

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

**МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ ДО СЕМІНАРСЬКОГО ЗАНЯТТЯ  
ДЛЯ ЛІКАРІВ-КУРСАНТІВ ЦИКЛУ СПЕЦІАЛІЗАЦІЯ ЗА ФАХОМ  
«ЗАГАЛЬНА ПРАКТИКА СІМЕЙНА МЕДИЦИНА»  
(ДЛЯ ЛІКАРІВ ТЕРАПЕВТІВ-ДІЛЬНИЧНИХ ТА ЛІКАРІВ  
ПЕДІАТРІВ-ДІЛЬНИЧНИХ)**

Навчальна дисципліна	Акушерство та гінекологія
Тема:	<b>Доброякісні пухлини жіночих статевих органів</b> (код курсу 04.02.02)
Курс	4 місяці навчання
Спеціальність	Загальна практика – сімейна медицина

Полтава

Кількість навчальних годин: 2 години

### I. Актуальність теми

Лейоміома матки – одна з найбільш поширених пухлин статевих органів жінки. Хворі з лейоміомою складають від 4 до 10% загальної кількості гінекологічних хворих. Це захворювання досить часто супроводжується такими ускладненнями, які призводять до зниження і тимчасової втрати працездатності. Хворі на лейоміому часто підлягають оперативному втручанню. В них можливі такі ускладнення, як анемія, зміни серцево-судинної діяльності, в зв'язку з чим лікарям інших спеціальностей (терапевт, гематолог, хірург) доводиться зустрічатися з хворими лейоміомою матки, тому знання цього захворювання необхідно лікарям всіх спеціальностей.

### II. Навчальні цілі заняття

*Для опанування теми заняття курсант повинен знати:*

1. Знати етіологію і патогенез пухлиноутворення.
2. Клініка, діагностика, лікування пухлин епітеліального походження.
3. Класифікація доброякісних новоутворень статевих органів жінки.
4. Показання та протипоказання до оперативного втручання.
5. Ускладнення, які можуть виникнути при доброякісних пухлинах матки.
6. Що таке фіброміома матки?
7. Назвіть класифікацію фіброміоми матки.
8. Етіологія і патогенез фіброміоми матки.

*Завдяки проведеному заняттю курсант повинен вміти:*

1. Провести збір анамнестичних даних;
2. Провести піхвове дослідження;
3. Провести пальпацію молочних залоз;
4. Підготувати хвору до операції;
5. Вибрати оптимальний об'єм оперативного лікування;
6. Засвоїти методи збору матеріалу для лабораторних методів дослідження;
7. Знати схему гормонального лікування фіброміоми;
8. Вияснити можливі оперативного лікування при фіброміомах.

### III. Цілі розвитку особистості майбутнього фахівця

Використання етико-деонтологічних прийомів у процесі клінічного обстеження вагітних та виконанні лікарських маніпуляцій.

Розвинути почуття відповідальності у лікарів-курсантів за правильність дій на етапах обстеження та лікування жінок з доброякісними пухлинами жіночих статевих органів

Формування у лікарів психологічної та фахової готовності до реальних умов професійної діяльності.

### IV. Міждисциплінарна інтеграція:

Дисципліни	Знати	Вміти
<i>Попередні:</i>		
1. Анатомія	Особливості розташування органів малого тазу, іннервація, кровопостачання	Бімануальне обстеження жінок
2. Патологічна фізіологія	Особливості появи новоутворень	

<i>Наступні:</i>		
1. Онкогінекологія	Механізми розвитку новоутворень. Теорії онкогенезу	Відрізнити основні пухлино подібні утворення статевих органів

#### IV. Зміст теми семінарського заняття

##### **ДОБРОЯКІСНІ ПУХЛИНИ ЗОВНІШНІХ СТАТЕВИХ ОРГАНІВ**

До доброякісних пухлин зовнішніх статевих органів відносять фіброму, міому, ліпому, міксому, гемангіому, лімфангіому, папілому, гілраденому.

Фіброма — це пухлина сполучнотканинного характеру, переважно поодинокі, щільні, іноді м'яке утворення округлої або овальної форми із гладеньким рельєфом, широкою основою або тонкою ніжкою, не спаяне із прилеглими тканинами. Фіброму формують клітини зрілої волокнистої сполучної тканини і пучки колагенових волокон. За переважання пухких колагенових волокон фіброма має м'яку консистенцію, волокон із грубими гіалінізованими пучками і невеликою кількістю клітин — щільну. Найщільнішою є десмоїдна фіброма, утворена з пучків, які переплітаються, та сполучнотканинних клітин. Локалізуються фіброми переважно в товщі великої соромітної губи або в підслизовому шарі піхви. Фіброми, як правило, відрізняються повільним, експансивним ростом. Десмоїдна фіброма має схильність до малігнізації. Лікування хірургічне.

Міома — пухлина, яка виростає із м'язових волокон, переважно із тканин великої соромітної губи, рідше — зі стінки піхви. За морфологічною структурою розрізняють лейоміому — пухлину із гладеньких м'язових волокон і рабдоміому — пухлину з поперечних м'язових волокон. Локалізуються міоми переважно в товщі великих соромітних губ, мають щільно-еластичну консистенцію. Пухлина рухома й відмежована від прилеглих тканин, росте повільно, прогноз сприятливий, лікування хірургічне. Ліпома розвивається переважно з жирової тканини, яка міститься у ділянці лобкового підвищення і великих соромітних губ. Утворена зрілою жировою тканиною зі сполучнотканинними прошарками. Має м'яку консистенцію, відносно рухома. Лікування хірургічне.

Міксома (дивертикул Нукке) — пухлина, що розвивається із залишків мезенхіми, діагностується переважно в осіб літнього віку, локалізується в підшкірній жировій клітковині лобкового підвищення і великих соромітних губ. Перебіг доброякісний, лікування хірургічне.

Гемангіома виникає на тлі природженого ателектазу судин шкіри і слизових оболонок зовнішніх статевих органів. Пухлина розвивається у вигляді вузла, швидко росте і може досягати великих розмірів. Клінічно ангіома проявляється синюшною, пурпуровою та червоною плямою, що дещо піднімається над рівнем слизової оболонки або шкіри. Слизова оболонка в ділянці плями на вигляд набрякла, складки її загрубілі, покривний епітелій розпушений. Кольпоскопічно визначають розширену сітку анастомозуючих, місцями варикозно розширених судин. Хворим із гемангіомами призначають хірургічне лікування, кріотерапію, електрокоагуляцію, ін'єкції склерозуючих речовин, променевої терапії. Вибір методу лікування продиктований локалізацією, характером, ступенем поширення пухлини і віком хворої. За наявності не прогресуючої, не виразкової пухлини, яка не порушує жіночих функцій, за хворими встановлюють нагляд. У разі прогресуючої клініки показані висічення гемангіоми, електрокоагуляція, кріохірургія. Прогноз задовільний.

