чоловічим типом при гінекологічному огляді. Бімануальне обстеження: дещо збільшені придатки матки. Підвищений рівень андрогенів, а саме: ДГЕАС – 375,8 мкг/дл, вільний тестостерон – 9,96 пг/мл; ознаки полікістозних яєчників за даними УЗД органів малого таза.

3. Лікування розпочинають з корекції маси тіла та збалансованого харчування.

Гормональна терапія: монофазі КОК, що містять прогестини з антиандрогенним ефектом (ципротерону ацетат – Діане-35; дроспіренон – Ярина, Джаз; дієногест – Жанін) протягом 3–6 менструальних циклів. Можливе призначення антиандрогену Андрокур (ципротерон).

При нормалізації рівня андрогенів – стимуляція овуляції за допомогою кломіфен-цитрату (кlostилбегіт) до трьох циклів під контролем УЗД органів малого таза та рівня E2 у крові.

За відсутності ефекту від використання кломіфен-цитрату – стимуляція овуляції гонадотропінами (Гонал-Ф, Пурегон).

У разі відсутності ефекту від проведеної консервативної терапії показане оперативне лікування в обсязі: лапароскопія, дрелінг (резекція) яєчників.

При відсутності ефекту від операції протягом трьох-шести місяців – ДРТ.

4. Класифікація ендокринної форми неплідності:

I група – гіпоталамо-гіпофізарна недостатність.

II група – гіпоталамо-гіпофізарна дисфункція (яєчникова форма; надниркова форма).

III група – яєчникова недостатність, пов'язана з гіперфункцією аденогіпофіза (гіпергонадотропний гіпогонадізм).

IV група – порушення функції статевих органів.

V група – гіперпролактинемія.

5. Гірсутизм – це надмірний ріст волосся в андрогензалежних ділянках у жінок, або оволосіння за чоловічим типом. Характеризується появою волосся на обличчі, верхній частині спини, навколо сосків, по білій лінії живота, на крижах,

сідницях, внутрішній поверхні стегон, в міжсідничній складці та зовнішніх статевих органах. Гіртутизм трапляється лише у жінок. При гіпертрихозі спостерігається надмірне оволошіння в будь-яких ділянках тіла, включаючи і ті, де ріст волосся не залежить від андрогенів. Гіпертрихоз трапляється як у жінок, так і чоловіків.

#### **Задача 4**

1. На підставі скарг і анамнезу – больовий синдром, рясні та болісні менструації, темно-кров'янисті виділення зі статевих шляхів напередодні та після менструації, альгодисменорея, диспареунія, емоційна лабільність, неплідність; обтяжена за ендометріозом спадковість, наявність оперативного втручання на матці (кесарів розтин) в анамнезі; кулястої форми, збільшене, чутливе при пальпації тіло матки, горбкуватість крижово-маткових зв'язок, збільшений у розмірах та обмежений у рухливості правий яєчник за результатами бімануального дослідження; неоднорідність структури міометрія, передня стінка матки товща за задню на 10 мм, правий яєчник містить рідинну структуру  $63 \times 54 \times 55$  мм з гіперехогенним вмістом; за даними УЗД органів малого таза, був встановлений попередній діагноз: «Неплідність II. Зовнішній генітальний ендометріоз? Ендометріома правого яєчника? Аденоміоз».

2. Алгоритм обстеження:

- клініко-лабораторне обстеження подружжя;
- спермограма;
- імунологічні тести (Шуварського – Хунера, Курцрокка – Міллера, MAR-тест);
- бактеріоскопічне та бактеріологічне дослідження виділень зі статевих шляхів; цитологічне дослідження епітелію шийки матки та цервікального каналу;
- онкомаркери яєчника (CA-125, HE-4);
- діагностична гістроскопія;
- діагностична лапароскопія з хромогідротубацією.

3. Лікування комбіноване:

I етап – хірургічне втручання; передбачуваний обсяг операції: лапароскопія; цистектомія правого яєчника; ексцизія вогнищ ендометріозу; хромогідротубація; діагностична гістроскопія; біопсія ендометрію.

