

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ВИЩИЙ ДЕРЖАВНИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД УКРАЇНИ
«УКРАЇНСЬКА МЕДИЧНА СТОМАТОЛОГІЧНА АКАДЕМІЯ»
НАВЧАЛЬНО – НАУКОВИЙ ІНСТИТУТ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ
КАФЕДРА АКУШЕРСТВА І ГІНЕКОЛОГІЇ №2

Затверджено:
на засіданні кафедри
акушерства і гінекології №2
протокол № 10 від 10 січня 2017 року
Завідувач кафедри
д.м.н., проф. _____ В.К. Ліхачов

**МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА ДО ПРОВЕДЕННЯ ПРАКТИЧНОГО
ЗАНЯТТЯ**

**З ЛІКАРЯМИ - КУРСАНТАМИ ЦИКЛУ ТЕМАТИЧНОГО
УДОСКОНАЛЕННЯ «ВЕДЕННЯ ФІЗІОЛОГІЧНОЇ ВАГІТНОСТІ.
АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ АКУШЕРСТВА І ГІНЕКОЛОГІЇ В ПРАКТИЦІ
СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ»**

Навчальна дисципліна	Акушерство і гінекологія
Тема:	Гінекологічні захворювання в похилому і старечому віці (код курсу 12.0)
Курс	ТУ «Ведення фізіологічної вагітності. Актуальні питання акушерства і гінекології в практиці сімейної медицини»
Спеціальність	Акушерство і гінекологія

Полтава

Кількість навчальних годин 2 години

I. Мета заняття.

Згідно з демографічними прогнозами, до 2030 р. кожна п'ята людина у світі буде старше 65 років. У зв'язку з цим велике значення набуває вивчення особливостей виникнення, перебігу, лікування і профілактики захворювань у осіб похилого віку. Очевидна актуальність вивчення особливостей патологічних процесів постменопаузального періоду життя жінки. Постменопауза являє собою закономірний фізіологічний стан, що супроводжується гормональними зрушеннями, які, в свою чергу, часто є передвісниками різних проблем зі здоров'ям і можуть впливати не тільки на якість життя, але і на його тривалість.

II. Об'єм повторної інформації

- 1.Класифікацію жіночих статевих органів.
2. Будову жіночих статевих органів.
3. Функції жіночих статевих органів.
- 4.Циклічні зміни в організмі жінки.
- 5.Деонтологічні аспекти в гінекології.
- 6.Провести загальний огляд пацієнтки.
- 7.Провести зовнішнє обстеження.

III. Об'єм нової інформації

- 1.Вікові зміни, що відбуваються в організмі жінки.
2. Старечий кольпіт.
3. Крауроз вульви.
3. Сенільний ендocerвіцит.
4. Сенільний ендометрит.
6. Постменопаузальні кровотечі.

IV. План проведення заняття

№ п/п	ЗМІСТ ЗАНЯТТЯ	Тривалість, хвилин
1.	Вступне слово викладача про мету заняття.	5
2.	Усне опитування інтернів згідно теми по учбовим питанням.	25
3.	Опанування практичних навичок.	25
4.	Розв'язування ситуаційних задач.	15
5.	Оцінка знань і навичок інтернів по темі заняття.	15
6.	Підсумок заняття.	5

V. Умови для проведення заняття

1. Учбова кімната.
2. Відділення патології жінок.
3. Жіноча консультація.

Методичні і ілюстративні матеріали

1. Методична розробка до практичного заняття.
2. Добірка ситуаційних задач.
3. Історії хвороб жінок з патологічним перименопаузальний періодом.
4. Обладнання для замінного переливання крові.

VI. Перелік практичних навичок інтернів та ступінь опанування ними

№ п/п	Назва практичних навичок	Ступінь засвоєння		
		ознай	опан.	овол.
1.	Оцінити результати лабораторних досліджень,		+	

	анамнезу при перименопаузальному періоді.			
2.	Оцінити результати УЗД при перименопаузальному періоді.		+	
3.	Провести оцінку функціонального стану репродуктивної системи жінки.		+	
4.	Визначити тактику ведення пацієнтів з патологічним перименопаузальний періодом.		+	
5.	Визначити тактику ведення пацієнтів з патологічним перименопаузальний періодом враховуючи наявність супутньої патології.		+	
6.	Визначити методи профілактики виникнення перименопаузального періоду.		+	

VII. МЕТОДИ КОНТРОЛЮ ОПАНУВАННЯ ПРАКТИЧНИМИ НАВИЧКАМИ

Перевірка базових знань за темою (опитування, тестовий контроль).