Лімфангіома розвивається з лімфатичних судин шкіри переважно в ділянках, розташованих ближче до пахвинних складок, має вигляд множинних дрібногорбистих

вузликів, що іноді зливаються між собою. Зовнішній вигляд лімфангіоми типовий: синюватого забарвлення припухлість, м'яка, іноді дещо чутлива. Прощупуються щільні включення. Росте повільно, іноді інфікується. Лікування хірургічне — висічення пухлини. Прогноз задовільний.

Папілома — пухлина з покривного епітелію у вигляді сосочкового розростання, з екзофітним ростом здебільшого в ділянці великих соромітних губ. Макроскопічно: обмежена поодинокі або множинна пухлина на тонкій ніжці чи на широкій основі. Поверхня нерівна, дрібно- або грубозерниста, часто покрита відростками, що нагадують цвітну капусту, різного забарвлення ~ від білого до коричневого. Папілому варто диференціювати з кондиломою. Перебіг переважно доброякісний, однак за певних умов можливе переродження на злоякісну. Лікування хірургічне.

Гідраденома — доброякісна пухлина, що виростає з елементів потових залоз. Проявляється переважно у віці 15 — 20 років. Локалізація — великі соромітні губи, лобкове підвищення. Має вигляд множинних симетричних висипань у формі плоских, округлих чи овальних вузликів розмірами від 0,2 до 1 см. Забарвлення варіює від рожево-жовтого до жовто-коричневого. Зворотному розвитку не піддається, не перероджується на злоякісну. Диференціальна діагностика — із папульозним сифілісом. Лікування хірургічне, прогноз сприятливий.

Кісти піхви діагностують рідко і виявляють, як правило, під час профоглядів. Можливі прості мезонефральні (кісти поздовжньої протоки над'яєчника (гартне- рового ходу)) або парамезонефральні кісти, особливо у верхньому відділі піхви, ближче до її склепіння. Кіста піхви — утворення ретенційне, безболісне, тугоеластичної консистенції.

Аденоз (множинні кісти піхви, що містять слиз) спостерігають рідко, у піхві також можуть виявлятися гетеротопії ендометрія (ендометріоз).

### **ДОБРОЯКІСНІ ПУХЛИНИ ТІЛА МАТКИ**

Серед доброякісних пухлин тіла матки переважно діагностують міому (фіброміому, лейоміому) матки і дуже рідко — кісти матки. Міома матки — доброякісна, гормонально-залежна пухлина, що походить із гладеньких м'язів матки. Міому матки виявляють у 15 — 17 % жінок віком 35 років. Термін “міома матки” найбільшою мірою визнаний і широко вживаний, оскільки характеризує морфогенез пухлини — її розвиток із м'язової тканини матки. Інші назви (“фіброма”, “фіброміома”) рекомендовано використовувати для уточнення її гістобудови. При фібромах матки превалюють елементи сполучнотканинної строми, при фіброміомах відзначається рівне співвідношення клітин м'язової і сполучної тканин. Кожна міома матки, як правило, є множинною, тому термін “множинна міома матки” позбавлений логічного смислу.

Етіологія і патогенез.

Запропоновано низку гіпотез щодо патогенезу міоми матки. У хворих з міомою матки змінюється циклічна секреція лютеїнізуючого і фолікулостимулюючого гормонів із превалюванням останнього. Порушується метаболізм статевих стероїдів. У фолікулінову фазу менструального циклу переважає рівень естрогену і естріолу, а в лютеїнову — естріолу на тлі зниженої секреції прогестерону. Ріст і розвиток міоми матки значною мірою зумовлені порушеннями естрогенрецепторної системи ендометрія. у патогенезі міоми матки певне місце відведено порушенням периферійної гемодинаміки і водно-електролітного балансу — зниженню еластичності стінок судин, посиленню кровонаповнення, утрудненню відтоку крові, підвищенню концентрації калію в плазмі крові. В останні роки встановлено, що до розвитку доброякісної пухлини із міометрія призводять біологічно-активні субстанції, так звані фактори росту. Зокрема рівень епідермального фактора росту (ЕФР), що міститься як у стромальних, так і в епітеліальних клітинах м'язової тканини, при міомі матки в кілька разів перевищує контрольні

показники. Окрім гормональних та імунологічних концепцій патогенезу міоми матки існує й інша теорія її походження, відповідно до якої міома матки є не пухлиною, а гіперплазією міометрія і розвивається на фоні нормального менструального циклу. Прихильники теорії міогенної гіперплазії вважають, що формування міоми матки відбувається у ділянках міометрія, які відрізняються складним переплетенням м'язових волокон (зона “дистрофічних порушень”) — по середній лінії матки, поблизу трубних кутів, збоку від шийки матки. Пусковим механізмом гіперпластичного процесу є тканинна (локальна) гіпоксія м'язових елементів матки, що виникає під дією різних несприятливих факторів і особливо виражена в зоні “дистрофічних порушень”. Гіпоксія призводить до дедиференціації клітин міометрія, у результаті чого вони набувають здатності до проліферації на тлі фізіологічної секреції статевих стероїдів. У свою чергу, постійна нерегульована проліферація м'язових волокон зумовлює утворення міоми матки.

### **Класифікація.**

За локалізацією розрізняють міому матки типової локалізації — у тілі матки (95 % випадків) і шийкову міому (5 % випадків; мал. 34). Залежно від типу росту міоми в м'язовій оболонці матки розрізняють три форми пухлини: інтрамуральну (пухлина розташовується в товщі стінки матки), субмукозну (міома росте в напрямку до порожнини матки) і субсерозну (ріст міоми в напрямку до черевної порожнини). На позначення підслизової пухлини, розташованої переважно в м'язовій оболонці (більше ніж на 1/3 об'єму вузла), використовують термін “міжм'язова міома матки із центрипетальним ростом”. За умови екзофітного росту міоми з нижніх відділів тіла матки або її шийки (шийкова міома) пухлина може розташовуватися за очеревиною (заочеревинна міома матки) або між листками широкої зв'язки (міжзв'язкова міома матки). Форми росту міоми матки різняться не лише морфологічною будовою. Так, субмукозні й інтрамуральні пухлини віднесено до справжніх міом матки, оскільки співвідношення в них паренхіми і стромы становить 1:2, субсерозні — до фіброміом, тому що в цих пухлинах зазначене співвідношення досягає 1:3. За потенційною здатністю до росту активація обмінних процесів найвираженіша в субмукозних міомах, що зумовлює високу тенденцію до їх малігнізації. Серед субмукозних вузлів міоми розрізняють особливу форму — пухлини, що народжуються і проростають у порожнину матки в напрямку до внутрішнього вічка. Народження міоматозних вузлів призводять до згладжування та розширення країв маткового вічка і нерідко супроводжується виходом пухлини за межі останнього.

