



Зміст

Анатомія жіночих статевих органів.....	5
Методи обстеження в гінекології.....	9
Нормальний менструальний цикл.....	22
Порушення функції репродуктивної системи.....	25
Аменорея.....	27
Аномальні маткові кровотечі.....	41
Нейроендокринні синдроми.....	47
Передменструальний синдром.....	47
Клімактеричний синдром.....	51
Синдром полікістозних яєчників (СПКЯ).....	55
Синдром Шихана.....	60
Посткастраційний синдром.....	62
Синдром гіперпролактинемії.....	63
Синдром Ашермана.....	66
Кісти яєчників.....	69
Доброякісні пухлини яєчників.....	71
Ендометріоз.....	78
Міома матки.....	85
Фонові та передракові захворювання вульви.....	91
Гострокінцеві кондиломи.....	91
Склеротичний ліхен.....	92
Фонові та передракові захворювання шийки матки.....	95
Істинна ерозія шийки матки.....	95
Ектопія шийки матки.....	96
Ектропіон.....	97
Поліп шийки матки.....	98
Лейкоплакія шийки матки.....	99
Інтраепітеліальне ураження шийки матки (дисплазія).....	100
Фонові та передракові захворювання ендометрію.....	104
Гіперплазія ендометрію.....	104
Поліпи ендометрію.....	106
Атипова гіперплазія ендометрію.....	107
Злоякісні новоутворення.....	108
Рак вульви.....	108
Рак шийки матки.....	112
Рак ендометрію.....	120
Рак яєчників.....	124
Трофобластичні захворювання.....	128
Запальні неспецифічні захворювання.....	133
Бартолініт.....	133



Бактеріальний вагіноз.....	135
Неспецифічний вульвовагініт.....	137
Вульвовагінальний кандидоз.....	139
Цервіцит.....	141
Ендометриит.....	143
Гострий сальпіngoофорит.....	146
Параметрит.....	149
Інфекції, що передаються статевим шляхом.....	152
Трихомоніаз.....	152
Хламідійна інфекція.....	154
Гонококова інфекція.....	158
Генітальний мікоплазмоз.....	161
Генітальний герпес.....	163
Скринінг на ППШ після сумнівних статевих контактів....	166
Гострий живіт.....	167
Апоплексія яєчника.....	167
Фіброматозний вузол, що народжується.....	170
Перекрут ніжки.....	172
Некроз фіброматозного вузла.....	173
Позаматкова вагітність.....	175
Пельвіоперитоніт.....	181
Неплідний шлюб.....	183
Допоміжні репродуктивні технології.....	189
Контрацепція.....	193
Додатки.....	210
Джерела.....	212



штрихоподібними рухами тонко нанести на предметне скельце → мазок із цервікального каналу (щіточка Браша) → вийняти дзеркало із піхви.

Результат: оцінити характер мікрофлори, кількість лейкоцитів, епітеліальних клітин та pH середовище піхви.

Ступені чистоти піхви

I ступінь: переважання паличок Додерлейна і клітини плоского епітелію, стороння мікрофлора відсутня, поодинокі лейкоцити, реакція секрету різко кисла, зовнішній вигляд виділень молочно-білий (характерно для дівчат і жінок, які не живуть статевим життям).

II ступінь: паличок Додерлейна менше, але вони переважають, наявні лейкоцити до 5 в полі зору, грам(+) диплококи, аеробні та анаеробні коки, реакція слабокисла, колір молочний або жовтуватий, є домішки слизу (характерна для здорових жінок, які живуть статевим життям).

III ступінь: паличок Додерлейна менше, ніж інших бактерій, багато аеробних і анаеробних коків, лейкоцити - до 15-20 в полі зору, реакція лужна, виділення слизово-гнійні (характерно для запального процесу).

IV ступінь: відсутні палички Додерлейна, багато лейкоцитів, епітеліальних клітин та мікроорганізмів (стрепто-і стафілококи, кишкова паличка, трихомонади, хламідії та ін), реакція лужна, гнійні виділення.

Бактеріологічне дослідження

Матеріал: виділення цервікального каналу, піхви, уретри, пунктат.

Мета: визначення збудника та його чутливості до антибіотиків.

Серологічне дослідження

Матеріал: кров.

Мета: виявлення антитіл до збудників, наростання титру антитіл.

Серологічні реакції: РА, РН, РНГА, РПГА, РЗК, МРП, ІФА, РІФ.

Молекулярно-генетичне дослідження

Мета: визначення збудника.

Види: якісний та кількісний ПЛР.

