

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 № __ від «__» _____ 20__ року
Завідувач кафедри
д.м.н., проф. _____ В.К. Ліхачов

**МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ ДО ПРОВЕДЕННЯ СЕМІНАРУ
З ЛІКАРЯМИ – ІНТЕРНАМИ ФАХУ «АКУШЕРСТВО ТА ГІНЕКОЛОГІЯ»
ІІІ РІК НАВЧАННЯ**

Навчальна дисципліна	Акушерство і гінекологія
Тема:	Внутрішній ендометріоз (код курсу 18.1)
Курс	ІІІ
Спеціальність	Акушерство та гінекологія

Полтава

Кількість навчальних годин: 2 години.

I. Актуальність теми

Як свідчать статистичні дані 75-80 % жінок репродуктивного віку страждають на різні естрогенозалежні захворювання. Доброякісні процеси діагностуються у кожної 4-ої жінки віком до 30 років. Згідно даних літератури у жінок старше 40 років патологічні стани молочних залоз виявляють у 60 % випадків. Ендометріоз виявляється у 50-75% гінекологічних хворих, які без ефективно лікують хронічні запальні процеси геніталій.

Ендометріоз — це захворювання, що характеризується розростанням за межами ендометрія ендометріальної тканини, яка за морфологічними ознаками подібна до слизової оболонки матки.

II. Навчальні цілі заняття

Для опанування теми заняття інтерн повинен знати:

1. Класифікація жіночих статевих органів.
2. Будова жіночих статевих органів.
3. Функції жіночих статевих органів.
4. Циклічні зміни в організмі жінки.
5. Регуляцію репродуктивної функції жінки.

В результаті проведення заняття інтерн повинен уміти:

1. Застосовувати сучасні методи діагностики, які використовуються в гінекології.
2. Тести функціональної діагностики яєчників.
3. Регуляція репродуктивної функції жінки.
4. Гінекологічне обстеження;
5. Забор мазків на флору та цитологію.
6. Оцінити результати лабораторних та інструментальних методів дослідження.

III. Цілі розвитку особистості майбутнього фахівця

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

Розродження вагітних з масивною кровотечею, яка супроводжується розвитком геморагічного шоку потребує адекватної психологічної підготовки пацієнтки, що вимагає високої кваліфікації лікаря. При обстеженні вагітної дотримуватися принципів медичної етики та деонтології.

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

IV. Міждисциплінарна інтеграція:

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

V. Зміст навчального матеріалу

Ендометріоз тіла матки (аденоміоз)— найчастіший різновид генітального ендометріозу. Ураження може бути як природженим, так і розвиватися в результаті

операцій на матці, зокрема після частих абортів. Провідним симптомом при обох формах захворювання є альгодисменорея. У пацієток з природженим ендометріозом альгодисменорея з'являється з початком менструації або в перші 2-3 роки після менархе; нерідко інтенсивність болів із самого початку різко виражена. При аденоміозі, що розвивається в результаті операцій на матці (зокрема частих абортів), болісність менструації наростає поступово.

Клінічні прояви внутрішнього ендометріозу тіла матки знаходяться в прямій залежності від ступеня розповсюдження патологічного процесу.

Клінічними критеріями аденоміоза є болісні тривалі та/або рясні менструації, що приводять до виникнення вторинної анемії, болі в нижніх відділах живота напередодні і в перші дні менструації. Однією з скарг хворих є безплідність.

Найчастішим симптомом аденоміоза є збільшення тіла матки (40-80%). При бімануальному дослідженні визначають збільшення передньо-заднього розміру матки перед менструацією (II-IV стадії захворювання) з укороченням зв'язкового апарату. Після закінчення менструації розміри матки зменшуються, іноді до нормальних величин.

Прийнято розрізняти дифузну, вузлувату і осередкову форми. Дифузна форма зустрічається частіше. Больовий синдром більше виражений при вузлуватій формі. Циклічне підвищення ШОЕ, числа лейкоцитів під час менструації і незабаром після її закінчення є характерними ознаками аденоміоза.

