

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ВИЩИЙ ДЕРЖАВНИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД УКРАЇНИ
«УКРАЇНСЬКА МЕДИЧНА СТОМАТОЛОГІЧНА АКАДЕМІЯ»
КАФЕДРА АКУШЕРСТВА ТА 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 та гінекологія
Тема:	Доброякісні пухлини матки та гіперпластичні процеси ендометрію (код курсу 13.2.)
Курс	Передатестаційний цикл
Факультет	Післядипломної освіти
Спеціальність	Акушерство і гінекологія

Полтава

I. Науково-методичне обґрунтування теми

Фіброма матки – одна з найбільш поширених пухлин статевих органів жінки. Хворі з фіброміомою 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 фіброміому 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 фіброміомою матки, тому знання цього захворювання необхідно лікарям всіх спеціальностей.

II. Навчально-виховні цілі

Для формування вмінь курсант повинен знати:

-сформувати у лікарів основні уявлення про важливість дотримання принципів деонтології та лікарської етики при обстеженні хворої, проведенні лікувально-діагностичних маніпуляцій;
-протягом усього заняття викладач зобов'язаний виховувати лікарів на власному прикладі(своїм зовнішнім виглядом, культурою мови та спілкування з хворими медперсоналом), підтверджуючи, що деонтологія є невідомою частиною морально-етичних норм професій лікаря.

В результаті проведення заняття курсант повинен уміти:

- Провести збір анамнестичних даних;
- Провести піхвове дослідження;
- Провести пальпацію молочних залоз;
- Підготувати хвору до операції;
- Вибрати оптимальний об'єм оперативного лікування;
- Засвоїти методи забору матеріалу для лабораторних методів дослідження;
- Знати схему гормонального лікування фіброміоми;
- 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.

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

IV. Міждисциплінарна інтеграція:

Дисципліни	Знати	Вміти
I. Попередні дисципліни Анатомія людини	Будову жіночих статевих органів	
II. Наступні дисципліни		
Онкогінекологія	Класифікацію передракових станів ендометрію	Провести лабораторне

		обстеження жінки Лікування раку ендометрію
III. Внутрішньопредметна інтеграція Оцінювати фактори ризику ГПЕ, доброякісних утворень матки	Етіологія даних процесів	Складати план обстеження при підозрі на ГПЕ Призначати лікування ГПЕ та доброякісних утворень матки

V. Зміст навчального матеріалу

Міома доброякісна пухлина, яка виникає в гормональнозалежному органі (матці). Частота цього захворювання у жінок від 25 до 40 років складає 17-25%. За патогенезом існують такі погляди:

Теорія первинної міоми. Коли на першому місці знаходиться порушення нейроендокринної регуляції внаслідок спадкових причин, патогенетичних та інфантилізму.

Вторинна міома. Найбільшу роль у розвитку захворювання грають порушення рецепції. У таких жінок в анамнезі виявляються багато вагітностей, абортів, аномалій розвитку статевих органів, хронічні запальні процеси, що призводять до порушення чутливості р-рецепторів до прогестерону.

Класифікація міом:

1. За зміною форми матки – вузлові, дифузні.
2. За кількістю вузлів: поодинокі, множинні.
3. За характером росту: інтерстиціальну, субсерозні, субмукозні.
4. За часом росту: швидко- та повільноростучі.
5. За місцем розташування вузлів: дно мати, тіло, ділянка перешийка, шийка матки.

Розбираються особливості клінічного виникнення різних форм міоми матки, зупиняються на симптомних і безсимптомних міомах матки. Особлива увага звертається на симптоматику субмукозної міоми матки: кровотеча типу мено-метрорагії, наявність постгеморагічної анемії, переймоподібних болей під час менструацій. Можливе народження субмукозного вузла.

Ускладнення: профузні кровотечі, некроз вузла, злоякісне переродження, тромбоз вен тазу та ніг, тромбоемболія легеневих судин, внаслідок гіперкоагуляції, кальциноз вузла, нагноєння вузла, перекручування ніжки вузла міоми.