Клінічна картина при міомі матки різноманітна і залежить від віку пацентки, тривалості захворювання, локалізації і розмірів пухлини, а також преморбідного фону і наявності супутніх патологічних процесів. Здебільшого міома матки перебігає безсимптомно. При симптомній фіброміомі до найхарактерніших клінічних проявів відносять порушення менструального циклу і функцій суміжних органів, особливо прискорене сечовипускання. Біль, як правило, локалізується в нижніх відділах живота і попереку. Постійний ниючий біль супроводжує підочеревинну міому і зумовлений розтягненням очеревини або стисненням нервових сплетень малого таза. Гострий біль виникає при порушеннях кровопостачання в пухлинах. Переймоподібний біль піл час менструації з'являється в разі підслизової локалізації пухлини. Менорагії (тривалі менструації з рясними виділеннями) відзначають за наявності субмукозних вузлів, що деформують порожнину матки. Метрорагії (ациклічні маткові кровотечі) більшою мірою притаманні міомі міжм'язової і підочеревинної локалізації. Порушення функції суміжних органів спостерігається, як правило, при підочеревинній, шийковій і міжзв'язковій локалізації вузлів міоми, а також за наявності пухлини великих розмірів. Ріст міоми матки переважно повільний, однак

іноді спостерігається і швидке збільшення розмірів пухлини.

### **Діагностика.**

Під час абдомінального дослідження пальпують щільне утворення, яке виходить за межі малого таза; у ході бімануального дослідження виявляють збільшену матку (розміри її оцінюють у тижнях вагітності) з горбистою поверхнею, щільної консистенції, іноді з обмеженою рухомістю. При огляді шийки матки в дзеркалах і під час кольпоскопії легко діагностуються шийкова міома, розташована в піхві, і фіброматозний вузол, що народжується. Ультразвукове дослідження органів малого таза дає змогу визначити розміри, кількість, локалізацію, ехогенність, структуру вузлів, встановити наявність супутньої гіперплазії ендометрія, патологію придатків матки, Гістероскопію застосовують для виявлення підслизових фіброматозних вузлів, визначення стану ендометрія, у деяких випадках використовують гістеросальпінгографію. Перевагою гістероскопії є можливість виконання одночасної біопсії ендометрія, видалення поліпів та субмукозних вузлів, абляції та резекції ендометрія. Порівняно рідко виникає потреба в діагностичній лапароскопії, переважно за необхідності диференціальної діагностики (лейоміома або пухлина яєчника). Для діагностики міоми матки можуть бути використані комп'ютерна томографія, ЯМР. Одним із важливих досліджень у комплексі обстеження хворих з міомою матки є гістологічне дослідження ендометрія та оцінка шийки матки, результати яких багато в чому визначають тактику лікування хворих.

Диференціальну діагностику проводять із саркомою матки, пухлинами і пухлиноподібними утвореннями яєчників, вагітністю, внутрішнім ендометріозом.

Лікування багатокомпонентне і багато в чому визначається віком пацієнтки, станом її преморбідного фону, особливостями пато- і морфогенезу пухлини, локалізацією міоматозних вузлів. Лікування фіброміоми матки може бути консервативним та оперативним. Консервативні методи включають негормональну і гормональну терапію. Гігієнічний режим, раціональна дієта, здійснення медикаментозних впливів для корекції метаболічних порушень показані практично всім жінкам із цим захворюванням. За наявності відповідних умов можливе проведення консервативної гормональної терапії з метою призупинити ріст пухлини й обмежити менструальну крововтрату. Гормональне лікування полягає у призначенні прогестагенів, андрогенних стероїдів та агоністів гонадотропіну, Гіпоестрогенні стани на тлі терапії агоністами гонадотропного релізинг-гормону (ГнРГ) призводять до уповільнення кровотоку в матковій артерії, що сприяє затримці росту і зменшенню в об'ємі міоматозних вузлів. Проте питання про доцільність гормонотерапії у хворих з міомою матки не можна вважати вирішеним. Тривало застосовувати різні типи медикаментозної терапії не рекомендують у зв'язку з можливістю виникнення побічних реакцій. У відповідь на припинення гормонального впливу може спостерігатися експансивний ріст пухлини. Екзогенні гормони (антигормони) призначають хворим з міомою матки в період перименопаузи як альтернативний метод лікування, а також з метою передопераційної підготовки, яка полягає у зменшенні об'єму пухлини і створенні сприятливих умов для хірургічного втручання, обмеженні передбачуваної інтраопераційної крововтрати. Гемостатична терапія включає внутрішньом'язове призначення препаратів, що скорочують матку (окситоцин 1 мл, гіфотоцин 1 мл), препаратів, які підвищують згортання крові (10 % розчин кальцію хлориду по 10 мл внутрішньовенно, вікасол по 0,1 г 3 рази на добу), і таких, що пригнічують фібринолітичну активність крові (5 % розчин амінокапронової кислоти по 100 мл щоденно, дицинон по 2 мл внутрішньом'язово 2 рази на добу протягом 7 днів). У гінекологічній успішно застосовують метод емболізації маткових артерій (ЕМА), суть якого — проведення тазової артеріографії з наступною селективною емболізацією дрібних гілок маткової артерії, що постачають кров'ю міоматозні вузли. Як

емболізати застосовують частинки полівінілалкоголю розміром від 350 до 700 мк. У міоматозних вузлах відбуваються вогнищевий інфаркт, склерозування і гіалінізація. Кровопостачання прилеглого міометрія швидко відновлюється за рахунок множинних колатералей. При відборі хворих для ЕМА слід керуватися такими критеріями: репродуктивний вік (до 45 років), клінічні прояви мено- і метро- рагій і/або больового синдрому, протипоказання до гормонотерапії, відсутність вираженої анемії, безплідність, причиною якої є міома, звичне невиношування вагітності, протипоказання до хірургічного лікування. Серед протипоказань для проведення ЕМА — вагітність, гострі запальні захворювання органів малого таза, ниркова недостатність, підозра на злоякісний процес, алергійні реакції на контрастну речовину, коагулопатії. До відносних протипоказань відносять субмукозне і субсерозне (на ніжці) розташування вузлів, розміри вузла понад 10 см у діаметрі, загальні розміри матки понад 13 — 14 тиж. вагітності.

Показання до хірургічного лікування міоми матки:

- 1) великі розміри пухлини (понад 14 тиж вагітності);
- 2) субмукозне розташування міоми, що супроводжується тривалими мен- струаціями з рясними виділеннями, анемією;
- 3) швидкий ріст пухлини;
- 4) субсерозна міома (на ніжці), при якій існує ризик перекруту ніжки вузла з наступним розвитком у ньому некрозу;
- 5) некроз міоматозного вузла;
- 6) порушення функції суміжних органів;
- 7) шийкова міома матки;
- 8) поєднання міоми матки з іншими захворюваннями статевих органів, що потребують хірургічного втручання;
- 9) безплідність (якщо переконливо доведено, що причиною безплідності є міома матки).

