

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ВИЩИЙ ДЕРЖАВНИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД УКРАЇНИ
«УКРАЇНСЬКА МЕДИЧНА СТОМАТОЛОГІЧНА АКАДЕМІЯ»
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 СЕМІНАРСЬКОГО ЗАНЯТТЯ
ДЛЯ ЛІКАРІВ-КУРСАНТІВ ПЕРЕДАТЕСТАЦІЙНОГО ЦИКЛУ
ЗА ФАХОМ «АКУШЕРСТВО І ГІНЕКОЛОГІЯ»**

Навчальна дисципліна	Акушерство і гінекологія
Тема:	Лапароскопія в діагностиці та лікуванні ендометріозу (код курсу 15.2)
Курс	Передатестаційний цикл
Факультет	Післядипломної освіти
Спеціальність	Акушерство і гінекологія

Полтава

I. Актуальність теми

Частота ендометріозу коливається від 2 до 10 % жінок репродуктивного віку. Це захворювання залишається однією з найбільш частих причин порушення працездатності і репродуктивної функції жінки. Ендометріоз є однією з патологічних причин болі в області малого тазу, і його слід враховувати при проведенні диференціальної діагностики хронічного тазового болю, який має дуже складну етіологічну структуру. Ендометріоз різної локалізації діагностується у 29—39% жінок з первинним безпліддям і у 12—25% жінок з вторинним безпліддям. Вчасна діагностика і правильне лікування ендометріозу дозволить відновити репродуктивну функцію і покращити стиль життя кожної жінки, яка страждала на ендометріоз.

II. Навчальні цілі заняття.

A. Мати уявлення : про фактори ризику виникнення ендометріозу, про те, що ендометріоз є однією з причин болей в області малого тазу і порушення репродуктивної функції.

B. Знати:

- теорії розвитку ендометріозу;
- генез безпліддя при ендометріозі;
- різні методи лікування в залежності від віку жінки і репродуктивної функції;
- значення лапароскопії в діагностиці і лікуванні ендометріозу, кіст яєчників.

C. Оволодіти навичками:

- діагностики ендометріозу;
- складати алгоритм обстеження безплідної пари;
- скласти показання до лапароскопії при підозрі на ендометріоз.

III. Базові знання

1. Визначення поняття «гіперпластичні процеси ендометрію»
2. Знати методи збору матеріалу для лабораторних методів дослідження;
3. Нормальний менструальний цикл.
4. Техніка виконання та трактування результатів УЗД органів малого тазу

IV. Цілі розвитку особистості: молодим спеціалістам необхідно оволодіти методиками обстеження, навчитися правильно діагностувати ендометріоз з метою вчасної профілактики порушення репродуктивної функції.

V. Міждисциплінарна інтеграція:

№ п/п	Дисципліни	Знати	Вміти
<i>1. Попередні (забезпечуючі) дисципліни:</i>			
1.	Анатомія	Анатомію жіночих статевих органів.	Оцінити ендоскопічну анатомію внутрішніх статевих органів, сечоводів, кишківника
2.	Фізіологія	Фізіологію жіночих статевих органів	Оцінити гормональну функцію яєчників, оцінити дані онкомаркерів, пояснити регургітаційну теорію виникнення ендометріозу
3.	Імунологія	Клітинний і гуморальний імунітет	Обґрунтувати імунологічну теорію виникнення ендометріозу
<i>2. Внутрішньопредметна інтеграція:</i>			
1.	Методи дослідження	Основні та додаткові методи	Оцінити результати клініко-

	обстеження	лабораторних та вагінального досліджень. Сформувати групу ризику по виникненню ендометріозу на основі зібраного анамнезу
--	------------	---

V. Зміст теми заняття.

Геніальний ендометріоз - доброякісне гормонозалежне захворювання, в основі якого лежить гетеротопія ендометрію на тлі порушення функції гіпоталамо-гіпофізарно-яєчникової системи, імунного дисбалансу при наявності генетичної схильності.

Ендометріоз (топічна класифікація).

I. Генітальний ендометріоз.

1. Внутрішній ендометріоз: ендометріоз тіла матки (I, II, III (аденоміоз) стадії у залежності від глибини ураження міометрію); ендометріоз цервікального каналу; ендометріоз інтрамуральної частини маткових труб.