Діагностика проводиться із застосуванням спеціальних методів дослідження: зондування матки, вишкрібання матки при метрорагіях, гістероскопія і гістеросальпінгографія (при субмукозній міомі), ультразвукове дослідження.

Лікування фіброміоми повинно бути суворо індивідуальним і залежати від віку жінки, розмірів пухлини і локалізації вузлів особливостей клінічної течії, наявності супутніх захворювань.

Показання до оперативного лікування:

1. Тривалі менструації.
2. Розміри пухлини 13-14 тижнів і більше.
3. Швидкий ріст пухлини (4 тижня за рік).
4. Непліддя.
5. Субмукозна міома.
6. Субсерозна міома з перекрутом ніжки вузла.

Види оперативного лікування: консервативна міомектомія (у жінок молодого віку при

неплідді, поодинокі вузли, видалення вузла на ніжці).

Консервативна терапія складається з гормонального лікування, симптоматичного, фізіотерапевтичного, а також перебдачає виявлення і лікування гінекологічних та екстрагенітальних захворювань.

З метою корекції гормонального дисбалансу призначаються гестагени, як прогестеронового ряду (прогестерон, прегнін, 17-ОПК), так і норстероїдного (норколут, норетістерон, примолютнор).

Схеми призначення норколуту:

I. Кортка (для жінок репродуктивного віку з невеликими розмірами пухлини).

По 1 таб. (5 мг) з 16-18 дня циклу 8-10 діб, через 1,5-3 місяці перехід на ½ таблетки. Загальна тривалість лікування 9 міс.-1 рік.

6-8 міс. По ½ таб., перерва до року.

6 міс. По ½ таб., перерва 1 рік.

II. Тривала схема (для жінок пременопаузального періоду, чи молодих з швидким ростом пухлини).

1 курс: з 5 по 25 день по 1 таб., поки мензіс не стане тривалістю до 3-4 діб, потім 2-3 місяці по 0,5 таб.

Загальна тривалість курсу 7-8 місяців, перерва 4-5 місяці.

2 курс: тривалість 6 місяців по 0,5-1 таб.(в залежності від особливостей менструальної функції), перерва 6-8 місяців.

3 курс: тривалість 4 місяці, перерва 1,5-2 роки.

Андрогени застосовуються з метою пригнічення менструальної функції, викликають атрофію ендометрію. Застосовуються: метилтестостерон по 2 таб, 3 рази в день (30 мг) на протязі 20 днів, 3 місяці з 10-денною перервою; метиландростендіол; тестостерона пропріонат.

Сентитичні прогестини застосовуються з метою регуляції менструальної функції у жінок до 40 років. Треба враховувати склад і співвідношення компонентів СПП. Наявність в них естрогена обмежує їх застосування в клінічній практиці.

Показом до кортикостероїдної терапії є субклінічна наднирникова недостатність.

Агоністи РГЛГ (бусерелін, гoserелін, декапептил) викликають різке зниження секреції ЛГ і як слідство, зниження естрогенної активності яєчників. На цьому фоні відмічено регрес міоматозних вузлів. Декапептил вводиться в/м перші 5 діб циклу кожні 4 тижні.

Жінкам з міомою показані вітаміни групи В, аскорбінова кислота, вітаміни А, Е в II фазу. Обов'язково проводити антианемічне лікування, протизапальну терапію, покращити чутливість рецепторів (глутамінова кислота, дібазол), призначаються утеротоніки та седативні засоби.

Немедикаментозна терапія включає призначення бальнеотерапії, фітотерапії, ендоназального електрофорезу з вітаміном В1, електрофорез з цинком, калій йодид, вібромасажу, пелоїдотерапії.