Обсяг хірургічного втручання залежить від віку хворої, наявності супутніх гінекологічних захворювань (стан ендометрія, шийки матки, яєчників, маткових труб), стану репродуктивної функції. Хірургічне лікування може бути радикальним або консервативним. До консервативних оперативних втручань відносять консервативну міомектомію, дефундацію матки, до радикальних — високу надпівхвову (супрацервікальну) ампутацію матки, надпівхвову ампутацію матки, екстирпацію матки. Жінкам репродуктивного віку, зацікавленим у збереженні генеративної функції, виконують органозберігаючі операції, а саме консервативну міомектомію (енуклеація (вилущування) міоматозних вузлів). При субсерозному розташуванні пухлини перевагу віддають лапароскопії. У разі підслизової локалізації пухлини проводять міомектомію методом гістеро- резектоскопії.

#### **Ускладнення.**

Найчастішим ускладненням міоми матки є некроз пухлини, що супроводжується клінічною картиною гострого запального процесу аж до розвитку стану гострого живота. Дегенеративні зміни у вузлах міоми виникають переважно на тлі порушення системи складних біохімічних процесів у судинах, які живлять пухлину, а також перекруту ніжки підочеревинних міоматозних вузлів.

#### **ДОБРОЯКІСНІ УТВОРЕННЯ ЯЄЧНИКІВ**

Частота доброякісних утворень яєчників становить 75 — 87 % випадків усіх новоутворень цього органа. Пильна увага до питань своєчасного виявлення доброякісних пухлин яєчників зумовлена стертістю клінічної картини, пізнім зверненням хворих до фахівців і великою імовірністю злоякісного переродження пухлин. Усі пухлини яєчників поділяють на дві основні групи: 1) кісти, небластоматозні, непроліферуючі; 2) кістоми,

бластоматозні, проліферуючі. Під бластоматозними розуміють справжні пухлини, які характеризуються ростом із розростанням тканин усередині або на поверхні пухлини. Небластоматозні пухлини не мають клітинного росту і не досягають великих розмірів. Кісти яєчника. До небластоматозних пухлин належать фолікулярна, кіста жовтого тіла, лютеїнова, ендометріоїдна і параоваріальна кісти. Ці пухлини віднесено до так званих ретенційних кіст.

Фолікулярна кіста яєчника розвивається з персистуючого фолікула розміром з куряче яйце. Вона має гладеньку поверхню і тонку капсулу. Внутрішня стінка кісти вкрита одним або двома шарами епітеліальних клітин (кубічний епітелій). Рідина, яка заповнює кісту, прозора або із жовтуватим відтінком. Кісти ростуть у бік черевної порожнини. Розрізняють такі кісти жовтого тіла: 1) ті, що виникають на фоні персистенції жовтого тіла або його розвитку в період вагітності; 2) характерні для міхурового заносу.

Лютеїнові кісти, переважно двобічні, формуються при міхуровому заносі та хоріонепітеліомі. Кісти розвиваються швидко. Їхня поверхня гладенька, стінка забарвлена в бурій колір. Вміст таких кіст рідкий, буває густим, забарвлений у жовтий або коричнево-червоний колір, стінка кісти має жовте забарвлення. Кісти розсмоктуються самостійно після видалення міхурового заносу або вилікування хоріонепітеліоми.

Параоваріальні кісти розвиваються із параоваріальних канальців поздовжньої протоки над'яєчника. Унаслідок сецернування епітелієм, який вкриває внутрішні стінки канальців, серозної рідини в отвір канальця останній розширюється, збільшується в об'ємі і набуває характеру ретенційної кісти.

Параоваріальні кісти локалізуються між листками широких зв'язок матки (інтралігаментарно). Переважно однобічні, з гладенькими стінками, округлої форми, однокамерні, як правило, невеликих розмірів. Вміст кіст серозний, нагадує трансудат. До групи кістом яєчника входить низка новоутворень, які за своєю будовою (морфологічною, гістологічною) і формою значно відрізняються одне від одного. В основу класифікації пухлин покладено їхню гістологічну структуру. Усі бластоматозні пухлини поділяють на групи, кожна з яких має свої підгрупи.

Гістологічна класифікація доброякісних пухлин яєчника має такий вигляд (ВООЗ, Женева, 1977):

I. Епітеліальні пухлини.

A. Серозні пухлини:

а) доброякісні: цистаденома, папілярна пистаденома, аденофіброма і цист-аденофіброма.

Б. Муцинозні пухлини:

а) доброякісні: цистаденома, аденофіброма і цистаденофіброма.

В. Ендометріоїдні пухлини: а) доброякісні: аденома, цистаденома, аденофіброма, цистаденофіброма.

Г. Світлоклітинні (мезонефроїдні пухлини):

а) доброякісні: аденофіброма.

Д. Пухлина Бреннера.

Е. Змішані епітеліальні пухлини.

II. Пухлини строми статевого тяжа.

A. Гранульозо-стромальноклітинні пухлини:

а) гранульозоклітинна пухлина (фолікулома);

б) група текаклітинних пухлин (текоми),

Б. Андробластоми, пухлини з клітин Сертолі — Лейдіга.

III. Ліпідно-клітинні пухлини.

IV. Герміногенні пухлини.



А. Тератоми:

- а) дермоїдна кіста або проста тератома;
- б) строма яєчника.

Серед епітеліальних пухлин найзначущими є серозні і муцинозні цистаденоми. За гістобудовою епітелій серозних пухлин нагадує трубний або поверхневий епітелій яєчників. Серед форм, які часто трапляються, виділяють серозні і папілярні цистаденоми (кістоми). Серозна цистаденома (син.: серозна кістома, серозна кістаденома, ціліо-епітеліальна кістома) — найпростіша форма серозних пухлин, як правило, однобічна, однокамерна, з гладенькими стінками. Розміри серозних кістом варіюють від декількох сантиметрів до 30 см у діаметрі, вміст їх представлений прозорою серозною рідиною солом'яного кольору, епітелій, який їх вистилає, однорядний, частіше кубічний або плоский, рідше циліндричний. Основною відмінною ознакою папілярної цистаденоми (син.: папілярна кістома, тонкососочкова кістома) є наявність множинних м'яких сосочкових розростань на внутрішній поверхні пухлини. Папілярні кістоми порівняно невеликих розмірів, характеризуються багатокамерністю і дуже часто двобічним ураженням яєчників. Вміст цих пухлин переважно рідкий, іноді в'язкий, жовтувато-коричневого кольору. Численні сосочки в папілярних цистаденомах мають тонку сполучнотканинну основу, багату на клітини й кровоносні судини, епітеліальний покрив сосочків однорядний, подібний до епітелію маткових труб. Папілярні розростання можуть локалізуватися не тільки на внутрішній (інвертуюча форма), а й на зовнішній поверхні пухлини (евертуюча форма). Розвиток сосочкових структур на зовнішній поверхні кістоми нерідко супроводжується імплантацією сосочків в очеревину. У разі вираженої дисемінації папілярних розростань уражені яєчники й очеревина набувають вигляду цвітної капусти, характерного для ракового процесу. Однак дисемінація і численне розростання сосочків ще свідчить про злоякісність папілярних цистаденом, хоча ризик малігнізації при цьому високий. Серед папілярних цистаденом виділяють морфологічний підвид, що характеризується макро- і мікроскопічними особливостями. Мова йде про грубососочкову кістому, що характеризується появою на внутрішній поверхні капсули поодиноких щільних сосочкових утворень і бляшок, масивна сполучнотканинна основа яких перебуває, як правило, у стані набряку або гіалінозу. Розміри сосочків і бляшок не перевищують 3 — 4 мм, а за розмірами самої пухлини і будовою покривного епітелію грубососочкова кістома наближена до серозної цистаденоми.