Збудники: ВПЛ, вірус простого герпесу, Tr. vaginalis, Chlamydia trach., Muc. hominis, Muc. genitalium, Neiss. gonorrhoeae.

Цитологічне дослідження

Матеріал: епітелій з цервікальної та піхвової частини шийки матки.

Мета: онкопрофогляд для раннього виявлення передракових станів та раку.

Правила забору матеріалу:

- виокремлення шийки матки в дзеркала;
- забір матеріалу з поверхні зміненої зони, перехідної зони та з ендцервікальних крипт;
- використовувати цитощітки та ендцервікальні щітки;



АМЕНОРЕЯ

Аменорея – це відсутність менструації протягом 6 та більше місяців у жінок репродуктивного віку.

Первинна аменорея - це відсутність менархе до 14 років при відсутності росту та розвитку вторинних статевих ознак АБО до 16 років незалежно від розвитку вторинних статевих ознак АБО через 4 роки після телархе (початку розвитку молочних залоз).

Вторинна аменорея – це відсутність менструації після попередньої менструації > 90 днів (3-х місяців).

Класифікація аменореї по ВООЗ

I категорія: недостатність секреції естрогенів при нормальному або зниженому рівні ФСГ, нормальному рівні пролактину, відсутності ураження гіпоталамо-гіпофізарної системи.

II категорія: немає очевидного ↓ секреції естрогенів, нормальний рівень ФСГ та пролактину.

III категорія: ↑ рівня ФСГ, яке вказує на недостатність яєчників.

Причини первинної аменореї

- обструкції вихідних відділів репродуктивної системи: неперфорована дівоча перетинка, поперечна перетинка піхви, агенезія піхви (мюллерова агенезія), тестикулярна фемінізація;
- розлади органів-мішеней: недостатність яєчників (гіпергонадотропний гіпогонадизм), дисгенезія гонад;
- порушення центральної регуляції: гіпоталамічні та гіпофізарні розлади.

Причини вторинної аменореї

- гіпоталамічна недостатність: порушення харчової поведінки (булімія, анорексія), надмірне фізичне навантаження, емоційний/фізичний стрес;
- гіпофізарна недостатність: гіперпролактинемія, синдром порожнього турецького сідла, синдром Шихана (післяпологовий некроз гіпофіза), енцефаліт;
- ендокринні захворювання: синдром Кушинга, гіпотиреоз, цукровий діабет, андроген-продукуюча пухлина яєчника або наднирників;
- недостатність яєчників: синдром полікістозу яєчників (СПКЯ), аутоімунна або ідіопатична передчасна недостатність яєчників;
- синдром Ашермана;
- екзогенний вплив: наркотики (кокаїн, опіати), радіація, хіміотерапія, медикаментозна (постконтрацепційна).

НЕПЕРФОРОВАНА ДІВОЧА ПЛІВА

Неперфорована дівоча пліва – це шар сполучної тканини, що утворює поперечну перетинку, яка порушує дренажну функцію піхви.

Частота захворювання 1 на 2000 жінок.



► **селективний модулятор рецепторів естрогену:**

Оспеміфен 60 мг п/о 1 р/д

Для лікування диспареунії у жінок в постменопаузі.

► **вагінальні зволожувачі:**

Полікарбофільний гель

Для ліквідації симптомів атрофічного вагініту.

СИНДРОМ ПОЛІКІСТОЗНИХ ЯЄЧНИКІВ

(Штейна-Левенталя, СПКЯ)

Синдром полікістозних яєчників – це мультифакторіальне гетерогенне захворювання з морфо-функціональними змінами в яєчниках та характеризується підвищенням рівня андрогенів та хронічною ановуляцією.

Фактори ризику: ожиріння і/або інсулінорезистентність, раннє статеве дозрівання, ЦД, СПКЯ в сімейному анамнезі, антиконвульсанти (напр, вальпроати), вроджена дисфункція кори наднирників.

Патоморфологічні зміни

- двостороннє збільшення яєчників (в 2-6 разів);
- поверхня яєчників гладка з вираженою судинною сіткою;
- гіперплазія стромы, потовщення капсули яєчника;
- гіперактивність тека-клітин;
- безліч кістозно-атрезуючих фолікулів діаметром 5-8 мм, розташованих під капсулою у вигляді «намиста».

Класифікація синдрому полікістозних яєчників

За етіологією:

- первинний (істинний) ПКЯ: виникає в період статевого дозрівання на фоні нормальної маси тіла;
- вторинний ПКЯ (синдром Штейна-Левенталя): виникає у зрілому віці на фоні метаболічного синдрому.