Особливу увагу звертають на тактику лікаря при поєднанні міоми матки і вагітності. Якщо вузли невеликі і не перешкоджають протіканню пологового акту (субсерозні та інтерстиційні), вагітність, як правило протікає без ускладнень. Якщо вузли розташовані по ходу пологового тракту, або під час вагітності виникає порушення живлення вузла, ставиться питання про оперативне втручання. При доношеній вагітності проводять кесарський розтин, видаляють крупні вузли (консервативна міомектомія). При тотальному враженні матки і можливості доносити вагітність, при доношеному плоді проводять кесарський розтин, а матку видаляють.

Жінкам з міомою на 4-5 тижнів вагітності до 20 тижнів необхідно приймати по 0,5 таб. туріналу.

ГІПЕРПЛАЗІЯ ЕНДОМЕТРІЯ

Гіперплазія ендометрія – доброякісна патологія слизової оболонки матки, яка характеризується прогресуванням клініко-морфологічних проявів від простої та комплексної гіперплазії до атипових передракових станів ендометрія і розвивається на тлі абсолютної чи відносної гіперестрогенії.

Класифікація за МКХ-10:

N84 Поліп жіночого статевого органа

N84.0 Поліп тіла матки

Поліп ендометрія

N85 Інші незапальні ураження матки, за винятком шийки матки

N85.0 Залозиста гіперплазія ендометрія:

кістозна, залозисто-кістозна, поліпoidна

N85.1 Аденоматозна гіперплазія ендометрія

Гіперплазія ендометрія атипова (аденоматозна)

Класифікація гіперпроліферативних процесів ендометрія (розроблена субкомітетом по тілу матки Міжнародного товариства гінекологів-патологів і затверджена ВООЗ, 1994):

- проста неатипова гіперплазія ендометрія;
- комплексна неатипова гіперплазія ендометрія;
- проста атипова гіперплазія ендометрія;
- комплексна атипова гіперплазія ендометрія;
- аденокарцинома.

Клініко-морфологічна класифікація гіперпроліферативних процесів ендометрія [Я.В. Бохман, 1985]:

1. Фонові процеси: залозиста гіперплазія, ендометріальні поліпи.
2. Передракові захворювання: атипова гіперплазія.
3. Рак ендометрія.

У термінології ВООЗ (1994), на відміну від класифікації Бохмана (1985) та МКХ-10 не виділено термін “поліпоз ендометрія” так, як його рекомендують трактувати як результат продуктивного хронічного ендометриту, що потребує дообстеження та адекватної етіопатогенетичної протизапальної терапії, а гормональна терапія у цих випадках визначається особливостями морфофункціональної структури фонового ендометрія.

Згідно класифікації ВООЗ(2004):

- для *простої неатипової гіперплазії ендометрія* характерно збільшення кількості як залозистих, так і стромальних елементів, при незначній перевазі перших;

- основною ознакою *комплексної неатипової гіперплазії ендометрія* є наявність тісного розташування залоз поширеного або вогнищевого характеру. Залози щільно прилягають одна до одної з втратою строми між ними. Інша важлива ознака цього виду гіперплазій - підвищена структурна складність залоз з багаточисельними латеральними та внутрішньозалозовими виступами епітелію у просвіт залоз і строму. У залозах зазвичай спостерігається більш виражена багаторядність епітелію, ніж у разі простої гіперплазії.

- *проста атипова залозиста гіперплазія ендометрія* відрізняється від простої і комбінованої неатипової гіперплазій наявністю атипії клітин залоз, що проявляється втратою полярності розташування та незвичайною конфігурацією ядер, які часто набувають округлу форму. Ядра клітин при даному виді гіперплазії – поліморфні, і в них нерідко виділяються великі ядерця. Цей варіант атипової гіперплазії зустрічається досить рідко;

- **комплексна атипова гіперплазія ендометрія** характеризується вираженою проліферацією епітеліального компонента, що поєднується із тканинною та клітинною атипією без інвазії базальної мембрани залозистих структур. Залози втрачають звичну для нормального ендометрія регулярність розташування, вони вкрай різноманітні за формою і розмірами. Епітелій, який вистилає залози, складається із крупних клітин з поліморфними, округлими або витягнутими ядрами з порушеною полярністю та багаторядністю їх розташування.

