

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

**Затверджено:**  
на засіданні кафедри  
акушерства і гінекології №2  
протокол № \_\_ від «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ року  
Завідувач кафедри  
д.м.н., проф. \_\_\_\_\_ В.К. Ліхачов

**МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА СЕМІНАРСЬКОГО ЗАНЯТТЯ  
ДЛЯ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ ФАХУ «АКУШЕРСТВО І ГІНЕКОЛОГІЯ»  
ІІ РОКУ НАВЧАННЯ**

Навчальна дисципліна	Акушерство і гінекологія
Тема:	<b>Гіперпластичні процеси ендометрію ( I заняття) (код курсу 16.3)</b>
Курс	ІІ
Спеціальність	Акушерство і гінекологія

Кількість навчальних годин: 2 години.

### I. Актуальність теми

Проблема діагностики та лікування гіперплазії ендометрію викликає підвищений науковий та практичний інтерес, зумовлений не тільки високою частотою, а й ризиком малігнізації, оскільки в 30-70% випадків рак ендометрію в пери- і постменопаузі розвивається на тлі гіперпластичних процесів.

### II. Навчальні цілі заняття

*Для опанування теми заняття інтерн повинен знати:*

1. Класифікацію передракових станів ендометрію
3. Етіологія даних процесів.
4. Методи діагностики.
5. Методи лікування.
6. Підготувати хвору до операції;
7. Засвоїти методи збору матеріалу для лабораторних методів дослідження.

*В результаті проведення заняття интерн повинен уміти:*

1. Оцінювати фактори ризику ГПЕ .
2. Скласти план обстеження при підозрі на ГПЕ.
3. Діагностувати ГПЕ
4. Призначати лікування ГПЕ

### 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

### III. Цілі розвитку особистості майбутнього фахівця

- сформувати у лікарів основні уявлення про важливість дотримання принципів деонтології та лікарської етики при обстеження 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 невід'ємною частиною морально-етичних норм у професії лікаря.

### IV. Міждисциплінарна інтеграція:

Дисципліни	Знати	Вміти
<b>I. Попередні дисципліни</b> Анатомія людини	Будову жіночих статевих органів	
<b>II. Наступні дисципліни</b>		
Онкогінекологія	Класифікацію передракових станів ендометрію	Провести лабораторне обстеження жінки

		Лікування раку ендометрію
<b>III. Внутрішньопредметна інтеграція</b> Оцінювати фактори ризику ГПЕ	Етіологія даних процесів	Складати план обстеження при підозрі на ГПЕ Призначати лікування ГПЕ

## V. Зміст теми семінарського заняття

**Гіперпластичні процеси ендометрію (ГПЕ)**-доброякісна патологія ендометрію, що характеризується прогресуванням клініко-морфологічних проявів від простої та комплексної гіперплазії до атипових предракових станів ендометрію і розвивається на тлі абсолютної чи відносної гіперестрогенії.

Проблема діагностики та лікування гіперплазії ендометрію викликає підвищений науковий та практичний інтерес, зумовлений не тільки високою частотою, а й ризиком малігнізації, оскільки в 30-70% випадків рак ендометрію в пери- і постменопаузі розвивається на тлі гіперпластичних процесів.

Крім того, гіперпроліферативні процеси ендометрію є частою причиною виникнення аномальних маткових кровотеч, частота яких становить 10-25% серед гінекологічних захворювань.

*За міжнародною класифікацією(ВООЗ, 1982), до доброякісних(фонових) захворювань ендометрія належать такі:*

- залозиста гіперплазія ендометрія;
- залозисто-кістозна гіперплазія ендометрія;
- поліпоз ендометрія.

*До передракових станів належать:*

- гіперплазія залоз із проліферацією клітин;
- аденоматоз та аденоматозні поліпи.