Самоконтроль лікаря-інтерна.

Вирішення ситуаційних задач.

Комп'ютерний контроль.

Питання

1. Яка класифікація жіночих статевих органів?
2. Яка будова жіночих статевих органів?
3. Які функції жіночих статевих органів?
4. Які циклічні зміни в організмі жінки?
5. Вікові зміни, що відбуваються в організмі жінки.
6. Старечий кольпіт.
7. Крауроз вульви.
8. Сенільний ендocerвіцит.
9. Сенільний ендометрит.
10. Постменопаузальні кровотечі

Завдання для самостійної роботи по темі заняття

1. Зібрати анамнез у хворої.
2. Оцінити стан жінки.
3. Діагностувати клінічні прояви гінекологічної патології.
4. Призначити додаткове обстеження при підозрі на гінекологічні захворювання.
5. Оцінити результати клініко-лабораторних досліджень у разі гінекологічної патології.
6. Призначити лікування у разі гінекологічної патології (виписати рецепти).

Тестові завдання

1. Жінка 47-ми років скаржиться на кров'яні виділення з піхви протягом 2-х тижнів, які з'явилися після затримки менструації на 3 місяці. Менархе з 13-ти років. Менструації останній рік нерегулярні. В крові: Нb- 90 г/л, ер.- $2,0 \cdot 10^{12}$ г/л, лейк.- $5,6 \cdot 10^9$ г/л. При вагінальному дослідженні: матка нормальних розмірів, придатки не пальпуються. **Який діагноз найвірогідніший?**

А. Клімактерична кровотеча.

В. Поліп ендометрію .

С. Порушення згортання крові.

Д. Рак ендометрію.

Е. Неповний аборт .

2. В гінекологічне відділення звернулася хвора 48 років зі скаргами на рясну кровотечу із статевих шляхів після затримки місячних на протязі 5 місяців, слабкість, запаморочення. Об'єктивно: шкіряні покрови бліді, тахікардія. При гінекологічному обстеженні: тіло

матки нормальних розмірів, безболісне, рухоме; придатки з обох боків не визначаються.

Який ймовірний діагноз у хворой?

Клімактерична дисфункціональна кровотеча.

- A. Міома матки.
- B. Перервана вагітність.
- C. Аденокарцинома ендометрію.
- D. Внутрішній ендометріоз.

Ситуаційні задачі :

Задача 1. Жінка 54 років звернулася зі скаргами на кровотечу зі статевих шляхів після 2-літньої аменореї. Під час ультразвукового та бімануального дослідження - патології з боку геніталій не виявлено.

Запитання: 1) Який попередній діагноз?

2) Яка лікарська тактика?

Відповідь: Дисфункціональна маткова кровотеча. Фракційно діагностичне вишкрібання шийки та порожнини матки.

Задача 2. Хвора 59-ти років звернулася до жіночої консультації зі скаргами на кров'янисті виділення зі статевих шляхів. Постменопауза 12 років. При вагінальному обстеженні: зовнішні статеві органи з ознаками вікової інволюції, шийка матки не ерозована, з цервікального каналу незначні кров'янисті виділення. Матка звичайних розмірів, придатки не пальпуються. Склепіння глибокі, не болючі.

Запитання: Який попередній діагноз?

Які додаткові методи дослідження потрібно провести для уточнення діагнозу?

Відповідь: Дисфункціональна маткова кровотеча. Фракційно діагностичне вишкрібання шийки та порожнини матки.

VIII. Методичні матеріали до практичного заняття

Морфофункціональні зміни

У жінок похилого та старечого віку, відбуваються виражені зміни геніталій. Вони відбуваються поступово, пов'язані з віком, в якому настала менопауза, а також з функціональним станом яєчників і загальним статусом організму.

Зміни захоплюють всі відділи репродуктивної системи. Змінюється зовнішній вигляд зовнішніх статевих органів (мал. XIV.1.1). Зменшується оволосіння, особливо лобкове. Волосся стають прямими, знебарвлюються. Шкіра великих статевих губ стоншується, стає зморшкуватою. Зникає підшкірна жирова клітковина. Настає атрофія потових і сальних залоз, звужується вхід у піхву.

Малі статеві губи, які мають довжину 4-5 см у жінок репродуктивного віку, зменшуються до 1,5 см, а іноді повністю атрофуються.

Різно зменшується клітор, спорожнюються а. dorsalis clitoridis.

Великі і малі залози передодня атрофуються, з-за чого розвивається сухість входу в піхву, воно залишається сухим навіть під час статевого акту.