Обстеження жінок з гіперпроліферативними процесами ендометрія за наявності клінічних показань включає:

1. Бактеріологічне та бактеріоскопічне дослідження.
2. Гормональне обстеження стану гіпофізарно-гонадної системи.
3. Дослідження функції щитоподібної залози.
4. Проведення тесту толерантності до глюкози.

При інтерпретації гістологічних заключень надзвичайно важливим є застосування уніфікованих методів оцінки ендометрія клініцистами і гістологами з використанням єдиної класифікації його патологічних станів та оцінки їх функціональної категорії (див.табл.1).

Таблиця 1. – Функціональні категорії різних видів гіперпроліферативних процесів ендометрія (G.L.Mutter et al.,2000)

ВООЗ номенклатура (1994)	Функціональна категорія	Лікування
Проста неатипова гіперплазія	Ефект відносної або абсолютної гіперестрогенії	Гормонотерапія
Комплексна неатипова гіперплазія		
Проста атипова гіперплазія	Предрак	Гормональне або хірургічне лікування
Комплексна атипова гіперплазія		
Аденокарцинома	Рак	<i>Базується на стадії</i>

Клініка

Клінічними проявами гіперпроліферативних процесів ендометрія є маткові кровотечі по типу метро- або менорагії, однак у 10-30% випадків відмічається асимптомний перебіг захворювання.

Діагностика

Основні задачі діагностики:

1. Виявлення гіперпластичного процесу та клінічна інтерпретація результатів гістологічного дослідження ендометрія.
2. Встановлення гормонозалежності гіперпластичного процесу та оцінка особливостей гормонального дисбалансу у конкретної пацієнтки.

Основним методом скринінгу та моніторингу стану ендометрія є ультразвукове дослідження з використанням трансвагінального датчика.

Ультразвукове дослідження:

- товщина ендометрія;
- його структура;
- рельєф порожнини матки;
- наявність супутньої патології біометрія;
- анатомічні особливості додатків матки.

У пацієнок в пери- та постменопаузі доцільно обчислювати ендометріально-маткове співвідношення (ЕМС) - відношення товщини ендометрія до передньо-заднього розміру матки, яке дозволяє враховувати більш швидкий темп інволюції ендометрія у порівнянні з міометрієм.

Ультразвукові ознаки різних видів патології ендометрія наведені у таблиці 2.
Таблиця 2.

Види патології ендометрія	Ультразвукові ознаки				
	Структура	Включення	Звукопровідність	Зовнішній контур М-ехо	Рельєф порожнини
Проста гіперплазія	неоднорідна (+)	дрібні багаточисельні ехопозитивні	підвищена	рівний	не змінений
Комплексна гіперплазія (аденоматозна)	неоднорідна (++)	дрібні багаточисельні ехонегативні	незначно підвищена	рівний	не змінений
Поліпи	неоднорідна (+++)	різної щільності та розмірів	середня або різко підвищена	округлі утворення різного діаметру	деформований
Атипова гіперплазія	неоднорідна (+++)	дрібні ехопозитивні або ехонегативні	підвищена	переважно нерівний, іноді відсутній розподіл з міометрієм	незмінений або деформований

Діагноз гіперплазії ендометрія може бути встановлений лише у результаті гістологічного дослідження.

Ультразвукові показання до взяття матеріалу для морфологічного дослідження ендометрія

У перименопаузі та репродуктивному періоді:

- збільшення товщини ендометрія більш 16 мм або УЗД-ознаки порушення структури ендометрія;
- ЕМС більше 0,33.

У постменопаузі:

- збільшення товщини ендометрія більше 5 мм;
- ЕМС більше 0,15.

Основним методом отримання зразків ендометрія для гістологічного дослідження є **діагностичне вишкрібання порожнини матки**, яке за умови відсутності протипоказань проводиться за 7 днів до місячних, діагностична можливість його значно розширюється при використанні гістероскопії.