*Залозисто-кістозна гіперплазія, якщо вона спостерігається в постменопаузі або неодноразово рецидивує у репродуктивному віці, теж належить до передракових станів.*

*Залозиста та залозисто-кістозна гіперплазія ендометрія— це різні ступені того самого процесу. Різниця між ними полягає у наявності чи відсутності кіст у гіперплазованому ендометрії.*

Ознак атипії клітин при цих захворюваннях немає. Поліпоз утворюється в результаті прогресуючого розвитку гіперплазії.

*Атипова гіперплазія (аденоматоз) характеризується структурною перебудовою і більш інтенсивною проліферацією залоз, порівняно з іншими видами гіперплазії. Циліндричний епітелій залоз багатоядерний, утворює вирости в просвіт залоз, ядра збільшені, значна кількість патологічних мітозів. При вираженій формі аденоматозу залози щільно прилягають одна до одної, строма між ними майже відсутня, у багаторядному епітелії залоз відмічається поліморфізм. Деякі форми цієї патології мають схильність до малігнізації.*

### Етіологія.

Причини виникнення гіперпластичних процесів— різноманітні гормональні порушення нарівні гіпоталамус-гіпофіз-яєчники. Гіперплазія ендометрія виникає на тлі ановуляції, при монофазних циклах, що супроводжуються абсолютною чи відотною гіперестрогенією. Часто гіперпластичні процеси виникають у хворих із гіперглікемією та ожирінням. У жінок з надмірною масою тіла естрогени(естрон) утворюються в жировій тканині з андрогенів (андростендіону). Це призводить до гіперестрогенемії, тому в худорлявих жінок ризик захворіти на естрогенозалежні захворювання удвічі нижчий.

До групи ризику виникнення гіперпластичних процесів також належать жінки із цукровим діабетом, пізнім початком менопаузи, жінки, що не народжували, з обтяженим сімейним анамнезом, хронічною ановуляцією.

### Класифікація

*Гіперпроліферативних процесів ендометрію:*

- Проста неатипова гіперплазія ендометрію
- Комплексна неатипова гіперплазія ендометрію

- Провта атипова гіперплазія ендометрію
- Комплексна атипова гіперплазія ендометрію
- Аденокарцинома

*Морфологічні ознаки росту неатипової гіперплазії*- збільшення кількості як залозистих, так і стромальних елементів, при незначному переважанні перших:

- Ендометрій збільшений в об'ємі
- Структурно відрізняється від нормального ендометрія (залози і строма активні, залози розташовані нерівномірно, деякі кістозно розширені)
- Має місце баланс між проліферацією строми і залоз
- Кровоносні судини у стромі рівномірно розподілені
- Атипія ядер відсутня

*Морфологічні ознаки комплексної неатипової гіперплазії*- наявність тісного розташування залоз поширеного або вогнищевого характеру:

- Більш виражена проліферація
- Залози структурно неправильної форми
- Порушений баланс між проліферацією строми і залоз
- Більш виражена багаторядність епітелію
- Атипія ядер відсутня

*Морфологічні ознаки простої атипової гіперплазії ендометрію*- наявність атипії клітин залоз, що проявляється втратою полярності розташування і незвичайною конфігурацією ядер, які часто набівають округлої форми. Ядра клітин по даному виді гіперплазії поліморфні, і них нерідко виділяються великі ядерець

Ознаки клітинної атипії:

- Клітинна дисполярність
- Неправильна стратифікація ядер
- Анізоцитоз
- Гіперхроматизм ядер
- Збільшення ядер
- Розширення вакуолей
- Еозинофілія цитоплазми

*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) (В)

ВООЗ номенклатура (1994)	Функціональна категорія	Лікування
Проста неатипова гіперплазія	Ефект відносної або абсолютної	Гормонотерапія

Комплексна неатипова гіперплазія	гіперестрогенії	
Проста атипова гіперплазія	Предрак	Гормональне або хірургічне лікування
Комплексна атипова гіперплазія		
Аденокарцинома	Рак	<b>Базується на стадії</b>