2. Зовнішній ендометріоз: перитонеальний ендометріоз (ендометріоз яєчників, ендометріоз маткових труб, ендометріоз тазової очеревини) ; екстраперитонеальний ендометріоз: ендометріоз піхвової частини шийки матки, ендометріоз піхви, вульви, ретроцервікальний ендометріоз, ендометріоз маткових зв'язок, ендометріоз параметральної, паравезикальної, паракольпальної клітковини (без і з проростанням в сечовий міхур, пряму кишку).

3. Зовнішньо-внутрішній ендометріоз.

4. Сполучені форми генітального ендометріозу (генітальний ендометріоз у сполученні з іншою генітальною або екстрагенітальною патологією).

II. Екстрагенітальний ендометріоз (ендометріоз шлунково-кишкового тракту, сечовивідних органів, шкіри, пупка, післяопераційних ран, легень, плеври та ін.).

Класифікація за формою: вузлова, диффузна, кистозна.

Класифікація зовнішнього ендометріозу за ступенем поширення процесу (А.Аcosta та співавт., 1973).

„Малі” форми:

- поодинокі гетеротопії на тазовій очеревині;
- поодинокі гетеротопії на яєчниках без наявності злукових та рубцевих процесів;

Середньої важкості:

- гетеротопії на поверхні одного чи обох яєчників з утворенням дрібних кист;
- наявність періоваріального або перитубарного злукового процесу;
- гетеротопії на очеревині прямокишково-маткового простору з рубцюванням та зміщенням матки, але без втягнення в процес товстої кишки;

Важка форма:

- ендометріоз одного чи обох яєчників з утворенням кист діаметром понад 2 см;
- ураження яєчників із значним періоваріальним і/або перитубарним процесом;
- ураження маткових труб з деформацією, рубцюванням, порушеною прохідністю;
- ураження тазової очеревини з облітерацією прямокишково-маткового простору;
- ураження крижово-маткових зв'язок та очеревини прямокишково-маткового простору з його облітерацією;
- втягнення в процес сечовивідних шляхів і/або кишківника.

Фактори ризику:

1. Наявність в анамнезі патологічних пологів, гінекологічних операцій (аборти, кесарів розтин, вишкрібання порожнини матки, електрокоагуляція, кріодеструкція, електроексцизія шийки матки);
2. Гормональні порушення;

3. Тривале носіння ВМС;
4. Наявність ендометріозу у матері, сестер;
5. Зниження імунологічної толерантності.

Діагностика:

- больовий синдром (альгодисменорея, біль внизу живота, не пов'язаний із менструальним циклом, диспареунія);
- безплідність (первинна, вторинна);
- геморагічний синдром (передменструальні кровомазання, метрорагія, гіперполіменорея, порушення менструального циклу);
- тривале безефективне лікування хронічних аднекситів, метритів);
- психоневрологічні розлади;
- порушення функції суміжних органів (дизурія, болючість при дефекації);

Лікування хворих на ендометріоз здійснюється з метою корекції тазового болю, безплідності, ендометріодних кіст яєчників і включає в себе вичікувальну тактику, медикаментозне та хірургічне лікування.

Вибір тактики лікування залежить від:

- віку жінки;
- локалізації та ступеню поширеності захворювання;
- виразності симптомів та тривалості захворювання;
- наявності фертильності та необхідності відновлення репродуктивної функції при функції ;
- наявності супутніх гінекологічних захворювань;
- ефективності попереднього лікування.

Генез безпліддя при генітальному ендометріозі

Ендометріоз різних локалізацій діагностується у 26-39% жінок з первинним безпліддям і у 12-25% жінок з вторинним безпліддям.

Причини безпліддя при ендометріозі:

1. Сексуальні порушення: диспареунія;
2. Порушений фолікулогенез;
3. Овуляторна дисфункція;

4. Інактивація сперматозоїдів активованими перитонеальними макрофагами. Зареєстрована чітка залежність між тяжкістю перебігу ендометріозу і ступенем вираженості макрофагальної реакції в перитонеальній рідині. Перитонеальна рідина хворих едометріозом обумовлює порушення функціональної активності сперматозоїдів. У пацієток ендометріозом спостерігається підвищена здатність активованих перитонеальних макрофагів фагоцитувати сперматозоїди.

5. Порушений захват і транспорт яйцеклітини внаслідок порушення анатомії і функціональної активності маткових труб. Анатомія маткових труб порушується внаслідок розростання гетеротопій на їх серозній і/чи в м'язовій оболонці, а також формування перитубарних спайок при різноманітних локалізаціях ендометріозу в малому тазу.