Застосування гістероскопії дозволяє:

- візуалізувати патологічні зміни ендометрія і визначати їх особливості і локалізацію;
- контролювати якість діагностичного вишкрібання з прицільним видаленням можливих залишків гіперпроліферативного ендометрія або поліпів при мінімальному травматизмі здорової тканини.

- виконувати внутрішньоматкові операції з застосуванням електроструму і лазерної хірургії.

Аспіраційна біопсія ендометрія проводиться за допомогою Pipelle та рекомендується для моніторингу стану ендометрія у разі проведення гормонотерапії. Застосування її на етапі скринінгового обстеження не рекомендується у зв'язку з неспівпаданням результатів гістологічного дослідження зразків ендометрія, отриманих при біопсії і кюретажі, у 18-42% випадків.

Етапи лікування пацієнок з гіперплазією ендометрія

I етап - видалення зміненого ендометрія з наступним морфологічним дослідженням та визначенням подальшої тактики залежно від виду патології ендометрія.

II етап - гормональна терапія, спрямована на супресію ендометрія.

Тривалість даного етапу гормональної терапії - 6 місяців з повторним гістологічним дослідженням через 3 та 6 місяців. За умови гістологічного підтвердження гіперплазії ендометрія через 3 місяці на тлі гормонотерапії проводиться корекція лікування, а у жінок із атипovими формами гіперплазії – метод лікування погоджується з онкогінекологом.

Гормонотерапія проводиться у репродуктивному періоді, а у пери- та постменопаузі – лише при неатипових формах гіперплазії ендометрія.

Групи препаратів, які застосовуються для гормонотерапії гіперпластичних процесів ендометрія

Гестагени:

- дідрогестерон (лише при неатиповій гіперплазії ендометрія у репродуктивному віці з 5 по 25 день в дозі 20-30мг на добу);

- медроксипрогестерона ацетат (режими та дози див. табл.3);
- гестонорону капроат (режими та дози див. табл.3);
- 12,5% 17 оксипрогестерону капронат (режими та дози див. табл.3).

Агоністи ГнРГ :

- гозерелін 3,6 мг підшкірно 1 раз у 28 днів;
- бусерелін 3,75 в/м 1 раз у 28 днів;
- бусерелін спрей назальний 900мг на добу щоденно.

Показання до застосування агоністів ГнРГ у жінок з гіперплазією ендометрія:

- проста неатипова ГЕ у пери- та постменопаузі;
- рецидивуючий перебіг простої неатипової ГЕ у репродуктивному віці після монотерапії гестагенами;
- неатипова комплексна ГЕ у репродуктивному віці та перименопаузі;
- рецидивуюча комплексна неатипова ГЕ в репродуктивному віці;
- проста і комплексна атипова ГЕ в репродуктивному віці;
- ГЕ у сполученні із лейоміомою матки або аденоміозом.

Застосування агоністів ГнРГ у поєднанні із гестагенами доцільно протягом 3 місяців, а у разі необхідності (за умови відсутності атрофії ендометрія при контрольному гістологічному дослідженні ендометрія після 3-х місяців терапії) - до 6 місяців. У разі підтвердженої атрофії ендометрія через 3 місяці у подальшому проводиться призначення монотерапії гестагенами ще 3 місяці. Агоністи у цих випадках використовуються з метою підвищення ефективності консервативної терапії та профілактики метаболічних і психопатологічних порушень у результаті тривалого застосування високих доз (див.табл.3) пролонгованих гестагенів (гестонорона капроат, медроксипрогестерон, депо-провера, 17-оксипрогестерону капроната).

У разі комплексного застосуванні гестагенів з агоністами ГнРГ можливе застосування непролонгованих форм гестагенів.

III етап - оптимізація гормонального статусу з метою попередження розвитку гіперестрогенемії.