Гладенькостінні і папілярні кістоми значно різняться за клінічним перебігом. На відміну від гладенькостінних, папілярні кістоми здебільшого двобічні, нерідко супроводжуються асцитом, інтралігаментарною локалізацією і розростанням сосочків по очеревині. Ці новоутворення характеризуються значним онкологічним потенціалом, оскільки малігнізації зазнають до 50 % папілярних кістом.

До муцинозних пухлин яєчників відносять новоутворення, вистилаючий епітелій яких продукує муцин і за гістобудовою нагадує епітелій каналу шийки матки (ендоцервікс).

Муцинозна цистаденома (син.: муцинозна кістома, проста або сецернуюча псевдомуцинозна кістома) — найпростіша форма муцинозних пухлин, найпоширеніша з усіх інших видів муцинозних новоутворень. Локалізація муцинозних цистаденом переважно однобічна. Двобічне ураження яєчників спостерігається рідко. Як правило, пухлина досягає значних розмірів (іноді велетенських), характеризується округлою або овоїдною формою і багатокамерною будовою. Розміри камер варіюють у широких межах, вміст їх має желеподібний характер. Стінки муцинозних кістом, у тому числі і перегородки камер пухлин, порівняно товсті, внутрішня поверхня гладенька.

Фіброми яєчників.

Відповідно до визначення ВООЗ, фіброми яєчників — це стромальні пухлини, що

складаються з веретеноподібних клітин, які продукують велику кількість колагену. Фіброми яєчника, як правило, однобічні, двобічна локалізація пухлин спостерігається лише в 4 — 10 % випадків. Розміри варіюють від декількох міліметрів до 20 — 30 см. Пухлина має округлу, овальну або ниркоподібну форму, гладеньку поверхню і щільну консистенцію. За наявності набряку і внутрішніх порожнин консистенція фіброму може бути нерівномірною — від м'якої до щільноеластичної. Розрізняють дві форми фіброми яєчника: відмежовану зі збереженням тканини яєчника і дифузну, при якій тканина яєчника не виявляється, а пухлина позбавлена капсули. У ході гінекологічного дослідження фіброму яєчника визначається як рухоме утворення овальної або округлої форми, локалізоване за маткою або збоку від неї. Щільність пухлини нерідко потребує проведення диференціальної діагностики з підочеревинним міоматозним вузлом. До пухлини більші-їх розмірів приєднується асцит. Поєднання асциту з анемією і гідротораксом (тріада Мейгса) відзначається рідко. Фіброму яєчника характеризується повільним ростом, однак при дистрофічних змінах розмір пухлини може швидко збільшуватися.

Зрілі тератоми яєчників.

Тератомам належить третє місце після серозних і муцинозних цистаденом. На частку доброякісних кістозних тератом (син.; дермоциста, дермоїд, зріла кістозна тератома) припадає 90 % випадків усіх тератом і 20 % випадків усіх пухлин яєчників. Зрілі кістозні тератоми локалізуються переважно в правому яєчнику, двобічне розташування спостерігається надзвичайно рідко (10 % випадків). Макроскопічно дермоїдні кісти визначаються у вигляді тонкостінних утворень, округлої або ниркоподібної форми, щільної консистенції. Вміст цих пухлин представлений елементами ектодерми (рогові маси, волосся різної довжини у вигляді клубків), у стінках дермоїдних кіст ідентифікується шіпне утворення, що виступає в порожнину пухлини у формі горба як паренхіматозний або головний горб. Головний горб становить основну частину зрілих кістозних тератом, у ньому виявляють зрілі тканини і рудиментарні органи. На розрізі горба вдається візуалізувати незброєним оком жирову, кісткову і хрящову тканини, подекуди ~ фрагменти кишкової трубки і щитоподібну залозу. Гістологічно в дермоїдних кістах часто виявляють шкіру, волоссяні фолікули, жир, сальні та потові залози, гладеньком'язові волокна, хрящ, кістку, тканини центральної нервової системи та ін. Дермоїдні кісти нерідко мають довгу ніжку, підвищену рухомість і часто розташовуються спереду матки.

Пухлини строми статевого тяжа.

До групи цих пухлин входять гранульозно клітинні і текаклітинні пухлини яєчників, що складаються з клітин, які походять зі статевого тяжа або мезенхіми ембріональних гонад. Частота фанульозоклітинних пухлин становить близько 3 % усіх новоутворень яєчників і 10 % злоякісних пухлин яєчників, гранульозоклітинні пухлини переважно однобічні і формуються у жінок віком 40 — 60 років. Форма пухлини округла або овальна, консистенція щільна. Цей вид пухлин виникає з гранульози фолікулів, які зазнали або зазнають атрезії і впливу підвищеного рівня ФСГ у період постменопаузи. Гранул ьозоклітинні пухлини здебільшого доброякісні, однак зафіксовано випадки злоякісного клінічного перебігу. Гістологічно при цьому гранульозо- клітинні пухлини можуть і не мати ознак малігнізації. Їхня злоякісність проявляється метастазами і рецидивами, які можуть виникати через багато років після видалення пухлини. Частота малігнізації гранульозоклітинних пухлин варіює від 5 до 30 %.

Текаклітинні пухлини (текома) діагностують рідше, ніж гранульозоклітинні, переважно в період постменопаузи. Вони походять із клітин зовнішньої і внутрішньої оболонки фолікулів, гіперплазованої строми яєчника та її ембріональної мезенхіми. У текомі без

ознак морфологічної малігнізації патологічні мітози відсутні. У збереженій незмінній частині гонади і в другому яєчнику нерідко спостерігаються стромальна гіперплазія і/або текоматоз.