При відсутності перитубарних адгезій порушення захвату яйцеклітини пов'язують з появою при ендометріозі білка, який формує мембрани, які покривають циліарні фімбрії. При механічному видаленні цих мембран шляхом ретроградних гідротубацій фімбріальна активність відновлюється.

У кожної другої хворої ендометріозом з прохідними матковими трубами має місце зниження і дискоординувана скоротлива діяльність маткових труб, що зв'язують з десинхронізацією виділення гонадотропних гормонів і порушенням співвідношенням простагландинів.

6. Спайковий процес в малому тазу з рахунок інтраперитонеального запалення.
7. Дефекти імплантації при ендометріозі зв'язані :
 - а) з морфофункціональним станом еутопічного едометрію;

б) з розвитком аутоімунної реакції в ендометрії, що може призводити до порушення процесу імплантації бластоцисти і розвитку трофобласта.

8. Аутоімунні порушення. У 85-90% жінок дистоповані ендометріальні клітини видаляються з ектопічних локалізацій нормально функціонуючою імунною системою. У 10-15% жінок, внаслідок генетичної схильності і ефектів навколишнього середовища, імунна система не в змозі видалити дистоповані ендометріальні клітини і допускає їх імплантацію.

Хірургічне втручання при ендометріозі може проводитись як шляхом лапаротомії, так і лапароскопії. З покращенням обладнання і оперативної техніки, лапароскопія зазвичай є методом вибору. Лапароскопія відіграє вирішальну роль у стадіюванні і хірургічному лікуванні пацієнток з ендометріозом. Лапароскопія забезпечує кращу видимість, меншу травму тканин, меншу частоту формування зрощень, нижчу частоту ускладнень. Лапароскопічні розрізи менші за розміром і менш болючі, що суттєво пришвидшує час одужання. Але для поширених форм захворювання із ураженням суміжних органів краще використовувати лапаротомічний доступ.

Видалення ендометріюїдних уражень здійснюється різними засобами. При поверхневих вогнищах ендометріозу використовують лазерну абляцію (руйнацію), електро- і термокоагуляцію, при більш глибоких вогнищах — механічне вирізання (ексцизія — повне видалення, резекція — неповне видалення) і комбінацію перелічених методів. Кожен з цих методів має свої переваги і недоліки. Найбільш ефективним вважається ексцизія (вирізання) ушкоджених ділянок до межі здорових тканин. Цей метод дозволяє провести гістологічне дослідження видаленої тканини для підтвердження діагнозу. Але такий підхід важко застосувати в усіх випадках через ризик кровотечі і пошкодження життєвоважливих органів.

Найчастіше для видалення ендометріюїдних вогнищ використовується електрокоагуляція та електроексцизія — розплавлення та вирізання тканин електричними інструментами. За необхідності видалення великих вузлів, фрагментів тканин і безпечній відстані уражених ділянок від життєвоважливих органів використовується монополярна електрохірургія. У разі близькості кишківника, сечового міхура, сечоводів, прямої кишки біполярна електрохірургія є більш безпечною, при цьому методі ризик неконтрольованого ушкодження підлеглих тканин практично відсутній. Окрім того, поверхневі невеликі ураження також зручніше видаляти біполярними електроінструментами.

Лазерна коагуляція (руйнація тканин за рахунок їх розплавлення) вогнищ ендометріозу вважається найбільш безпечним методом. Перевагами цього методу лікування є влучність, гарні коагуляційні властивості, незначне термальне (температурне) ураження навколишніх тканин. Ризик утворення люот (зрощень) після лазерного випарювання є значно нижчим, ніж після електрохірургічних втручань.

Особливі складнощі викликає ендометріоз, який ушкоджує життєвоважливі органи, такі як кишківник, сечовий міхур, крупні судини. Часто повне знищення ендометріюїдної пухлини за таких умов є неможливим. Завданням хірурга в таких випадках є визначення найоптимальнішого об'єму оперативного втручання, принципом якого є баланс між максимальною повнотою видалення ураженої ділянки та мінімальною шкодою для суміжних органів.

Великі ендометріюми яєчників можна лікувати за допомогою дренивання, дренивання з біполярною коагуляцією/лазерною вапоризацією цисти або цистектомії, при цьому лапароскопічна цистектомія вважається більш ефективною, ніж дренивання щодо зменшення больового синдрому, і рецидивів та підвищення частоти настання вагітності.