II етап – медикаментозна терапія (гормонотерапія) – препарати групи аГнРГ, гестагени у безперервному режимі протягом трьох-шести місяців. Якщо за шість місяців після лікування не настає вагітність – рекомендовано ДРТ.

4. Гормони, рівень яких необхідно визначати у першу фазу (3–5-й день) менструального циклу: ФСГ, ЛГ, ТТГ, пролактин, естрадіол.

Гормони, вміст яких визначають у другу фазу (18–23-й день) менструального циклу: прогестерон, андрогени (тестостерон вільний, ДГЕАС, 17-оксипрогестерон), ЛГ.

5. «Золотим» стандартом діагностики зовнішнього генітального ендометріозу є лапароскопія.

#### **Задача 5**

1. Неплідність I. Чоловічий фактор.

2. План обстеження чоловіка:

- бактеріологічне дослідження сперми; ПЛР-діагностика ППСШ;
- УЗД передміхурової залози й органів мошонки;
- гормональне дослідження (ФСГ, ЛГ, пролактин, тестостерон);
- консультація, подальше спостереження та лікування чоловіка в уролога-андролога;
- консультація репродуктолога.

План обстеження дружини:

- бактеріоскопічне і бактеріологічне дослідження виділень зі статевих шляхів; цитологічне дослідження епітелію шийки матки та цервікального каналу;
- визначення в периферичній крові рівня гормонів: ФСГ, ЛГ, ТТГ, пролактину, естрадіолу, прогестерону;
- УЗД органів малого таза;

- метросальпінгографія;
- консультація репродуктолога.

3. Лікування чоловіка проводиться урологом-андрологом за результатами обстеження. Проводиться інсемінація спермою чоловіка, інсемінація спермою донора або ICSI.

При відсутності ефекту – ЕКО з переносом ембріона з донорською спермою.

4. MAR-тест (Mixed Antiglobulin Reaction) – основний метод визначення імунного фактора безпліддя. Це підрахунок відсотка сперматозоїдів, пов'язаних з антиспермальними антитілами (АСАТ) у біологічних рідинах (плазмі крові, спермі, цервікальному слизі).

Антиспермальні антитіла – антитіла проти антигенів сперматозоїдів. Такі антитіла може виробляти і чоловічий організм проти власних сперматозоїдів, і організм жінки. Зв'язуючись з антигенами на головці сперматозоїдів, АСАТ блокують рецептори зв'язування сперматозоїда та яйцеклітини. Ці антитіла ускладнюють рух сперматозоїдів, зв'язуючись з антигенами на хвості сперматозоїда.

Прямий MAR-тест виявляє антитіла в спермі, визначаючи співвідношення (відсоток) нормальних активно-рухливих сперматозоїдів, але покритих антиспермальними антитілами, до загальної кількості сперматозоїдів з такими ж характеристиками. У стандартній спермограмі такі сперматозоїди вважають цілком нормальними. Втім, насправді, вони не беруть участі у заплідненні. Позитивний MAR-тест – умовний критерій імунологічного безпліддя у чоловіків.

Непрямий MAR-тест виявляє вироблення антитіл в організмі жінки до сперматозоїдів партнера. Такі антитіла можна виявити в плазмі крові та цервікальному слизі жінки.

5. Умови, яких необхідно дотримуватися перед здаванням спермограми:

- утримуватися від сім'явиверження не менше 48 год і не більше п'яти днів;
- у цей період утриматися від прийому алкоголю, включаючи пиво, куріння, не вживати гострі та жирні страви;

- по можливості не приймати лікарські препарати (гормональні, снодійні, заспокійливі);

- виключити тепловий вплив на ділянку статевих органів протягом доби: не відвідувати лазню або сауну, солярій, не приймати гарячі ванни.

## 📖 Задача 6

1. Неплідність I. Трубно-перитонеальна форма. Туберкульоз жіночих статевих органів?