Маскулінізуючі пухлини яєчників. Виділяють кілька різновидів таких пухлин, спільна ознака яких — здатність виробляти в підвищеній кількості чоловічий статевий гормон тестостерон, що дає маскулінізуючий клінічний ефект. Виникнення маскулінізуючих пухлин пов'язане з наявністю ембріональних зачатків протилежної статі. До цієї групи відносять андробластоми (маскулінома, аренобластома) і ліпідно-клітинні пухлини. До андробластом відносять пухлини, що містять клітини Сертолі — Лейдіга, а в деяких випадках — індіферентні гонадні клітини ембріонального типу. Серед ліпідно-клітинних пухлин виділяють адреналоподібні пухлини і лютеому.

Адреналоподібна пухлина яєчника гістологічно подібна до аденоми кіркової речовини надниркових залоз. Особливістю лютеоми є наявність у ній або в протилежному яєчнику вогнищевих скупчень лютеїнізованих стромальних клітин. Частота андробластом становить близько 2 % від усіх пухлин яєчників. Вік хворих варіює від 20 до 35 років. Ліпідно-клітинні пухлини переважно характерні для періоду перименопаузи. Маскулінізуючі пухлини, як правило, односторонні утворення, розмірами в середньому до 10 см.

Клінічна картина.

Клінічні прояви доброякісних пухлин яєчників, незалежно від їхньої будови (крім гормонально-активних), мають багато спільного. Ранні стадії захворювання перебігають, як правило, безсимптомно. Тому визначити тривалість існування пухлин яєчників доволі складно. Це і є основною причиною пізнього звернення хворих до лікаря. Узагалі клінічні прояви цієї патології не є специфічними, симптоми захворювання значною мірою залежать від розмірів і локалізації пухлини. Найпоширенішою скаргою хворих із пухлинами яєчників є біль унизу живота і в попереку тягнучого та ниючого характеру. Гострий біль супроводжує перекрут ніжки пухлини і крововилив у разі розриву її капсули. Як правило, біль не пов'язаний із менструальним циклом і з'являється внаслідок подразнення або запалення серозної оболонки, розтягнення капсули пухлини. Саме біль найчастіше змушує хвору звернутися до лікаря. Доброякісні пухлини яєчників нерідко поєднуються з іншими гінекологічними захворюваннями (міома матки, генітальний ендометріоз, сальпінго-офорит). Цілком імовірно, що ці захворювання і зумовлюють порушення менструальної функції (недостатність лютеїнової фази, ановуляцію). Часто в жінок з пухлинами яєчників спостерігають порушення функції суміжних органів, а саме закрепи і розлади сечовипускання. У пацієнок з яєчковими новоутвореннями великих розмірів відзначають збільшення живота, відчуття дискомфорту, у деяких хворих (особливо за наявності серозних пухлин) виникає асцит, зумовлений зниженням резорбційної здатності очеревини. Великі розміри пухлини й асцит зумовлюють появу задишки. Зміна картини крові при доброякісних пухлинах яєчників не має специфічного характеру, за винятком ШОЕ, що збільшується в більшості хворих до 25 — 30 мм/год. Гранульозо- і текаклітинні пухлини належать до фемінізуючих естрогенпродукуючих пухлин. Перестроєння спричинює розвиток клінічної симптоматики, що залежить від віку хворих. У дівчаток спостерігаються передчасна статева зрілість і маткові кровотечі, у жінок репродуктивного віку — ановуляція, ендокринна безплідність і метрорагія. У період постменопаузи відмічають підвищення лібідо, соковитість слизової оболонки піхви, маткові кровотечі, в ендометрії часто виявляють гіпергоіастичні процеси: залозисту, залозистокістозну й атипову гіперплазію.

Клінічні прояви маскулінізуючих пухлин характеризуються двома періодами. Спочатку розвивається дефемінізація (припинення менструацій, безплідність), надалі —

вірилізація у вигляді гіпотрофії фудних залоз, зниження лібідо, гіпертрофії клітора, гірсутизму, погрубішання голосу. Лише зрідка андробластома і ліпідно-клітинні пухлини не дають маскулінізуючого ефекту або ж дають фемінізуючий і вірилізуючий ефекти одночасно. Діагностика. У хворих із пухлинами та пухлиноподібними утвореннями яєчників відсутні характерні, специфічно достовірні клінічні симптоми, властиві якому-небудь одному виду цієї патології (за винятком гормонально-активних пухлин).

Діагноз пухлини яєчника встановлюють на підставі клініко-анамнестичних даних, результатів піхвового, ректального досліджень, а також додаткових методів діагностики. Під час бімануального дослідження здебільшого вдається визначити розміри, консистенцію, рухомість і характер поверхні новоутворення, локалізацію і зв'язок з органами малого таза. Фолікулярна кіста і кіста жовтого тіла бімануально визначається як безболісне рухоме утворення округлої форми, щільноеластичної консистенції, розташоване збоку і позаду матки, розмірами не більше ніж 8 — 10 см. Кістами яєчників переважно розташовуються збоку і назад від матки. Прості серозні пухлини, як правило, однібічні, тугоеластичної консистенції, папіярні — двобічні. Однібічні муцинозні кісти мають кулясту горбисту поверхню. Фіброми яєчників щільні, однібічні. Дермоїдні кісти нерідко локалізуються вперед від матки. Гормонально-активні пухлини переважно однібічні, щільної консистенції. Пухлини яєчників характеризує безсимптомний перебіг на початкових етапах розвитку, схильність до перероїження на злоякісні з раннім метастазуванням, у зв'язку з чим особливої актуальності набувають питання доклінічної діагностики пухлин яєчників, установа характеру патологічного процесу, а також диференціації їх із пухлиноподібними утвореннями. Незважаючи на успіхи, досягнуті у виявленні пухлин яєчників, доопераційне встановлення справжньої природи оваріального утворення надзвичайно важливе, оскільки визначає індивідуальну тактику ведення хворих у кожному конкретному випадку. Для діагностики пухлин і пухлиноподібних утворень яєчників застосовують сучасні високотехнологічні методи дослідження: трансвагінальну ехографію, колірне доплерівське картування, спіральну комп'ютерну томографію, магнітно-резонансну томографію, за необхідності — лапароскопію. За підозри на злоякісний процес у яєчниках доцільно визначати рівень пухлиноасоційованого антигену СА-125, оцінювати стан усіх органів і систем черевної порожнини (УЗД), у тому числі і сечової системи (екскреторна урографія) для уточнення поширення патологічного процесу, а також дослідження травного тракту (з метою виключити метастатичний рак яєчників і встановити зв'язок кишок з виявленим новоутворенням). Для оцінки морфофункціональної структури оваріальних утворень з метою розпізнати доброякісні і злоякісні зміни в комплексі крім трансвагінальної ехографії застосовують колірне доплерівське картування (ВДК). Широкі можливості для розпізнавання пухлин яєчників і проведення диференціальної діагностики дає лапароскопія. При цьому вдається візуально оцінити стан органів черевної порожнини і малого таза, визначити наявність пухлини, уточнити її локалізацію і зв'язок з іншими органами, виконати інтраопераційну біопсію з наступним гістологічним дослідженням біоптату.