Симптоматичні хірургічні втручання, такі як LUNA -Laparoscopic Uterine Nerve Ablation — перетинання нервових стовбурів, що проходять в товщі крижово-маткових зв'язок; пресакральна нейротомія — перетинання пресакральних нервів з обох боків, були запропоновані при виразному больовому синдромі, але наразі в більшості клінік не використовуються. З'ясувалося, що суттєвих переваг у порівнянні з плацебо в зменшенні больового синдрому ці методи не мають, а проте можуть обумовити суттєві ускладнення: пошкодження середньої сакральної артерії і жили, денервацію тазу і, внаслідок цього — пролапс матки і закріп.

При ретрофлексії (нахилі назад) матки, ендометріюїді очередини прямокишково-маткового простору органозберігаючі операції можуть бути доповнені антефіксацією (примусове відхилення вперед) матки. Найбільш поширеним способом антефіксації є вкорочення круглих маткових

зв'язок.

Ризик рецидивування ендометріозу за умови збереження яєчників суттєво залежить від повноти видалення ураження, ретельності хірургічного втручання, ступеню ощадливого ставлення до навколишніх тканин та очеревини і сягає 30-90% в залежності від важкості захворювання та локалізації вогнищ. Після радикальних оперативних втручань із видаленням яєчників ендометріоз рецидивує рідко — в 1-5% випадків.

При відсутності лікування можливе прогресування захворювання з розвитком поширених, пухлинних та злоякісних форм.

Показання до хірургічного лапаротомічного лікування генітального ендометріозу:

- внутрішній ендометріоз у сполученні з гіперпластичними процесами яєчників і/або передраком ендометрію;
- аденоміоз (дифузна або вузлова форма), що супроводжується гіперплазією ендометрію;
- ендометріодні кісти яєчників (розміром більше 5 см, що стабільно функціонують);
- глибокому ураженні ректовагінальної перегородки з фібротизацією периректальної ямки;
- ендометріодній інфільтрації ділянки маткових судин і сечоводів;
- інвазії у м'язеву ділянку кишки;
- залучення до патологічного процесу інших органів та систем з порушенням їх функції;
- гнійне ураження додатків матки, уражених ендометріозом;
- ендометріоз пупка;
- ендометріоз післяопераційного рубця;
- сполучення ендометріозу із деякими аномаліями статевих органів;
- наявність соматичної патології, що виключає можливість положення Тренделенбурга.

Показання до хірургічного лапароскопічного лікування генітального ендометріозу:

- відсутність ефекту від медикаментозного лікування, що проводилось безперервно протягом 6 місяців;
- спайковий процес із залученням ампулярних відділів маткових труб, супутній ендометріозу, що являється головною причиною безплідності;
- хронічний тазовий біль та / чи недостатні дані клінічного обстеження органів малого тазу для заключного діагнозу (підозра на зовнішній генітальний ендометріоз, хронічний запальний процес придатків матки, синдром Allen-Masters);
- моніторинг ефективності лікування ендометріозу III-IV стадії.

Моніторинг ефективності лікування онкогінекологічних захворювань (в спеціалізованих закладах “second look” після проведення комбінованого лікування рака яєчників).

Критерії ефективності лікування:

- відсутність рецидивів захворювання;
- відновлення репродуктивної функції (при консервативному лікуванні і органозберігаючих операціях);
- позитивна динаміка якості життя.

VI. План та організаційна структура заняття:

№ п/п	Основні елементи семінарського заняття, їхні функції та зміст	Тип семінару. Матеріали методичного забезпечення	Розподіл часу
1.	<i>Підготовчий етап</i> Організаційні заходи.	Навчально-методичне обґрунтування теми та цілей	5 хв.
2.	Визначення актуальності теми.		

3.	Визначення навчальних цілей.	заняття.	
4.	Забезпечення позитивної мотивації.		
2.	<p>Основний етап</p> <p>Аналіз та узагальнення теоретичного матеріалу за планом:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Класифікацію передракових станів ендометрію 2. Етіологія даних процесів. 3. Методи діагностики. 4. Методи лікування. 5. Засвоїти методи збору матеріалу для лабораторних методів 6. Значення лапароскопії в діагностиці і лікуванні ендометріозу, кіст яєчників. 	Проблемний семінар. Мультимедійний супровід.	75 хв.
1.	<p>Заключний етап</p> <p>Підбиття підсумків, загальні висновки</p>	Перелік навчальної літератури. План теми наступного семінару. Матеріали самоконтролю.	10 хв.
2.	Відповіді на можливі запитання.		
3.	Завдання до наступного семінару.		