2. План обстеження:

- клініко-лабораторне обстеження пари (обов'язково ВІЛ, RW);

- туберкулінова проба Манту, туберкулінова проба Коха;

- рентгенологічне дослідження грудної клітки;

- бактеріоскопічне та бактеріологічне дослідження виділень зі статевих шляхів; цитологічне дослідження епітелію шийки матки та цервікального каналу;

- гормональні дослідження (ФСГ, ЛГ, пролактин, ТТГ, естрадіол, тестостерон, прогестерон);

- УЗД органів малого таза;

- посів менструальної крові тричі на живильне середовище (з метою виявлення мікобактерій туберкульозу);

- біопсія ендометрію з подальшим патоморфологічним дослідженням та бактеріологічним посівом на живильне середовище;

- діагностична лапароскопія з хромогідротубацією;

- спермограма;

- імунологічні тести (Шуварського – Хунера, Курцрокка – Міллера, MAR-тест);

- обстеження чоловіка на туберкульоз.

3. Консультація суміжних спеціалістів:

- фтизіатра;

- репродуктолога.

4. При підтвердженні діагнозу туберкульозу статевих органів специфічна антибіотикотерапія (рифампіцин, ізоніазид,

фтивазид, етамбутол), протизапальна терапія (преднізолон, гідрокортизон), підтримувальна терапія (режим; повноцінне харчування; вітаміни; протианемічна та симптоматична терапія); у фазі затихання – фізіотерапевтичні процедури, санаторно-курортне лікування. Курс медикаментозної терапії генітального туберкульозу триває 6–24 місяці.

Методом лікування неплідності у даної пари є ДРТ після проходження лікування у фтизіатра.

5. У пацієток, що перенесли або хворіють на туберкульоз статевих органів, прогноз для життя – сприятливий, для менструальної (можлива вторинна аменорея) та репродуктивної функції – несприятливий.

### **Задача 7**

1. Неплідність II, маткового генезу (відсутність матки).
2. План обстеження подружньої пари:
  - клініко-лабораторне обстеження подружжя;
  - спермограма;
  - імунологічні тести (проба Ізоджима – визначення спермоімобілізуючих антитіл у сироватці крові жінки після годинної інкубації суміші комплементу, розведеного еякуляту і сироватки крові жінки; MAR-тест – підрахунок відсотка сперматозоїдів, пов'язаних з антиспермальними антитілами у біологічних рідинах (плазмі крові, спермі));
    - бактеріоскопічне та бактеріологічне дослідження виділень зі статевих шляхів; діагностика ППСШ методом ПЛР;
    - визначення в периферичній крові рівня гормонів: ФСГ, ЛГ, ТТГ, пролактину, естрадіолу, прогестерону;
    - УЗД органів малого таза (об'єм та структура яєчників; оцінка фолікулярного апарату яєчників).
3. Для даної подружньої пари рекомендується сурогатне материнство або усиновлення (щодо можливості мати дитину).
4. Умови для проведення сурогатного материнства.
  - наявність медичних показань;

– документи, які необхідні для проведення сурогатного материнства (документи, необхідні для проведення сурогатного материнства з боку сурогатної матері, та документи, необхідні для його проведення з боку подружжя, в інтересах якого здійснюється сурогатне материнство);

– подружня пара (або один з майбутніх батьків), в інтересах якої здійснюється сурогатне материнство, повинні (повинен) мати генетичний зв'язок з дитиною;

– у сурогатної матері не повинно бути безпосереднього генетичного зв'язку з дитиною. Дозволяється виношування вагітності близькими родичами майбутніх батьків (мати, сестра, двоюрідна сестра тощо).

Сурогатною матір'ю може бути повнолітня дієздатна жінка за умов наявності власної здорової дитини, її добровільної письмово оформленої заяви, а також за відсутності медичних протипоказань.