Великі зміни зазнають стінки піхви. Зазвичай у жінок похилого та старечого віку піхву різко вкорочені, його просвіт звужений, слизова оболонка різко атрофічна. Складчастість стінок втрачається, вони стають гладкими. Рожевий колір слизової оболонки піхви змінюється білястим. Слизова оболонка різко стоншується, стає легко ранима, тому нерідко при необережному обстеженні за допомогою дзеркал вона виявляється всіяною безліччю дрібних крововиливів.

У зв'язку з атрофічними змінами стінок піхви статеве життя стає складною, а іноді і зовсім неможливою. Під час статевого акту можуть з'явитися кров'янисті виділення з піхви, обумовлені ушкодженням атрофічною слизовою оболонкою.

Незважаючи на те, що частота запальних захворювань статевих органів у жінок похилого та старечого віку значно нижча, ніж у жінок у репродуктивному періоді, тим не менш вони актуальні і в постменопаузі.

Старечий кольпіт. Оскільки у жінок в постменопаузі змінюється характер вагінальної флори - зникають лактобацили, що утворюють молочну кислоту, переважають пептококи, анаеробні пептострептококи, бактероїди - виникає схильність до запальних захворювань.

Старечий кольпіт можуть викликати кандиди, піхвова гарднерелла, криптококки, трихомонади, хламідії, віруси. У виникненні захворювання відіграють роль механічні фактори, що пов'язані зі зміщенням статевих органів, носінням песаріїв.

Клінічний перебіг. Скарги хворих зводяться до появи серозно-гнійних виділень із статевих шляхів, свербіння, відчуття тяжкості внизу живота. При огляді стінок піхви в дзеркалах зазначаються їх почервоніння, точкові крововиливи, місцями утворюються виразки, пов'язані зі злущування епітелію. Дослідження в цьому періоді різко болісно.

Діагностика. Проводиться аналіз скарг хворих, даних, отриманих при огляді стінок піхви і шийки матки в дзеркалах. Корисну інформацію дає кольпоскопія.

В результаті бактеріологічного і бактеріоскопічного дослідження виявляється збудник запалення або їх асоціація з визначенням їх чутливості до антибактеріальних препаратів.

Лікування. Лікування кольпіту повинне бути комплексним з використанням етіотропних протизапальних засобів, лікуванням супутніх захворювань, нейроендокринних, обмінних порушень, припиненням статевих зносин до одужання. При інфекційному кольпіті обов'язкові обстеження та лікування статевого партнера, а також поліпшення мікроекології піхви шляхом застосування вагінальних свічок, що містять лактобацили (ацилакт або біфідумбактерин по 1 свічці на ніч протягом 10 днів). Їх треба призначати після закінчення специфічного лікування при кольпіті будь-якої етіології.

Трихомонадний кольпіт. Однією з частих причин кольпіту служать трихомонади. Захворювання частіше передається статевим шляхом, але може передаватися через руки медичного персоналу при недостатньому дотриманні правил асептики, через предмети особистого туалету (постільну білизну, мочалки, губки).

Клінічний перебіг. Клінічний перебіг трихомонадного кольпіту буває гострим, підгострим, торпідний (малосимптомно); можливі хронічний трихомоніаз при тривалості захворювання більше 2 міс і безсимптомний трихомоніоз зі стійким і транзиторним трихомо-надонositeльством. Період інкубації коливається від 3 днів до 4 тиж.

Лікування. Лікування необхідно проводити всім жінкам, у яких в піхву виявлені трихомонади, незалежно від клінічних проявів.

Основним лікувальним препаратом є метронідазол (флагіл, трихопол). Курсова доза становить 5 р. При ускладнених і хронічних формах дозу збільшують до 7,5-10 р. Існує кілька схем застосування метронідазолу, але найбільш ефективна наступна: в 1-й день по 0,5 г 2 рази, в 2-й по 0,25 г 3 рази, в наступні 8 днів по 0,25 г 2 рази.

Критеріємвилікування є відсутність трихомонад в мазках з піхви через 7 - 10 днів після лікування і при щомісячному дослідженні протягом 3 міс.

Профілактика захворювання передбачає ретельне дотримання правил особистої гігієни, попередження попадання збудника при статевих зносинах.

Лейкоплакія та крауроз вульви відносять до фонових захворювань. Вони нерідко передують передракових захворювань та раку зовнішніх статевих органів.