Відповідно до класифікації внутрішнього ендометріозу за глибиною розповсюдження в міометрії він поділяється на:

- внутрішній ендометріоз тіла матки I ступеня (проростання слизової оболонки на глибину одного поля зору при малому збільшенні мікроскопа),
- внутрішній ендометріоз II ступеня (розповсюдження ендометріодної тканини приблизно до середини товщі стінки матки)
- внутрішній ендометріоз III ступеня (у патологічний процес залучена вся товща стінки матки).

Відсутність цитогенної строми навколо поодиноких і невеликих груп залоз, розташованих в міометрії неглибоко від базального шару ендометрія (подібна картина хоч і не часто, але зустрічається), не дає підстави говорити про внутрішній ендометріоз. У хворих внутрішнім ендометріозом I ступеня і у частини їх з внутрішнім ендометріозом II ступеня ясно вираженого збільшення матки найчастіше не відзначається (а якщо виявляється, то не перевищує її величини при 5-6-тижневій вагітності).

У більшості хворих внутрішнім ендометріозом II ступеня і у всіх хворих внутрішнім ендометріозом III ступеня спостерігаються збільшення матки і потовщення її стінок — дифузна форма аденоміоза. Виключення представляє дифузна форма внутрішнього ендометріозу в постменопаузі; у цей період матка найчастіше незначно збільшена. Осередкова і вузлувата форми аденоміоза спостерігаються дещо рідше дифузної. При цих формах у жінок репродуктивного віку і в пременопаузі завжди виявляється гіперплазія м'язової тканини, що оточує вогнища гетеротопічного ендометрія.

У жінок репродуктивного віку і в пременопаузі при внутрішньому ендометріозі тіла матки I ступеня менструальний цикл частіше буває двофазним. Можуть спостерігатися передменструальні кров'яні виділення протягом 2-4 днів. Менструації нерідко рясні. Змін розмірів матки залежно від фаз менструального циклу не спостерігається. При II ступені ендометріозу відмічаються пред- і постменструальні кров'яні виділення, менструації, як правило, рясні, іноді набувають характеру менорагії. У кожній четвертій хворій спостерігається недостатність лютеїнової фази. У другій фазі циклу матка збільшена. У кожній другій хворій спостерігається гіпохромна анемія. При III ступені ендометріозу спостерігаються пред- і постменструальні кров'яні виділення протягом 5-7 днів, менструації рясні. Матка збільшена, різко болісна і розм'якшена. Те ж саме виявляється на ділянках ендометріодних гетеротопій при осередковому аденоміозі. У всіх хворих має місце постгеморагічна анемія з вираженим пойкилоцитозом, анізоцитозом

і гіпохромією еритроцитів. У хворих внутрішнім ендометріозом тіла матки III ступеня і(або) локалізацією ендометріїдних вогнищ в істміко-цервікальному відділі (у останньому гістологічно верифікований ендометріоз виявляється рідко) завжди спостерігається виражений больовий синдром.

Вираженість больового синдрому знаходиться в прямій залежності від поширеності внутрішнього ендометріозу. Із збільшенням її ступеня, особливо при залученні в процес всієї стінки матки аж до серозного покриву (дифузний аденоміоз) біль посилюється, виникає прогресуюча альгоменорея. Напередодні менструації у жінок з аденоміозом з'являється відчуття тяжкості внизу живота, яке часто поєднується з позивами до сечовипускання. Як правило, після закінчення менструації ці симптоми зникають.

Хвороба супроводжується локальною зміною тканинного і гуморального імунітету. Підтвердженням цього є зростання антифосфоліпідних аутоантитіл і онкомаркера СА-125 в периферичній крові, збільшення числа тканинних макрофагів в міометрії, викид IgG, білків С3 і С4 в клітинах ендометріальних ектопічних залоз.

В 60-80% випадків аденоміоз поєднується з іншою патологією, частіше з міомою матки, а також поєднується з ендометріозом очеревини, гіперплазією і поліпами.