5. Показання до сурогатного материнства:
  - відсутність матки (вроджена або набута);
  - деформація порожнини або шийки матки при вроджених вадах розвитку або в результаті хірургічних втручань, доброякісних пухлин, за яких неможливе виношування вагітності;
  - структурно-морфологічні або анатомічні зміни ендометрію, що ведуть до втрати рецептивності, синехії порожнини матки, які не піддаються лікуванню;
  - тяжкі соматичні захворювання, за якими виношування вагітності загрожує подальшому здоров'ю або життю реципієнтки, але які не впливають на здоров'я майбутньої дитини;
  - невдалі повторні спроби ДРТ (чотири і більше разів) при неодноразовому отриманні ембріонів високої якості, перенесення яких не приводило до настання вагітності.

### **Тестові завдання**

1 – В. 2 – D. 3 – С. 4 – А. 5 – Е.

## Тема 12. Сучасні аспекти планування сім'ї. Методи контрацепції. Медичні критерії прийнятності використання методів контрацепції ВООЗ

### Задача 1

1. Конституційний тип формувався під впливом андрогенів/прогестерону. ІМТ = 21,7.

Норма ІМТ: 20–26 для жінок репродуктивного віку.

2. Універсальною пропозицією можна вважати рекомендацію монофазних КОК, які містять у кожній таблетці постійну дозу естрогену і прогестагену. Перевагами монофазних КОК є висока контрацептивна ефективність і лікувальні властивості при різноманітних гормонозалежних захворюваннях (гіперплазія ендометрію, ендометріоз, дисгормональні захворювання молочних залоз тощо).

3. Це надійний метод контрацепції, однак КОК не захищає від ІПСШ, а також ВІЛ.

4. Особливості контрацептивної дії КОК:

- пригнічення овуляції;
- згущення шийкового слизу, що перешкоджає проникненню сперматозоїдів у матку;
- зміни ендометрію, які перешкоджають імплантації заплідненої яйцеклітини;
- вплив на рухливість сперматозоїдів.

5. Протягом 6–12 місяців, поки не зміняться репродуктивні плани пацієнтки.

### Задача 2

1. Найбільш прийнятний метод контрацепції – це використання ЧПОК або за винятком (в окремих випадках) внутрішньоматкового контрацептиву (ВМК).

2. Переваги рекомендованого методу контрацепції:  
– зберігаються фізіологічні зміни протягом менструального циклу;

– на відміну від КОК, не впливають на склад материнського молока, не погіршують його смак.

3. Недоліки рекомендованого методу контрацепції:

- точний режим прийому;
- більш низька ефективність, порівняно з КОК;
- збільшення маси тіла.

4. Механізм дії:

– збільшення в'язкості цервікального слизу (ефект зберігається протягом 3–27 год після прийому таблетки);

– пригнічення овуляції (неповне: приблизно 40–70 %).

5. Переваги ЧПОК:

- висока ефективність;
- швидкий ефект;
- не викликають нудоти і головного болю;
- відсутність ризику розвитку тромбозу та інших порушень кровообігу;
- відсутність впливу на емоційний стан і лібідо.

### Задача 3

1. Рекомендовано використання КОК, у складі якого є прогестин – дезогестрел, який пригнічує проліферацію ендометрію.

2. Особливості механізму дії КОК:

– зміни ендометрію, які перешкоджають імплантації заплідненої яйцеклітини;

- пригнічення овуляції;
- згущення шийкового слизу;
- вплив на рухливість сперматозоїдів.

3. Можливе використання КОК у безперервному пролонгованому режимі за схемою 42–63–84–126 (днів) + 7 днів з метою відновлення рівня Нв крові та загального стану пацієнтки.

#### 4. Переваги КОК:

- додаткові лікувальні ефекти;
- нормалізація менструального циклу;
- профілактика ускладнень після абортів;
- максимальна ефективність;
- безпека.

5. Тривалість терміну використання гормональної контрацепції залежить від репродуктивних намірів жінки.