У репродуктивному віці:

- відновлення двохфазного менструального циклу за умови необхідності збереження репродуктивної функції (див. протокол лікування ановуляторної неплідності);
- використання гормональних контрацептивів із гестагеном, що має виражений антипроліферативний ефект на ендометрій (монофазні естроген-гестагенні препарати: етінілестрадіол (0,03 мг) – левоноргестрел (0,15 мг), етінілестрадіол (0,03 мг) – дезогестрел (0,15 мг), етінілестрадіол (0,03 мг) – дієногест (2,0 мг));
- локальне використання гестагенів (внутрішньоматкова система з левоноргестрелом).

У перименопаузі – меностаз із застосуванням агоністів ГнРГ (бусерелін- 3 місяці) на тлі прийому гестагенів протягом 6 місяців.

IV етап - диспансерне спостереження протягом 5 років після ефективної гормональної терапії та 6 місяців після оперативного лікування (УЗД органів малого тазу 2 рази на рік, див. наказ МОЗ від 28.12.2002 №503).

Паралельно з гормонотерапією за клінічними показаннями проводиться корекція обмінно-ендокринних порушень, нормалізація стану центральної і вегетативної нервових систем, корекція імунного статусу.

За умови неефективності консервативної терапії ГЕ показано хірургічне лікування. У разі неатипових формах ГЕ, особливо у жінок репродуктивного віку, доцільно використання гістероскопічної резекції або абляції ендометрія (В), а при атипових – перевага віддається гістеректомії. Однак у репродуктивному віці та у будь-якому віці за умови наявності соматичної патології можливо застосування абляції ендометрія і при атипових формах

Показання до оперативного лікування хворих із гіперпластичними процесами ендометрія:

У репродуктивному віці:

- комплексна атипова ГЕ за умови відсутності ефекту від консервативної терапії через 3 місяці,
- проста атипова та комплексна неатипова гіперплазія за умови неефективності терапії через 6 місяців.

У клімактеричному періоді:

- комплексна атипова гіперплазія – при встановленні діагнозу,
- проста атипова та комплексна неатипова гіперплазія – за умови відсутності ефекту від консервативної терапії через 3 місяці.

Недоцільно розширювати показання до гістеректомії у разі ГЕ без попередньої консервативної терапії, особливо у пацієток у віці до 49 років. У той же час, важливо підкреслити необхідність розширення вищезгаданих показів до хірургічного лікування, у разі наявного ризику можливої малігнізації індивідуально у кожної конкретної пацієнтки з урахуванням факторів ризику розвитку раку ендометрія.

Фактори ризику розвитку раку ендометрія:

- неплідність в анамнезі;

- ожиріння сімейний варіант неоплазій молочної залози, яєчників, товстого кишковика та тіла матки (Lynch Syndrome Type II);
- полікістоз яєчників;
- цукровий діабет, переважно II типу;
- інсулінорезистентність;

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.	Підготовчий етап 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.	Основний етап Аналіз та узагальнення теоретичного матеріалу за планом: 1. Лейоміома матки, класифікація. 2. Гормональні методи діагностики лейоміоми матки. 3. Ендоскопічні методи дослідження при лейоміомі матки. 4. Комп'ютерна томографія як перспективний метод дослідження в гінекології. 5. Особливості УЗ-діагностики при лейоміомі матки. 6. Гормональні методи лікування лейоміоми матки 7. 8. . Класифікацію передракових станів ендометрію 9. Етіологія даних процесів. 10. Методи діагностики. 11. Методи лікування. 12. Засвоїти методи збору матеріалу для лабораторних методів	Проблемний семінар. Мультимедійний супровід.	75 хв.
1. 2.	Заключний етап 1. Підбиття підсумків, загальні висновки 2. Відповіді на можливі запитання.	Перелік навчальної літератури. План теми наступного семінару. Матеріали самоконтролю.	10 хв.

ВІІ. Методичне забезпечення

Місце проведення заняття: навчальна кімната, палати гінекологічного відділення, кабінет функціональної діагностики.