Лейкоплакія характеризується потовщенням епітеліального пласта з ороговінням поверхневого шару має вигляд бляшки білого кольору. Лейкоплакія може представляти собою цілком доброякісний ороговілий багат шаровий плоский епітелій, або епітеліальну дисплазію різної тяжкості, або преінвазивний або навіть початковий рак.

Крауроз вульви. У літньому і старечому віці можливі виникнення і розвиток дистрофічних уражень зовнішніх статевих органів. Різновидом таких уражень є крауроз вульви.

Розвиток крауроza поділяють на 3 періоди. Для 1-го періоду характерні поява набряку і почервоніння великих і малих статевих губ, виникнення болісного свербіжу, хворобливих відчуттів.

2-му періоду притаманні явища атрофії. Тканини зовнішніх статевих органів стають сухими, матовими, іноді бурими, втрачають еластичність. Волосся на лобку випадають, малі статеві губи зморщуються, шкіра набуває вигляду м'ятою папери. Ці зміни можуть захоплювати шкіру промежини і перианальній ділянці.

В 3-му періоді, який називають також періодом склерозу, відбуваються повна атрофія зовнішніх статевих органів, розвиток рубцевих процесів у тканинах вульви. Спочатку вхід у піхву може зяяти, потім відбувається його звуження аж до повного зарощення.

Діагностика. Зовнішні статеві органи потрібно уважно оглянути при достатньому освітленні, при необхідності використовувати вульвоскопію за допомогою кольпоскопа. При підозрі на пухлину показано цитологічне дослідження мазків - відбитків, соскобів, біопсія.

При скаргах на свербіж зовнішніх статевих органів в обов'язковому порядку необхідно виключити цукровий діабет, а також інфікований вірусом простого герпесу.

Лікування. Застосування засобів, що знімають свербіж, новокаїнова блокада статевого нерва, призначення мазей з естрогенами, андрогенами, кортикостероїдами, вітамінами.

Лікування лейкоплакії можна проводити променями лазера (вуглекислотний лазер).

При неефективності консервативних методів лікування слід вдатися до поверхневого висічення шкіри вульви з гістологічним дослідженням видалених тканин.

Передракові захворювання. Епітеліальні дисплазії розглядаються в якості передракових станів вульви. Дисплазії ділять на 3 групи в залежності від порушення диференціації клітин, появи ознак атипії, залучення епітеліального пласта в патологічний процес: просту дисплазію, середнього ступеня вираженості і важку дисплазію.

Вирішальним у діагностиці епітеліальної дисплазії є гістологічне дослідження.

При виявленні епітеліальної дисплазії вульви методами вибору є лазерне випаровування, кріодеструкція, висічення патологічно змінених ділянок з допомогою скальпеля з обов'язковим ретельним гістологічним дослідженням. У подальшому хворі повинні знаходитись під диспансерним спостереженням.

Сенільний цервіцит. Оскільки у жінок похилого віку стоншується багатошаровий плоский епітелій, змінюється піхвове середовище, зникають палички, які виробляють молочну кислоту, то різноманітні механічні та бактеріальні фактори легко викликають запалення шийки матки.

Клінічний перебіг. При цервіциті з'являються білі, злущується епітелій навколо зовнішнього вічка. Потрібно диференціювати цервіцит і злоякісну пухлину шийки матки, використовуючи цитологічний, кольпоскопічний, а за необхідності і гістологічний метод дослідження.

Лікування. Лікування залежить від виду збудника. Необхідно застосовувати засоби, що стимулюють репаративні процеси в організмі, а після – вагінальні свічки, що містять лактобацили (ацилак, біфідумбактерін).

Сенільний ендометрит. Зустрічається відносно рідко. В старості ендометрій піддається атрофії, тому інфекційні агенти уражають не лише слизову оболонку матки, а і міометрій. Запальний процес рідко переходить на маткові труби.

Клінічний перебіг. З'являються гноєвидні або кров'янисті виділення, температура тіла може не підвищуватися. При порушенні відтоку вмісту матки в її порожнині накопичується гній (піометра), що проявляється підсиленням болю, лихоманкою.

Діагностика базується на даних огляду шийки матки в дзеркалах, бімануальному огляді, УЗД.

Лікування полягає в забезпеченні вільного відтоку вмісту порожнини матки і місцевому лікуванню препаратами, до яких чутливі збудники запального процесу.

При проведенні лікувальних заходів у пацієнок з запальними захворюваннями піхви і шийки матки в постменопаузі варто дотримуватись наступних принципів:

- Відновлення нормальної мікробної флори в піхві;
- Відновлення тону м'язів піхви;
- Попередження рецидивів інфекції нижнього відділу сечостатевої системи.