Ускладнення доброякісних пухлин яєчників.

При перекруті ніжки пухлини різко порушується кровопостачання і живлення новоутворення, виникають крововиливи і некроз. Під анатомічною ніжкою розуміють утворення, сформоване підвішувальною зв'язкою, власного зв'язкою яєчника та брижою. Хіругічна ніжка включає ще й розпластану на пухлині трубу. Клінічно перекрут ніжки проявляється симптоматикою гострого живота. Раптово виникають різкий біль, нудота, блювання. Під час огляду виявляють дефанс передньої черевної стінки, перитонеальні

симптоми, парез кишок. У ході піхвового дослідження пальпується різко болюче, обмежено рухоме утворення, у цій ситуації показане екстрене оперативне лікування в обсязі видалення придатків матки (ніжку не розкручують!). Рідким ускладненням є нагноєння вмісту пухлини. При цьому інфекція гематогенним або лімфогенним шляхом проникає в пухлину, вміст якої піддається гнійному розплавленню. Гнояк може прорватися в порожнинний орган (кишку, сечовий міхур), у результаті чого виникають нориці. У цій ситуації показане оперативне лікування. Розрив капсули кістоми спостерігають вкрай рідко. Розрив може статися спонтанно (унаслідок дегенеративних змін стінки пухлини) на тлі травми або після грубо проведеного дослідження. В останньому випадку пухлина не визначається. Клінічно проявляється різким болем унизу живота, зрідка внутрішньочеревною кровотечею, що вимагає негайного оперативного лікування. Особливо небезпечний розрив муцинозної кістоми яєчника, який може при звести до виникнення псевдоміксоми очеревини, у разі формування псевдо- міксоми очеревини виконують негайну радикальну операцію — ампутацію або екстирпацію матки із придатками, резекцію сальника (чепця) і пристінкової очеревини з імшіантатами, звільнення черевної порожнини від вільно розмішених холодеподібних мас. Диференціальну діагностику пухлин яєчників проводять із фіброміомою матки, ендометріозом, запальною тубооваріальною пухлиною, дистопованою ниркою. У деяких випадках виникають труднощі з диференціацією пухлини яєчника і кишкового новоутворення. Застосування додаткових методів дослідження (фіброгастроскопія, колоноскопія, іригоскопія) дає змогу встановити вірний діагноз.

Лікування. Встановлення діагнозу пухлини яєчника диктує необхідність оперативного втручання, яке слід проводити з обов'язковою морфологічною інтраопераційною діагностикою. За наявності доброякісної пухлини яєчника в жінок репродуктивного віку доцільно виконувати органозберігаючу операцію, тобто видалення пухлини збереження здорової тканини яєчника. У більшості пацієнок при цьому зберігаються менструальна і репродуктивна функції. Результати проведених досліджень переконливо показують, що чим більше незміненої тканини яєчника залишилося, тим швидше відновлюється його функція.

Протипоказаннями до виконання операції такого обсягу є перекрут ніжки пухлини або нагноєння та її інфікування. Видалення придатків матки показане молодим жінкам за наявності протипоказань до органозберігаючих операцій на яєчниках, а також у період пре\* і постменопаузи. Матку із придатками видаляють за підозри на малігнізацію (ламкі, такі, що легко кровоточать, сосочкові розростання, мозкоподібні маси, що розпадаються, геморагічний вміст пухлини) у жінок старшої вікової групи.

Вибір методу хірургічного втручання, як правило, залежить від віку хворої, розмірів оваріальних утворень, супутньої гінекологічної патології, а головне, від морфологічної структури, при пухлинах порівняно великих розмірів доцільно по-різному застосовувати "відкриту" лапароскопію — мінілапаротомію, за допомогою якої вдається відносно легко витягати тканини із черевної порожнини. У процесі ендохірургічного лікування ендометріюїдних кіст яєчників перевагу віддають традиційній лапароскопії, виконання якої дає змогу здійснити огляд черевної порожнини з метою ідентифікувати численні імплантати на очеревині. У разі поєднання пухлин яєчників із захворюваннями матки (міома, внутрішній ендометріоз) призначають радикальну операцію. В останні роки для хірургічного лікування пухлин яєчників досить часто застосовують лапароскопію. Ендоскопічний метод доцільно застосовувати для лікування хворих репродуктивного віку з метою зберегти репродуктивний потенціал, Пацієнткам із соматичною патологією, а також з оваріальними новоутвореннями великих розмірів виконують традиційний

череворозтин.

### ДОБРОЯКІСНІ ПУХЛИНИ МАТКОВИХ ТРУБ

До доброякісних пухлин маткових труб належать кіста, фіброма, міома, ліпома, лімфангіома, папілома, тератома та ін. Кісти маткових труб звичайно є наслідком запальних процесів, на тлі яких облітеруються матковий і ампульний кінці труби з накопиченням в її просвіті секрету (гідросальпінкс). Фіброма, міома, ліпома локалізуються в ділянці маткової частини труби, папілома — у черевному отворі, лімфангіома — у ділянці перешийка й ампули. Доброякісні пухлини маткових труб не мають характерної клініки, ростуть повільно і рідко досягають великих розмірів. Діагноз встановлюють, як правило, випадково, під час проведення лапаротомії. Лікування хірургічне. Прогноз сприятливий.

### VI. План та організаційна структура семінарського заняття

№ п/п	Основні елементи семінарського заняття, їхні функції та зміст	Тип семінару. Матеріали методичного забезпечення	Розподіл часу
1. 2. 3. 4.	<b>Підготовчий етап</b> 1. Організаційні заходи. 2. Визначення актуальності теми. 3. Визначення навчальних цілей. 4. Забезпечення позитивної мотивації.	Навчально-методичне обґрунтування теми та цілей заняття.	5 хв.
2.	<b>Основний етап</b> Аналіз та узагальнення теоретичного матеріалу за планом: 1. Класифікація доброякісних пухлин жіночих статевих органів 2. Лейоміома матки 3. Доброякісна пухлино подібні утворення яєчників 4. Доброякісні пухлино подібні утворення маткових труб	Проблемний семінар. Мультимедійний супровід.	75 хв.
1. 2. 3.	<b>Заключний етап</b> 1. Підбиття підсумків, загальні висновки 2. Відповіді на можливі запитання. 3. Завдання до наступного семінару.	Перелік навчальної літератури. План теми наступного семінару. Матеріали самоконтролю.	10 хв.

### VII. Матеріали методичного забезпечення

*Місце проведення заняття:* навчальна кімната, палата гінекологічних хворих, кабінет функціональної діагностики.