Оснащення: Для проведення заняття підготувати 3-5 жінок з різними формами гінекологічної патології, історії хвороби, необхідні аналізи, таблиці тощо.

ПЕРЕЛІК РЕКОМЕНДОВАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. *Сметник В.П., Тумилович В.Г.* Неоперативная гинекология: Руководство для врачей. - М.: МИА, 2003. - 592 с.
2. *Татарчук Т.Ф., Задорожная Т.Д., Коренная Е.Е.* Морфофункциональные особенности гиперпролиферативных процессов эндометрия на фоне хронического эндометрита // Здоровье женщины. - № 4. - 2004. - С. 59-62.
3. *Татарчук Т.Ф., Бурлака Е.В.* Современные принципы диагностики и лечения гиперпластических процессов эндометрия // Здоровье женщины. - № 4 (16). - 2003. - С. 107-114.
4. *Татарчук Т.Ф., Бурлака О.В., Коринна К.О.* Медикаментозна терапія гіперпроліферативних процесів ендометрію // Ліки та життя. - 2005. - 15-18 лютого. - С. 100-101.
5. Лихачов В.К. Гормональная диагностика в практике акушера-гинеколога: Руководство для врачей. - Киев, 2012. - 154 с.
6. *Дубоссарская З.М., Дубоссарская Ю.А.* Репродуктивная эндокринология. - Донецк: Лира, 2008. - 416 с.
7. Наказ МОЗ України від 29.12.2003 № 620 «Про організацію надання акушерсько-гінекологічної та неонатологічної допомоги в Україні»
8. Наказ МОЗ України від 31.12.2004 №676 «Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги» (гіперплазія ендометрія, гінекологічна ендоскопія).
9. Лихачов В.К. Практическая гинекология с неотложными состояниями: Руководство для врачей. - М.: Медицинское информационное агентство, 2013. - 840 с.

Перелік контрольних питань:

1. Лейоміома матки, класифікація.
2. Гормональні методи діагностики лейоміоми матки.
3. Ендоскопічні методи дослідження при лейоміомі матки.
4. Комп'ютерна томографія як перспективний метод дослідження в гінекології.
5. Особливості УЗ-діагностики при лейоміомі матки.
6. Гормональні методи лікування лейоміоми матки
7. Класифікація передракових станів ендометрію
8. Етіологія даних процесів.
9. Методи діагностики.
10. Методи лікування.

ПЕРЕЛІК РЕКОМЕНДОВАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. *Сметник В.П., Тумилович В.Г.* Неоперативная гинекология: Руководство для врачей. - М.: МИА, 2003. - 592 с.
2. *Татарчук Т.Ф., Задорожная Т.Д., Коренная Е.Е.* Морфофункциональные особенности гиперпролиферативных процессов эндометрия на фоне хронического эндометрита // Здоровье женщины. - № 4. - 2004. - С. 59-62.

3. Татарчук Т.Ф., Бурлака Е.В. Современные принципы диагностики и лечения гиперпластических процессов эндометрия // Здоровье женщины. - № 4 (16). - 2003. - С. 107-114.
4. Татарчук Т.Ф., Бурлака О.В., Корінна К.О. Медикаментозна терапія гіперпроліферативних процесів ендометрію // Ліки та життя. - 2005. - 15-18 лютого. - С. 100-101.
5. Лихачов В.К. Гормональная диагностика в практике акушера-гинеколога: Руководство для врачей. –Киев, 2012. _154 с.
6. Дубоссарская З.М., Дубоссарская Ю.А. Репродуктивная эндокринология.– Донецк: Лира, 2008.– 416с.
7. Наказ МОЗ України від 29.12.2003 № 620 «Про організацію надання акушерсько-гінекологічної та неонатологічної допомоги в Україні»
8. Наказ МОЗ України від 31.12.2004 №676 «Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги»(гіперплазія ендометрія, гінекологічна ендоскопія).
9. Лихачов В.К. Практическая гинекология с неотложными состояниями: Руководство для врачей.-М.: Медицинское информационное агентство, 2013.-840 с.