#### ☰ Задача 4

1. Лікар повинен поінформувати пацієнтку про можливість невідкладної контрацепції, в основі якої лежить принцип використання різних видів контрацепції (КОК, ЧПОК, ВМК тощо) у перші години після незахищеного статевих акту з метою запобігання настанню небажаної вагітності, а також вказати переваги та ускладнення кожного з них.

2. З метою невідкладної контрацепції можна використати таблетки прогестинного ряду, що містить левоноргестрел «Постинор» протягом перших 72 год після незахищеного статевих акту, «Ескапел» протягом 96 год, ВМК протягом перших п'яти днів.

3. Враховуючи термін після незахищеного статевих акту:

- $\leq 72$  год рекомендують гормональну контрацепцію відповідно до встановлених режимів, обговорюють можливі побічні ефекти та контрольний огляд, якщо через три тижні менструація не почалася; встановлення ВМК;
- $\geq 72$  год проводять оцінку на прийнятність ВМК; вводять ВМК, якщо цей метод прийнятний.

4. Контрацептивна ефективність невідкладної контрацепції сягає 96%, якщо з моменту «незахищеного» статевих акту минуло не більше 72 год.

5. Використання бар'єрних методів контрацепції (презервативів) та хімічних методів контрацепції (сперміцидів) можливе одразу після невідкладної контрацепції; КОК – першу таблетку приймають наступного дня після припинення

невідкладної контрацепції і протягом семи днів використовують бар'єрні методи контрацепції; ЧПОК приймають після менструальноподібної кровотечі.

#### ☰ Задача 5

1. Найбільш надійним і прийнятним методом контрацепції для цієї пацієнтки є добровільна хірургічна стерилізація (ДХС) у зв'язку з перенесеними оперативними втручаннями на матці, вірусним гепатитом В.

2. За бажанням ДХС застосовується у жінок репродуктивного віку з будь-якою кількістю пологів в анамнезі у тих випадках, коли вагітність є серйозною загрозою для здоров'я.

3. Процедура ДХС повинна розглядатися як необоротна. Ефективність методу є 100% і потребує добровільної письмової згоди пацієнтки на її проведення.

4. Абсолютні протипоказання:

- гострі запальні захворювання органів малого таза.

Відносні протипоказання:

- генералізована або вогнищева інфекція;
  - серцево-судинні захворювання (аритмія, артеріальна гіпертензія);
  - респіраторні захворювання;
  - пухлини (локалізовані в малому тазі);
  - цукровий діабет;
  - кровотечі;
  - виражена кахексія;
  - спайкова хвороба органів черевної порожнини і/або малого таза;
  - ожиріння;
  - пупкова грижа (для лапароскопії та термінових післяпологових втручань).
5. Механізм дії ДХС полягає у блокуванні прохідності маткових труб шляхом їхнього перев'язування та пересічення або з використанням скоб, кілець, імплантів, електрокоагуляції, при якому запліднення яйцеклітини стає неможливим.



## ☰ Задача 6

1. Метод лактаційної аменореї (МЛА) може бути рекомендований, оскільки грудне вигодовування є основним методом годування дитини, минуло менше 6 місяців після пологів і менструальна функція не відновлена.

2. Критерії використання МЛА:

- минуло не більше шести місяців після пологів;
- у жінки аменорея (відсутність менструації після пологів);
- жінка годує виключно груддю, а саме годує дитину за вимогою;

- щонайменше 8–10 разів на добу (включаючи нічне годування) і дитині не дають іншої їжі, крім материнського молока; інтервал між годуванням повинен становити не більше 4 год вдень і 6 год вночі;

- МЛА забезпечує захист від вагітності більш ніж на 98 % протягом перших шести місяців після пологів при дотриманні вищезгаданих умов. Правила застосування лактаційної аменореї як методу контрацепції передбачають, що жінкам, які не виконують хоч б одну з цих умов або які більше не хочуть покладатись на метод лактаційної аменореї, необхідно негайно розпочати застосування іншого методу планування сім'ї, якщо вони не хочуть завагітніти. Під час переходу до іншого контрацептивного методу, жінка має продовжувати годування грудьми. Поява першої менструації потребує додаткового захисту від вагітності. Наступна менструація може настати в період 21–70 днів.