VII. Матеріали методичного забезпечення заняття

7.1. Матеріали контролю для підготовчого етапу.

7.1.1. Тести.

7.1.2. Питання для індивідуального усного опитування.

1. Теорії розвитку ендометріозу;
2. Генез безпліддя при ендометріозі;
3. Діагностика ендометріозу;
4. Показання до лапароскопії при підозрі на ендометріоз;
5. Диференціальна діагностика тазового болю;
6. Різні методи лікування в залежності від віку жінки і репродуктивної функції;
7. Складати алгоритм обстеження безплідної пари;
8. Значення лапароскопії в діагностиці і лікуванні ендометріозу, кіст яєчників.

7.2. Матеріали методичного забезпечення основного етапу заняття.

Завдання для самостійної роботи на основному етапі заняття.

1. Зібрати загальний та гінекологічний анамнез.
2. Оцінити дані анамнезу та медичної документації: біохімічні маркери, дані УЗД, дані клінічно-лабораторних обстежень і визначити показання до лапароскопії.

7.3. Матеріали методичного забезпечення заключного етапу заняття.

Задачі III-го рівня.

VIII. Рекомендована література(навчальна,наукова)

Навчальна:

1. Ендометріоз наказ МОЗ України №319 від 06.04.2016

2. Лихачов В.К. Практическая гинекология/ В.К.Лихачов.- Руководство для врачей.- М.: ООО «Медицинское информационное агенство», 2007.-664 с.
3. Лихачев В.К. Практическая гинекология с неотложными состояниями/ Руководство для врачей.- М.: ООО «Медицинское информационное агенство», 2013.-840 с.
4. Запорожан В. М., Цегельський М. Р. Гінекологічна патологія: Атлас: Навч. посібник. — Одеса: ОДМУ, 2002. - 308 с.
5. Запорожан В.М., Цегельський М.Р., Рожковська Н.М. Акушерство і гінекологія. (Гінекологія) Підручник: У 2 х томах. Т. 2. — Одеса: Одес. держ. мед. ун т, 2005.
6. Акушерство і гінекологія: У 2 кн. — Кн. 2: Гінекологія: Підручник / За ред. В.І. Грищенко, М.О. Щербини. — К.: ВСВ "Медицина", 2011. — 376 с.
7. Степанківська О.В., Щербина М.О. Гінекологія: Підручник. — К.: Медицина 2010. — 432 с.
8. Савельєва Г.М. Лапароскопія в гінекології. – М.: ГЭОТАР Медицина, 2000 – 328 с.
9. Запорожан В.М. Оперативна гінекологія. – Одеса: Одеський мед. університет, 2006. – 437 с.
10. Запорожан В.М. Акушерство і гінекологія. – Книга 2. Гінекологія: підручник. – К.: Здоров'я, 2000.
11. Савельєва Г.М., Бреусенко В.Г. Гистероскопія. – М.: ГЭОТАР Медицина, 2000. – 176 с.
12. Кулаков В.И., Адамян Л.В. Эндоскопія в гінекології. – М.: Медицина, 2000. – 384 с.
13. Онкологія / За ред. Б. Т. Бшинського, Ю. М. Стернюка, Я. В. Шпарика. — К.: Здоров'я, 2004. — 72 с.

Питання

- про фактори ризику виникнення ендометріозу?
- теорії розвитку ендометріозу?
- генез безпліддя при ендометріозі?
- методи лікування в залежності від віку жінки і репродуктивної функції?
- значення лапароскопії в діагностиці і лікуванні ендометріозу, кіст яєчників?

Завдання для самостійної роботи

- діагностувати ендометріоз;
- складати алгоритм обстеження безплідної пари;
- скласти показання до лапароскопії при підозрі на ендометріоз.

Тестові завдання

1. Хвора 25 років госпіталізована до гінекологічного відділення зі скаргами на підвищення температури до 38,50С, болі в низу живота, гнійні виділення з піхви. Захворіла гостро через тиждень після штучного аборт. Об'єктивно: пульс - 100/хв., АТ - 110/70 мм рт.ст., живіт м'який, болючий у нижніх відділах. Гінекологічний статус: матка збільшена у розмірах, м'яка, болюча, придатки без змін, склепіння вагіни вільні. Виділення з піхви значні, гноєподібні. Який діагноз найбільш імовірний?