За формою:

- яєчникова (типова) форма;
- яєчничково-наднирничкова (змішана) форма;
- центральна (діенцефальна) форма.

Клінічна картина

- порушення менструального циклу: аменорея (відсутність менструації ≥ 3 міс поспіль), олігоменорея (< 8 менструацій за рік), епізодичні рясні менструальні кровотечі;
- гіперандрогенія: гірсутизм (оволосіння за чоловічим типом, зазвичай починається з 20 років), акне (acne vulgaris), алопеція, себорея;
- ожиріння;
- обструктивне апное: гучне хропіння, часті пробудження вночі, головний біль зранку, втомлюваність, денна сонливість, погіршення пам'яті;
- первинне або вторинне безпліддя;



- оперативне втручання при розриві, перекруті кісти, що супроводжується кровотечею.

КІСТА ЖОВТОГО ТІЛА

Кіста жовтого тіла – це ретенційне утворення діаметром до 8 см, наповнене рідиною жовтого кольору, інколи з домішками крові. Частота виникнення серед пухлин яєчників – 2-5%.

Причини

- запальні процеси в яєчнику;
- вагітність;
- тривала лютеїнова фаза.

Морфологія: стінка товста, внутрішня поверхня складчаста, вміст прозорий; мікроскопічно наявні лютеїнові клітини та тека-лютеїнові клітини.

Клінічна картина

- виникає у віці 16-45 років, в II фазу менструального циклу;
- часто безсимптомний перебіг;
- можливий біль внизу живота або локальний тазовий біль;
- порушення МЦ (аменорея або затримка менструації);
- *бімануальне дослідження*: біля матки округле утворення еластичної консистенції, рухоме, розміром до 10 см;
- клінічна картина «гострого живота» при ускладненні кісти (крововилив (зазвичай в стадії розвитку жовтого тіла), перекручування, розрив кісти).

Діагностика

УЗД ОМТ: утворення розміром до 10 см, має неоднорідну ехоструктуру.

Лікування

- обмежити фізичні навантаження;
- самостійна регресія кісти протягом 1-2 міс (мах 3-6 міс);
- НПЗЗ при необхідності;
- оперативне втручання при розриві, перекруті кісти, що супроводжується кровотечею.

Покази до хірургічного видалення кіст яєчників:

- кісти діаметром >5-10 см;
- постійний больовий синдром при наявній кісті;
- підозра на злоякісність
- ендометріодна кіста та безпліддя.



ФОНОВІ ТА ПЕРЕДРАКОВІ ЗАХВОРЮВАННЯ ШИЙКИ МАТКИ

Фонові захворювання шийки матки:

- істинна ерозія шийки матки;
- ектопія шийки матки;
- ектропіон шийки матки;
- поліпи, папіломи шийки матки;
- лейкоплакія шийки матки;
- ендометріоз шийки матки;
- посттравматичні стани (рубці, фістули);
- цервіцити.

Передракові захворювання шийки матки:

- інтраепітеліальне ураження шийки матки (дисплазія шийки матки);
- лейкоплакія з атипією клітин;
- аденоматоз.

Фактори ризику розвитку передракових станів шийки матки

- онкогенні типи ВПЛ (16, 18 та інші);
- активне і пасивне куріння;
- ППСШ, раннє статеве життя (до 16 років);
- генетична схильність;
- прийом гормональних контрацептивів > 5 років;
- перименопаузальний період;
- імунodefіцити.

ІСТИННА ЕРОЗІЯ ШИЙКИ МАТКИ

Істинна ерозія шийки матки – це травматичне або інфекційне захворювання, що проявляється дефектом плоского багатошарового епітелію, який вистилає маткову частину шийки матки. Зустрічається дуже рідко.

Термін «ерозія шийки матки» застарілий, не використовується в гінекології більше 50 років. Існує тільки термін «істинна ерозія шийки матки».

В нормі поверхня піхвової частини **шийки матки** вкрита багатошаровим плоским епітелієм, а цервікальний канал - однорядним циліндричним епітелієм. Місце переходу плоских клітин на поверхні ШМ в циліндричні клітини – *зона трансформації* – *метаплазований епітелій* (клітини, що активно діляться).

Зона трансформації тільки у 25% знаходиться на рівні зовнішнього зіву шийки матки.

Причини:

- механічні травми при дуже інтенсивному статевому акті, інструментами при огляді, секс-іграшками;
- хімічні опіки при спринцюванні.

Види ерозій: запальні; травматичні; трофічні.