### Клініка

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

### 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	Звукопродивність	Зовнішній контур М-ехо	Рельєф порожнини
<b>Проста гіперплазія</b>	неоднорідна (+)	дрібні багаточисельні ехопозитивні	підвищена	рівний	не змінений
<b>Комплексна гіперплазія (аденоматозна)</b>	неоднорідна (++)	дрібні багаточисельні ехонегативні	незначно підвищена	рівний	не змінений
<b>Поліпи</b>	неоднорідна (+++)	різної щільності та розмірів	середня або різко підвищена	округлі утворення різного діаметру	деформований
<b>Атипова гіперплазія</b>	неоднорідна (+++)	дрібні ехопозитивні або ехонегативні	підвищена	переважно нерівний, іноді відсутній розподіл міометрієм	незмінений або деформований

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

**Ультразвукові показання до взяття матеріалу для морфологічного дослідження ендометрія (А)**

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 електро 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 (С).

**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 (В):**

- 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 непродлонгованих 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)) (С);

- локальне використання гестагенів (внутрішньоматкова система з левоноргестрелом) (В).

У перименопаузі – меностаза 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 (див.табл.4).

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 (С).

### **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.

## 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. . Класифікацію передракових станів ендометрію 2. Етіологія даних процесів. 3. Методи діагностики. 4. Методи лікування. 5. Засвоїти методи збору матеріалу для лабораторних методів	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 семінарського заняття

*Місце проведення заняття*- навчальна кімната, відділення гінекології, жіноча консультація  
*Оснащення* - лабораторні аналізи, оснащення кабінети функціональної діагностики.

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

1. Гінекологія: підручник для ВМНЗУ III-IV рівнів-В.І.Грищенко М.О., Щербига Б.М., Венцківський та ін./-Медицина,2007.
2. Ліхачев В.К. Громова А.М. Методи обстеження та принципи лікування гінекологічних хворих в умовах ЖК.-Полтава,2000.
3. Гормоно-диагностическая патология репродуктивной системы. Руководство для врачей./С.В.Зяблицев,Е.А.Бочерова/.-Донецк;Каштан,2009.
4. Лихачов В.К. Практическая гинекология/ В.К.Лихачов.- Руководство для врачей.- М.: ООО «Медицинское информационное агенство», 2007.-664 с.
5. Наказ МОЗ України від 31.12.2004 №676 «Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги»
6. Наказ МОЗ України від 29.12.2003 № 620 «Про організацію надання акушерсько-гінекологічної та неонатологічної допомоги в Україні»
7. Наказ МОЗ України від 15.07.2011 № 417 «Методичні рекомендації щодо організації надання амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги»
8. Клиническая визуальная диагностика / Под ред. В.Н. Демидова, Е.П. Затикян. – М.: Триада-Х, 2004. – 437с.



9. *Сметник В.П., Тумилович Л.Г.* Неоперативная гинекология: Руководство для врачей. 3-е изд., перераб. и доп. – М.: МИА, 2005.– 632с.

### ***Питання***

1. Класифікацію передракових станів ендометрію
2. Етіологія даних процесів.
3. Методи діагностики.
4. Методи лікування.
5. Засвоїти методи збору матеріалу для лабораторних методів дослідження;

### ***Завдання для самостійної роботи***

1. Оцінювати фактори ризику ГПЕ .
2. Складати план обстеження при підозрі на ГПЕ.
3. Діагностувати ГПЕ
- 4.** Призначати лікування ГПЕ

### ***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. Дода\_тки не визначаються, область їх безболісна. Параметрії вільні. Виді\_лення 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 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 семінарського заняття підготувала доцент кафедри акушерства і гінекології № 2 Т.Ю. Ляховська**

**19.01.2015**

**Прорецензував професор В.К.Ліхачов**

**Методична розробка обговорена та затверджена на засіданні кафедри акушерства і гінекології №2, протокол № 7 від 16.01.2015 року**

**Методична розробка переглянута; доповнення та зміни внесені  
„\_\_\_\_\_” \_\_\_\_\_201\_\_р.**