А. Гострий метроендометрит

- В. Гострий аднексит
- С. Пельвіоперитоніт
- Д. Септицемія
- Е. Лохиометра

2. Хвора госпіталізована зі скаргами на періодичні болі в низу живота, які посилюються під час менструацій, слабкість, нездужання, нервозність, мажучі темні кров'яні виділення з піхви напередодні та після менструації. При бімануальному дослідженні: тіло матки збільшене, придатки не визначаються, у задньому склепінні - бугриста поверхня. При лапароскопії: "синюшні вічка" на яєчниках, очеревині матково-прямокишкового поглиблення та параректаль-

ній клітковині. Який найбільш імовірний діагноз?

- A. Поширена форма ендометріозу*
- B. Полікістоз яєчників
- C. Хронічний сальпінгіт
- D. Туберкульоз статевих органів
- E. Кистома яєчників

3. В гінекологічне відділення звернулася жінка 25 років із скаргами на підвищення температури тіла до 38,60С, біль внизу живота, дизуричні розлади. Захворіла 3 доби тому, коли після штучного аборту з'явилися вказані скарги. При гінекологічному дослідженні: шийка матки циліндрична, вічко закрите. Тіло матки декілька збільшене, болоче, м'яке. Додатки матки не пальпуються. Виділення гнійно-кров'яні. В аналізі крові лейкоцитоз зі зміщенням формули крові вліво, прискорена ШОЕ. Який діагноз найбільш імовірний?

- A. Гострий ендометрит*
- B. Гострий ендоцервіцит
- C. Гострий сальпінгоофорит
- D. Гострий цистит
- E. Піосальпінкс

4. Хвора 26 років звернулася в жіночу консультацію зі скаргами на біль внизу живота, який посилюється під час менструації, мажучі кров'яністі виділення до і після менструації. Захворювання пов'язує з штучним абортom. В дзеркалах: на шийці матки 5 темночервоних включень. Ваш діагноз?

- A. Зовнішній ендометріоз*
- B. Поліпоз шийки матки
- C. Рак шийки матки
- D. Ерозія шийки матки
- E. Дисплазія шийки матки

Ситуаційні задачі :

1 Дівчинка 13 років надійшла до гінекологічного стаціонару з сильною кровотечею, яка з'явилась після тривалої затримки менструації. Незадовго до цього перенесла сильну психотравму. Менструації з 11 років, о 5-6 днів при 30-днівному циклі, помірні, безболісні. Соматично здорова. Нормостенік, ріст 160 см, вага -42 кг. Бліда. При ректоабомінальному дослідженні: матка обичних розмірів і консистенції, в анифлексіо-версію, додатки не змінені. Цілі і задачі терапії? (Гемостаз, нормалізація загального стану, регуляція менструальної функції, терапія анемії)

2. Хвора 46 років доставлена у гінекологічне відділення каретою швидкої допомоги зі скаргами на надмірну менструацію протягом останніх 2-х діб, слабкість, головокружіння. При проведенні піхвового дослідження виявилось, що матка щільна, безболісна, збільшена до 9 тиж. вагітності. Тактика лікаря. (лікувально-діагностичне роздільне фракційне вишкрібання, відправлення зішкрібу на ПГД і потім вирішувати подальшу тактику)

3. Жінка 32 років звернулася до лікаря зі скаргами на болісні, рясні та тривалі менструації, які тривають уже протягом 6 місяців, загальну слабкість, запаморочення. Шкіра та видимі слизові оболонки бліді. При піхвовому дослідженні виявлено: матка збільшена в розмірах як до 9-10 тижнів вагітності, правильної форми, безболісна, рухлива, придатки з обох боків не пальпуються, інфільтратів в малому тазу немає, склепіння вільні. Був встановлений діагноз фіброміома матки, постгеморагічна анемія. Виберіть найбільш правильну тактику ведення хворої. (Провести діагностичне фракційне вишкрібання з подальшим оперативним лікуванням; об'єм операції вирішити після подальшого інструментального та лабораторного обстеження.)

Методичну розробку практичного заняття підготував д.мед.н професор кафедри акушерства і гінекології № 2 Ліхачов В.К.

20.10.2016

Прорецензував професор В.К.Ліхачов

Методична розробка обговорена та затверджена на засіданні кафедри акушерства і гінекології №2, протокол № 10 від 10 січня 2017 року

Методична розробка переглянута і доповнена „_____” _____201__р.