- виділення водянисті, слизово-гнійні, з домішками крові, з неприємним запахом (може бути присутній запах гнилого м'яса);
- біль внизу живота, в ділянці спини;
- ознаки ураження сечового міхура та прямої кишки (порушення акту дефекації, сечовипускання, гематурія, кров в калі, формування піхво-кишкових, піхво-міхурових фістул;
- втрата ваги.

Діагностика

Для скринінгу РШМ доступні 3 варіанти:

- ПАП-тест – кожні 3 роки для скринінгу на неоплазію шийки матки;
- ПАП/HPV-котест – кожні 5 років у жінок старше 30 років, що пройшли звичайний скринінг (забір цитологічного мазку та тестування на генотипи високого онкогенного ризику ВПЛ);
- тест на HPV з високим ризиком – ПЛР для виявлення 16, 18 та 12 інших генотипів HPV.

Останні два виявляють генотипи HPV високого ризику.

РАР-тест / рідинна цитологія (див. тему «Інтраепітеліальне ураження шийки матки»)

Скринінг РШМ - рекомендації МОЗ України:

Жінки від 21-29 років – РАР-тест 1 раз/3 роки.

Жінки від 30-65 років – РАР-тест + тест на VPH 1 раз/5 років.

Рекомендації American Cancer Society (ACS), 2020

21-24 роки	Скринінгу не потребують
25-29 років	РАР-тест кожні 5 років (бажано) РАР/HPV-котест кожні 5 років (прийнятно) РАР-тест кожні 3 роки (прийнятно)
30-65 років	РАР-тест кожні 5 років (бажано) РАР/HPV-котест кожні 5 років (прийнятно) РАР-тест кожні 3 роки (прийнятно)
65 років і старше	Скринінгу не потребують, якщо попередні тести були нормальні.

*Зміна тактики скринінгу в США пов'язана із чудовими результатами вакцинації HPV-вакциною.

VRH-тестування: проводиться при атиповому РАР-тесті (ASCUS - атипові плоскі клітини неясного генезу).

ВПЛ-(+) пацієнти з ASCUS → направлення на кольпоскопію.

ЗАК: можлива анемія.

БАК: можливе ↑ креатиніну, сечовини, ↑ АЛТ, АСТ, ЛФ.

Коагулограма

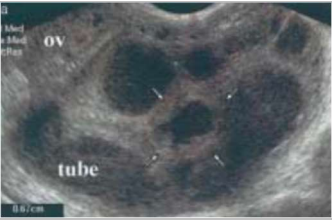
Огляд в дзеркалах: визначення форми ураження шийки матки:

- ендофітна: ШМ щільна, гіпертрофована, темно-багряного кольору, вогнища некрозу;



КТ ОМТ: запальні зміни в маткових трубах та яєчниках, накопичення рідини в маткових трубах, запальні зміни оточуючих тканин.

МРТ ОМТ: потовщені та наповнені рідиною маткові труби, тубооваріальний абсцес, піосальпінкс.

	
гострий сальпінгіт: ехогенна маса невеликих розмірів біля яєчника, накопичення рідини відсутнє	піосальпінкс: маткова труба подовжена та звивиста з тонкими стінками, заповнена ехонегативним гомогенним вмістом, чіткі контури середньої ехогенності, с-м «зубчастого колеса» - потовщена труба з набряками стінки
	
тубооваріальний абсцес: порушення анатомічної структури з утворенням неоднорідної маси неправильної форми, багатокамерне утворення з нечіткими контурами та неоднорідною ехоструктурою	гідросальпінкс: маткова труба подовжена, звивиста, заповнена анехогенним вмістом, при поперечному перерізі виступи в просвіті СО – «намистинки на струні»

Лікування

- холод на нижні відділи живота;
- спокій та ліжковий режим;
- антибактеріальна терапія:

I-а лінія:

Цефтріаксон 250 мг в/в одноразово + Доксициклін 100 мг п/о 2 р/д протягом 14 днів

Цефокситин 2 г п/о + Пробенецид 1 г п/о одноразово + Доксициклін 100 мг п/о 2 р/д протягом 14 днів

Цефотаксим 500 мг в/м одноразово + Доксициклін 100 мг п/о 2 р/д протягом 14 днів

+Метронідазол по 500 мг п/о 2 р/д протягом 14 днів

II-га лінія:

Левовфлоксацин по 500 мг п/о 1 р/д протягом 14 днів



ТРУБНА ВАГІТНІСТЬ

Клінічна картина

Трубна вагітність, що розвивається:

- затримка менструації від декількох днів до декількох тижнів;
- нагрубання грудних залоз;
- суб'єктивні відчуття, які виникають у вагітної;
- біль в одній із пахвинних ділянок, який наростає із прогресуванням терміну вагітності;
- болючість при пальпації живота різного ступеня вираженості;
- **бімануальне дослідження:** матка грушеподібної форми, м'яка, дещо збільшена, розміри не відповідають гестаційному терміну; в ділянці придатків матки - об'ємне утворення м'якої або еластичної консистенції, болюче, малорухоме, у динаміці збільшується.
- **огляд в дзеркалах:** слабо виражений ціаноз СО піхви і шийки матки.