Постменопаузальні кровотечі

Постменопаузальні кровотечі — це вагінальні кровотечі, що виникають через ≥ 12 міс після менопаузи. Будь-яка кровотеча після менопаузи є аномальною і потребує ретельного дослідження її причин з метою виключення, в першу чергу, злоякісного новоутворення.

Кровотеча у жінки в постменопаузі може мати негінекологічну причину, а також розвиватися внаслідок захворювань нижнього і верхнього відділів генітального тракту, пухлин, екзогенної гормональної стимуляції.

Негінекологічні причини включають ректальні кровотечі при геморої, тріщинах заднього проходу, ректальних пролапсах, пухлинах нижніх відділів гастроінтестинального тракту. Карункула сечівника в постменопаузі також може спричинити кровотечу. Додатковими методами обстеження можуть бути аноскопія (ректороманоскопія), дослідження калу на приховану кров, колоноскопія.

Вагінальна атрофія є найбільш частою серед причин кровотеч, пов'язаних із нижнім відділом генітального тракту. Тонка слизова оболонка піхви в постменопаузі легко травмується і кровоточить. Травми і захворювання вульви, піхви і екзоцервікса також можуть бути причиною піхвових кровотеч у постменопаузі.

Причини вагінальних кровотеч у постменопаузі, пов'язані з верхніми відділами генітального тракту, включають рак шийки матки, гіперплазію, поліпи і рак ендометрія. Найбільш частою причиною піхвових кровотеч у постменопаузі є застосування екзогенних гормонів.

Діагностика. Важливим є точний анамнез можливих причин і початку кровотечі. Об'єктивне обстеження включає огляд аногенітальної ділянки, піхви і шийки матки. Виконують цитологічне дослідження епітелію шийки матки, гінекологічне (бімануальне) і пальцеве ректальне дослідження, аналіз калу на приховану кров. Ультрасонографія використовується для діагностики можливих тазових і внутрішньоматкових причин кровотечі. Товщина ендометрія в постменопаузі не повинна перевищувати 4–5 мм. При товщині ендометрія > 5 мм запідозрюють можливу патологію ендометрія. Біопсія ендометрія в більшості випадків дозволяє визначити діагноз причин кровотечі. Фракційне діагностичне вишкрібання порожнини матки, в тому числі з гістероскопією, є золотим стандартом діагностики внутрішньоматкової патології.

Лікування. При підозрі на кишкову причину кровотечі необхідною є консультація хірурга, гастроентеролога, дослідження кишок (ректороманоскопія, колоноскопія). Геморойна кровотеча і кровотеча внаслідок фістули прямої кишки, ректального пролапсу потребують хірургічного лікування в умовах загального хірургічного стаціонару. При кровотечі внаслідок урогенітальної атрофії хворій призначають системне або, частіше, місцеве застосування замісної гормональної терапії (вагінальний крем або супозиторії з естрогенами — овестин, естрожель тощо).

За наявності гіперплазії ендометрія призначають лікування прогестинами у безперервному режимі протягом 3–6 міс з подальшим сонографічним і гістологічним контролем. Відсутність ефекту від лікування або наявність атипичної гіперплазії ендометрія є показанням до гістеректомії.

Поліп ендометрія підлягає хірургічному видаленню при гістерорезектоскопії або вишкрібанні порожнини матки.

Рак ендометрія підлягає хірургічному та комбінованому лікуванню в об'ємі радикальної гістеректомії з сальпінгофоректомією і, в разі необхідності, тазовою лімфаденектомією. Післяопераційна променева або хіміотерапія можуть також використовуватися залежно від стадії, гістологічної градації та клітинного типу раку.

ІХ. Основна література для опрацювання

1. Ліхачов В.К. Практическая гинекология с неотложными состояниями. Руководство для врачей / Ліхачов В.К.- Москва: МИА. 2013. – 840 с.
2. Ліхачов В.К. Гормональна діагностика в акушерстві і гінекології / Ліхачов В.К.- Полтава: Дивосвіт, 2015.-162с.
3. Лихачев В.К. В.К. Гормональная диагностика в практике акушера-гинеколога. Руководство для врачей / Лихачев В.К.- Киев, 2012.-160с.
4. Запорожан В.М. Акушерство и гинекология.- Ростов-на-Дону, 2000.
5. Лихачев В.К. Практическое акушерство с неотложными состояниями. М.:МИА, 2007.
6. Рыбалка А.М. Акушерство и гинекология. Симферополь, 2003.