3. Механізм дії МЛА – пригнічення процесу овуляції:

- після пологів у крові жінки накопичується велика кількість гормону пролактину, який стимулює утворення грудного молока та впливає на гормони, які регулюють фертильність жінки;

- під час годування груддю у соску жінки зростає чутливість нервових закінчень, і кожний акт смоктання грудей стимулює виділення пролактину;

- через 3–4 год після годування рівень пролактину в крові знижується, тому для запобігання овуляції та підтримки

високого рівня пролактину, рекомендується дотримуватися цього інтервалу;

- частота і тривалість грудного годування визначають довготривалість періоду ановуляції внаслідок зменшення пульсуючого виділення ГнРГ, що призводить до пригнічення секреції ЛГ, необхідного для нормальної активності яєчника. Від частоти й тривалості годування грудьми залежить вироблення пролактину.

Фактори, які сприяють відновленню фертильності, включають:

- зменшення частоти грудного вигодовування;
- припинення нічного вигодовування або інтервал між вигодовуванням більше 6 год;

- введення добавок, які включають рідину, соки або незначну кількість рідкої їжі;

- стурбованість, стрес, хвороба матері або дитини.

4. Методи контрацепції у післяпологовому періоді.

Початок післяпологової контрацепції:

- постплацентарно – протягом 10 хв після народження посліду – введення ВМК;

- одразу після пологів – протягом перших 48 год (добровільна хірургічна стерилізація або введення ВМК);

- після пологів, але до того часу, як жінка виписеться з медичної установи;

- у післяпологовий період – протягом перших шести тижнів після пологів;

- більше ніж через шість тижнів після пологів.

Під час пологів або кесаревого розтину та у перші 48 год:

- МЛА рекомендується розпочати одразу після народження дитини протягом 2 год після пологів;

- ВМК (постплацентарне введення або у перші 48 год після пологів);

- ДХС (під час кесаревого розтину або у перші 48 год після пологів).

До шести тижнів після пологів:

- МЛА;

- ВМК (після чотирьох тижнів);

- ДХС (після шести тижнів);
- бар'єрні методи (презерватив).

Від шести тижнів до шести місяців після пологів:

- МЛА;
- ВМК;
- ДХС;
- бар'єрні методи (презерватив, сперміциди, діафрагми);
- контрацептиви прогестинового ряду (таблетки, ін'єкційні, імплантати);
- ВМС з левоноргестрелом;
- природні методи (при відновленні менструального циклу).

Після шести місяців:

- усі методи контрацепції, за виключенням МЛА.

5. Згідно з критеріями ВООЗ, у період від шести тижнів до шести місяців після пологів ризик використання КОК перевищує користь (категорія 3), тому КОК не рекомендуються. Після шести місяців переваги використання КОК перевищують загальний ризик (категорія 2).

### Задача 7

1. Бар'єрні методи (презерватив), сперміциди, гормональна контрацепція: прогестагенові контрацептиви (ВМС з левоноргестрелом), ДХС. Враховуючи скарги на рясні менструації, ІМТ 29, паління, наявність гіпертонічної хвороби, лейоміоми матки, найбільш доцільно рекомендувати ВМС з левоноргестрелом.

2. Механізм дії:

- вплив на ендометрій, що зменшує імовірність імплантації;
- згущення цервікального слизу, що перешкоджає проникненню сперматозоїдів;
- зменшення рухливості сперматозоїдів;
- мінімальний вплив на функцію яєчників (у більшості жінок після періоду адаптації зберігається овуляція).