УЗД дозволяє з різною часткою достовірності запідозрити аденоміоз при його дифузній формі, а також визначити локалізацію і розмір вогнищ при його вузловій формі. Вивчаючи порівняльну інформативність УЗ ознак аденоміоза, можна сформулювати найхарактерніші з них:

- $\frac{3}{4}$ визначення гіпоехогенних ділянок, які слабо контрастуються;
- $\frac{3}{4}$ нерівномірною ехоструктурою міометрії;
- $\frac{3}{4}$ асиметричне збільшення матки;
- $\frac{3}{4}$ порізаність меж ендометрій/міометрій;
- $\frac{3}{4}$ субендометріальні гіпоехогенні потовщення.

За даними С.Г. Хачкурузова (1999) основним УЗ симптомокомплексом є куляста матка з дифузним підвищенням густини стінок при незмінній ехоструктурі міометрія. Виділені деякі варіанти ехокартини захворювання по стадіях розвитку патологічного процесу:

1. УЗД-негативна фаза.
2. Матка не збільшена, форма матки куляста, структура міометрія не змінена, ехоцильність в нормі або знижена.
3. Матка трохи збільшена, кулястої форми, щільність міометрія підвищена у всіх відділах.
4. Матка збільшена відповідно 7 тижням вагітності, структура міометрія однорідна, щільність його підвищена.
5. Матка збільшена відповідно 9 тижням вагітності, в товщі міометрія видно рівномірно розташовані множинні дрібні ехопозитивні включення.
6. Зворотний розвиток патологічних змін в менопаузі.

УЗ картина при вузловій формі аденоміоза характеризується наявністю в міометрії від 1 (найчастіше) до 3-4 компактно розташованих ехопозитивних включень неправильної округлої, овальної або глибокої форми. Їх розміри досягають 2-6 мм в діаметрі, структура однорідна, ехоцильність висока. Можуть з'являтися кістозні порожнини, що містять дрібнодисперсну суміш, діаметром 7-33 мм.

Всі УЗ ознаки аденоміоза дозволяють лише запідозрити патологічний процес і визначити наявність вогнищ (для подальшого виконання прицільної біопсії міометрія).

Рентгенологічна гістеросальпінгографія дозволяє діагностувати аденоміоз тільки при його глибокому проникненні в міометрій, коли виявляється заповнення контрастом ходів залоз і проникнення їх в товщу стінки матки. Інформативність цього методу при аденоміозі досягає 85%.

При відсутності протипоказань (гострі запальні захворювання, кровотечі) гістеросальпінгографію проводять на 7-10-й день двофазного менструального циклу або раніше, оскільки в цей час тонкий функціональний шар слизової оболонки тіла матки не

заважає проникненню розчину в ендометрію вогнища, які з'єднуються з порожниною матки.

Вранці в день процедури хворій ставлять очисну клізму і безпосередньо перед процедурою звільняють сечовий міхур. Для гістросальпінгографії користуються різною апаратурою, зокрема апаратом, модифікованим М.М. Абрамовою. Апарат складається з тонкої трубки завдовжки 30-35 см, діаметром 1,5-2 мм, зробленої з неіржавіючої сталі. На одному кінці трубки укріплений гумовий конусоподібний наконечник (канюля), який вводять в канал шийки матки і щільно закриває зовнішнє вічко. На іншому кінці укріплюють канюлю від 10-грамового шприца «Рекорд». На трубці є рухомий наїзник з гвинтом для укріплення браншів кульових щипців. Застосування цього пристрою сприяє меншій травматизації шийки матки і не дозволяє контрастній речовині витікати з її каналу. Хвора знаходиться на столі в положенні для вагінального дослідження. Після обробки зовнішніх статевих органів розчином хлораміну здійснюють бімануальне дослідження. Потім в піхву вводять ложкоподібне дзеркало, стінки піхви обробляють спочатку сухим тампоном, а потім марлевою кулькою, змоченою етиловим спиртом. Передню губу шийки матки захоплюють кульовими щипцями, які накладають в тангенціальному напрямі, не травмуючи слизову оболонку каналу шийки матки. Апарат заповнюють контрастною речовиною, бранші кульових щипців закріплюють наїзником на металевій трубці і перевіряють герметичність закриття зовнішнього вічка. Після цього дзеркало з піхви видаляють і хвору укладають так, щоб центральний рентгенівський промінь переходив через верхній край лона.