Тестові завдання

. Жінка 54 років скаржиться на мажучі кров'янисті виділення з піхви та диспареунію. Менопауза протягом 3 років. При ультразвуковому дослідженні виявлена атрофія ендометрія. При огляді в дзеркалах – слизова оболонка піхви бліда, суха, відмічаються виразки на слизовій оболонці. Виберіть найбільш підходяще лікування або процедуру.

1. Роздільне діагностичне вишкрібання порожнини матки
2. Призначення медроксипрогестерон-ацетату
3. Послідовна терапія естрогенами і прогестероном *
4. Біопсія ендометрію
5. Застосування естрогенового крему

2.Хвора 48 років скаржиться на рясні менструації. Менструації до цього часу були без відхилень від норми. Родів — 2, абортів — 2. За останні 2 роки до гінеколога не зверталась. Об'єктивно: зовнішні статеві органи без патології, шийка матки циліндрична, чиста. Тіло матки збільшене до 14 — 15 тижнів вагітності, нерівної поверхні, рухоме, безболісне. Склепіння глибокі. Придатки не визначаються, область їх безболісна. Параметрії вільні. Виділення слизові. Який найбільш вірогідний діагноз?

1. Хоріонепітеліома
2. Саркома тіла матки
3. Вагітність 14-15 тижнів
4. Фіброміома матки *
5. Рак ендометрію

3. Хвора 36 років звернулась в жіночу консультацію з скаргами на біль внизу живота. Сама хвора знайшла пухлину в черевній порожнині. Менструації до цього часу були без відхилень від норми, але стали більш рясними. Остання менструація 10 днів тому. Родів — 2, абортів — 2. За останні 2 роки до гінеколога не зверталась. Об'єктивно: зовнішні статеві органи без патології, шийка матки циліндрична, чиста. Тіло матки збільшене до 22 — 23 тижнів вагітності, нерівної поверхні, рухоме, безболісне. Склепіння глибокі. Додатки не визначаються, область їх безболісна. Параметрії вільні. Виділення слизові. Який найбільш вірогідний діагноз?

1. Фіброміома матки *
2. Саркома тіла матки
3. Вагітність 14-15 тижнів
4. Хоріонепітеліома

5. Рак ендометрію

4. Хвора 48 років, звернулась з приводу того, що за останні 8 — 9 місяців менструації дуже рясні, приводять до анемізації, порушена працездатність. Протягом 2 років спостерігається гінекологом з приводу фіброміоми матки. Об'єктивно: шийка матки циліндрична, чиста, вічко закрите. Тіло матки в нормальному положенні, збільшене до 9 — 10 тижнів вагітності, нерівної поверхні, цупке, рухоме, безболісне. Придатки з обох сторін не визначаються. Параметрії вільні. Склепіння глибокі. Виділення слизові. Який найбільш вірогідний діагноз?

1. Рак ендометрію *
2. Субсерозна фіброміома матки
3. Інтерстиціальна фіброміома матки
4. Ендометріоз з переважним ураженням тіла матки
5. Фіброміома матки та вагітність

5. Хвора 14 років, звернулась в гінекологічне відділення зі скаргами на рясні кров'янисті виділення зі статевих шляхів, на протязі 8 днів, що з'явилися після затримки менструації на 2 місяці. Менархе з 13 років, по 4 дні, через 28 днів, помірні. В аналізі крові Нв=90г/л, еритроцити $2,0 \cdot 10^{12}/л$, АТ=100/60 мм рт.ст. При ректальному дослідженні матка нормальних розмірів, придатки не пальпуються. Який діагноз найбільш імовірний:

1. * Ювенільна кровотеча
2. Поліп ендометрію
3. Неповний аборт
4. Коагулопатія

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 анифлексію-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 зішкрібку 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 к.мед.н ас. кафедри акушерства і гінекології № 2 Тарановська О. О.

07.11.2016

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.