3. Переваги:

– контрацептивні: висока та негайна ефективність контрацепції за умови правильного застосування (0,2 вагітності на 100 жінок протягом першого року); використання методу не залежить від користувача; метод не пов'язаний зі статевим актом безпосередньо; незначні побічні ефекти, добра переносимість; метод зручний у використанні (система вводиться один раз на п'ять років); можливість застосування за наявності протипоказань до естрогенного компонента; мінімальний системний вплив дає змогу використовувати систему з ЛНГ під час годування грудьми та інших станів, за яких системний вплив гормонів є небажаним; негайне відновлення циклічної функції яєчників після видалення системи, швидке відновлення; відсутність впливу на кров'яний тиск;

– неконтрацептивні: суттєво зменшує тривалість й об'єм менструації; має виражений локальний вплив на ендометрій і застосовується для контрацепції у жінок з певною патологією ендометрію (наприклад, під час аденоміозу, гіперплазії ендометрію тощо); позитивно впливає під час альгодисменореї; сприяє поліпшенню стану у жінок з анемією (підвищується рівень гемоглобіну та феритину); зменшується ризик ектопічної вагітності.

Недоліки: можливі кров'янисті мажучі виділення або кровотеча, набряки, зміна настрою, акне (як правило минають після періоду адаптації); необхідна підготовка пацієнтки перед введенням системи з ЛНГ (наприклад, лікування запального процесу), що потребує додаткового часу; потрібна певна кваліфікація лікаря для введення системи, що дає змогу уникнути небажаних ефектів (наприклад, експульсії); не рекомендується за невеликих розмірів матки, під час деформації порожнини матки, не є методом першого вибору для молодих жінок, які ще не народжували; не захищає від ІПСШ, ВІЛ.

4. Ні, не можна.

5. Не можна використовувати КОК:

- вагітним (встановлена або підозрювана вагітність);
- матерям, які годують грудьми (до шести місяців після пологів);

- при вагінальній кровотечі, причина якої нез'ясована (до встановлення причини);
- у разі тяжких захворювань печінки або жовтяниці, захворювань жовчного міхура;
- жінкам з порушеннями кровообігу на даний час або в анамнезі, особливо пов'язаними з тромбозом (тромбоз глибоких вен, легенева тромбоемболія, ішемічна хвороба серця, інсульт тощо);
- якщо систолічний тиск понад 140 мм рт. ст. та діастолічний – понад 90 мм рт. ст.;
- при системному червоному вовчаку за наявності антифосфоліпідних антитіл або неможливості їх визначити;
- при порушенні згортання крові, ускладненнях перебігу цукрового діабету в анамнезі;
- жінкам, які мають рак молочної залози у даний час або в минулому;
- при мігренях і вогнищевих неврологічних симптомах;
- якщо жінка не може пам'ятати про щоденне використання таблеток;
- курцям після 35 років.



### Тестові завдання

1 – D. 2 – D. 3 – B. 4 – E. 5 – C.

*Навчальне видання*

**ВОЛЯНСЬКА** Алла Георгіївна  
**ЛАВРИНЕНКО** Ганна Леонідівна  
**БИКОВА** Наталя Андріївна та ін.

# **ЗБІРНИК СИТУАЦІЙНИХ ЗАДАЧ ТА ТЕСТОВИХ ЗАВДАНЬ З ГІНЕКОЛОГІЇ**

Навчальний посібник

*За редакцією професора І. З. Гладчука*

Дизайн обкладинки В. Савельєва  
Технічний редактор О. Гришок  
Верстка Ю. Семенченко



Підписано до друку \_\_\_\_\_ р.  
Формат 60×84/16. Папір офсетний.  
Цифровий друк. Petersburg.  
Ум. друк. арк. 18,02. Наклад 300.  
Замовлення № 0524-71.

Видавництво та друк: Олді+  
65101, м. Одеса, вул. Інглезі, 6/1,  
тел.: +38 (095) 559-45-45, e-mail: office@oldiplus.ua  
Свідоцтво ДК № 7642 від 29.07.2022 р.

Замовлення книг:  
тел.: +38 (050) 915-34-54, +38 (068) 517-50-33  
e-mail: book@oldiplus.ua

**ОЛДІ  
ПЛЮС**