*Оснащення:* Для проведення заняття підготувати 3-5 жінок з різними формами доброякісних пухлиноподібних уражень жіночих статевих органів

**Рекомендована література(навчальна,наукова):**

1. Бохман Я.В. Руководство по онкогинекологии. Санкт-Петербург, ООО «Издательство Фолиант», 2002.
2. Гинекологическая диагностика и лечение // Под. общ. ред. Л.А.Сулопарова. - М.: 2006.
3. Лихачов В.К. Гормональная диагностика в практике акушера-гинеколога: Руководство для врачей. –Киев, 2012. 154 с.
4. Вовк И.К., Корнацкая А.Г., Чайка В.К. Опухольвидные поражения яичников.- Киев,2007.-32с.
5. *Гинекология: национальное руководство* / Под ред. В.И. Кулакова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 1072с.
6. *Назаренко Т.А.* Синдром поликистозных яичников.– М., 2005.– 207с.
7. *Цивьян Б.Л.* Эндовидеохирургическая технология в диагностике и лечении доброкачественных опухолей яичников // Журнал акушерства и женских болезней. – 2001. – № 3. – С. 63–65.
8. Наказ МОЗ України «Про затвердження стандартів та клінічних протоколів надання медичної допомоги зі спеціальності «Хірургія» № 297 від 02.04.2010.– К., 2010.– 315 с.
9. Гінекологія: підручник для ВМНЗУ III-IV рівнів-В.І.Грищенко М.О., Щербига Б.М., Венцківський та ін./-Медицина,2007.
10. Наказ МОЗ України від 29.12.2003 № 620 «Про організацію надання акушерсько-гінекологічної та неонатологічної допомоги в Україні».

### ***Питання:***

1. Етіологія і патогенез пухлиноутворення.
2. Класифікація пухлин яєчників.
3. Клініка, діагностика, лікування пухлин епітеліального походження.
4. Клініка, діагностика, лікування пухлин сполучнотканинного походження.
5. Ліпідно-клітинні пухлини яєчників. Клініка, діагностика, лікування.
6. Герміногенні пухлини. Особливості розвитку, росту і клінічних проявів.
7. Назвати суттєві відмінності в будові і клінічному перебігу кіст і кістом яєчника.
8. Класифікація кіст яєчників.
9. Механізми утворення кіст.
10. Особливості клінічного перебігу кіст яєчників.
11. Лікування пухлин яєчників.
12. Показання та протипоказання до оперативного втручання.
13. Ускладнення, які можуть виникнути при доброякісних пухлинах яєчників.

### ***Тестові завдання***

Жінка 41-го року поступила у стаціонар зі скаргою на переймоподібні болі внизу живота та кров'янисті виділення із вагіни. В анамнезі 1 пологи, 2 медаборта. Об'єктивно: шкіряні покрови бліді; при вагінальному дослідженні виявлена міома матки до 8 тижнів в вагітності. При УЗД виявлена деформація порожнини матки субмукозним вузлом, який знаходиться в її дні. Яке лікування треба провести?

- A. Оперативне лікування.
- B. Лікування екстрогенами.
- C. Лікування андрогенами

D. Симптоматичне лікування.

E. Лікування гестагенами

Породілля скаржитья на біль в молочній залозі. В ділянці болю інфільтрат 3x4 см., з розм'ягшенням у центрі. Температура тіла 38,5°C. Який найбільш вірогідний діагноз?

A. Гострий гнійний мастит

B. Пневмонія

C. Плеврит

D. Затримка молока

E. Пологова травма

На 14 день после родов к врачу обратилась родильница с жалобами на внезапно появившуюся боль, гиперемия и уплотнение в молочной железе слева, повышение температуры до 39°C, головную боль, недомогание. Объективно: трещина в области соска, увеличение в объеме левой молочной железы, усиление боли при ее пальпации. О какой патологии можно думать в данном случае?

A. Лактационный мастит

B. Киста левой молочной железы с нагноением

C. Фиброаденома левой молочной железы

D. Рак молочной железы

E. Флегмона молочной железы

При обстеженні хворої 46 років встановлено діагноз: рак лівої молочної залози T2N2M0, кл. гр. II-a. Який план лікування цієї хворої?

A. Променева терапія+операція+хіміотерапія

B. Тільки операція

C. Операція+променева терапія

D. Променева терапія+операція+хіміотерапія

E. Тільки операції

### **Ситуаційні задачі:**

Хвора 28 років звернулася в жіночу консультацію зі скаргами на тупий біль внизу живота, температура до 37,5°C. Хворіє 3 роки, при об'єктивному дослідженні тіло матки нормальних розмірів, рухоме, не болюче. Придатки з обох боків збільшені в розмірах, болючі при пальпації, склепіння піхви глибокі. Параметрії вільні.

#### **Сформулюйте діагноз.**

Хвора 34 роки, звернулася до лікаря зі скаргами на значні рідкі виділення з піхви. Остання менструація була тиждень тому. Статеве життя з 24 років. Контактні кровотечі. В дзеркалах: на передній губі шийки матки виразка розміром 1см, взята біопсія. Мікроскопічно виявлений плоскоклітинний рак.

#### **Визначть тактику ведення пацієнтки.**

Хвора 23 років звернулася в жіночу консультацію зі скаргами на тупий біль в попереку та незначні кров'яністі виділення із статевих шляхів.

Вагітність перша. Втручання заперечує. Захворіла 2 доби тому.

В анамнезі - кір, скарлатина, дифтерія, малярія, черевний тиф.

Менструації з 17 років, регулярні по 3 дні, болючі, скудні. Остання менструація 9 тижнів тому.

Загальний стан задовільний, температура 36,6°C, пульс 74 за 1 хв, наповнений.

Гінекологічне обстеження: шийка матки конічної форми. Зовнішнє вічко закрите. Матка м'яка, збільшена до розмірів жіночого кулака. Кров'яністі виділення в невеликій кількості.

#### **Сформулюйте діагноз**

Жінка 35 років звернулася у жіночу консультацію із скаргами на незначні кров'яні виділення. Гінекологічний статус: зовнішні статеві органи без патологічних змін. Слизова



оболонка піхви не змінена. Шийка матки циліндрична, гіпертрофована, з боковими надривами. На передній губі – ерозія до 2 см в діаметрі, кровить при доторкуванні. Матка в anteflexio, звичайних розмірів. Склепіння вільні. Придатки не визначаються.

**Які дослідження необхідно застосувати для уточнення діагнозу?**

**Методичну рекомендацію семінарського заняття підготувала ас. кафедри акушерства і гінекології № 2 Тарановська О.О.  
5.01.2017**

**Прорецензував професор В.К.Ліхачов**

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

**Методична рекомендація переглянута; доповнення та зміни внесені  
„\_\_\_\_\_” \_\_\_\_\_ 201\_\_ р.**