Трубна вагітність із розривом труби:

- на фоні повного благополуччя поява різкого болю внизу живота, що іррадіює в анус, плече, лопатку та міжлопатковий простір (френікус-симптом), підребер'я;
- виражена загальна слабкість, запаморочення, нудота, блювання;
- шум у вухах, мерехтіння «мушок» перед очима;
- ↓ АТ, пульс частий, слабого наповнення;
- блідість шкіри і СО, ціаноз обличчя, холодний піт;
- пальпаторно живіт болючий, позитивний с-м Щоткіна-Блюмберга;
- **бімануальне дослідження:** значні кров'яністі виділення, матка дещо збільшена, болюча, підвищеної рухомості – «плаває» (позитивний с-м Соловйова); у ділянці придатків - пастозність або пухлиноподібне утворення; сплюснення або нависання склепіння, “крик Дугласа”.
- **огляд в дзеркалах:** ціаноз або блідість СО піхви та шийки матки, кров'яністі виділення з цервікального каналу, нависання склепіння піхви.

Трубний аборт:

- в анамнезі затримка менструації, часто виникає на 4-6 тижні;
- переймоподібний біль внизу живота, що виникає раптово;
- можлива іррадіація в анус, поперекову ділянку, нижні кінцівки;
- загальна слабкість, запаморочення, підвищена пітливість, нудота;
- кров'яні виділення зі статевих шляхів (метрорагія) після появи болю;
- можлива вторинна імплантація плідного яйця в черевній порожнині або розвиток внутрішньої кровотечі після відторгнення плідного яйця;
- **бімануальне дослідження:** значні кров'яністі виділення, матка дещо збільшена, у ділянці придатків - пухлиноподібне болюче утворення м'якої консистенції та обмеженої рухливості, тракція за шийку матки болюча, відставання розмірів матки від терміну вагітності.



Правила використання: ввести кільце між 1-м та 5-м днем менструального циклу, через 3 тижні вийняти кільце і через 7 днів ввести нове кільце.

Дії за умов видалення кільця:

- видалення кільця на ≥ 3 годин в 1-й чи 2-й тиждень: ввести кільце назад якнайшвидше + 7 днів бар'єрних методів контрацепції;
- видалення кільця на ≥ 3 годин в 3-й тиждень: ввести нове кільце на 3 тижні + 7 днів бар'єрних методів контрацепції;
- перерва більше 7 днів: ввести нове кільце на 3 тижні + 7 днів бар'єрних методів контрацепції.

Механізм: пригнічення овуляції, згущення цервікального слизу, атрофія ендометрію.

Побічні ефекти: зміна характеру менструації, нудота, запаморочення, болючість грудних залоз, головний біль, місцева реакція в ділянці прикріплення пластира.

Протипокази: дивись КОК.

ЧИСТО ПРОГЕСТИНОВІ ОРАЛЬНІ КОНТРАЦЕПТИВИ (ЧПОК) (Чарозетта, Лактінет)

Чисто прогестинові оральні контрацептиви – препарати, що містять малі дози прогестагену – аналога натурального гормону прогестерону.

ЧПОК не містять естрогену, що забезпечує можливість їх використання жінками, для яких естрогени протипоказані.

Механізм - пригнічення овуляції та згущення цервікального слизу, що перешкоджає проникненню сперматозоїдів; порушення прикріплення до ендометрію.

Переваги:

- майже негайна ефективність (через 24 год після застосування);
- швидке відновлення фертильності;
- не пов'язаний зі статевим актом;
- не впливає на грудне вигодування;
- використовується при протипоказах до естрогенів;
- мала кількість побічних ефектів;
- зменшення менструальної кровотечі та менструального болю;
- знижують ризик раку ендометрію, доброякісних пухлин грудної залози.

Недоліки:

- необхідність щоденного прийому;
- можлива зміна маси тіла;
- не захищають від ІПСШ та ВІЛ;
- перші 12 міс нерегулярні міжменструальні кров'яністі виділення;
- порушення режиму прийому збільшує ризик настання вагітності.

Правила використання: з 1-го по 5-й день МЦ почати прийом препарату без потреби в бар'єрних методах контрацепції (прийом в один і той самий