Для виконання першого знімку вводять 1,5-2 мм контрастної речовини з метою отримання більш рельєфного зображення порожнини матки. Після огляду першого знімка додатково вводять ще 2-3 мл контрастного розчину для отримання тугішого заповнення порожнини матки. У разі потреби роблять третій знімок. Хворі, яким гістросальпінгографію проводять в амбулаторних умовах, після процедури відпочивають протягом 1 години. Для гістросальпінгографії користуються тільки водорозчинними речовинами: кардіотрастом (діодон), уротрастом, білітрастом тощо. Концентрація йоду повинна бути не менше 50%.

Рентгенологічна картина внутрішнього ендометріозу характеризується наявністю «законтурних тіней», коли контрастна речовина розташовується за межами контура порожнини матки. «Законтурні тіні» (каналці) мають різну довжину і ширину — від 3-5 мм до 0,9-1,2 см. Форма каналців (дивертикули, лакуни) різноманітна: овальна, подовжена, химерна тощо.

При осередковій формі аденоміоза з локалізацією в області дна і бічних стінок матки «законтурні тіні» розташовуються вертикально щодо краю контуру у вигляді рівних смужок і трикутників з основою, зверненою до порожнини матки.

Певні труднощі представляє встановлення діагнозу вузлуватої форми аденоміоза. На рентгенограмі визначаються дефекти наповнення різної форми і величини. Порожнина матки збільшена і декілька деформована. Подібна рентгенологічна картина виявляється і при субмукозній міомі матки. В останньому випадку контури утворення рівніші і контрастніші.

Для уточнення ступеня розповсюдження внутрішнього ендометріозу матки широко використовується рентгенографія органів малого тазу в умовах пневмоперитонеума. Дослідження проводять після загального клінічного обстеження хворої в стаціонарі за відсутності протипоказань до даного методу. За добу до дослідження з дієти слід виключити фрукти, овочі, сире молоко і чорний хліб. Напередодні увечері хвора не повинна приймати їжу. Кишечник очищають за допомогою клізми напередодні і вранці в день дослідження. При вираженому запорі хвора одержує проносне протягом 2 днів.

Накладення пневмоперитонеума проводять безпосередньо після спорожнення сечового міхура. Спеціальна медикаментозна підготовка не є необхідною. З метою введення газу може бути застосований апарат для пневмотораксу системи заводу «Червоногвардієць».

Для пункції передньої черевної стінки користуються хірургічною голкою завдовжки не менше 10-20 см, діаметром 1,5 мм, гострий кінець якої повинен бути затуплений. Для створення пневмоперитонеума застосовують закис азоту, вуглекислий газ, кисень, у кількості 1000-1200 см³. Накладення пневмоперитонеума проводять в маніпуляційній кімнаті.

Хвору укладають на каталку в горизонтальному положенні, шкіру передньої черевної стінки обробляють йодом і етиловим спиртом. При виборі місця пункції враховують клінічні дані про розташування пухлиноподібних утворень в малому тазу і особливості передньої черевної стінки (наявність рубців). Найчастіше прокол проводять посередині відстані між пупком і передньоверхнім остюком клубової кістки ліворуч. Під час проколу в голці повинен знаходитися мандрен, що дозволяє уникнути закупорки голки підшкірною жировою клітковиною. При введенні голки відчувається перешкода з боку шкіри, апоневроза і очеревини, після чого її кінець вільно «провалюється» в черевну порожнину; при цьому хвора не переживає болісних відчуттів. У разі утрудненого проходження газу в черевну порожнину можна користуватися простим прийомом, суть якого полягає в захопленні шкіри з підшкірною жировою клітковиною на 2 см вище місця введення голки і її підведення. Об'єктивними ознаками надходження газу в черевну порожнину є зникнення печінкової і селезінкової тупості при перкусії, вислуховання шуму і проходження газу. Суб'єктивні ознаки звичайно виражаються у відчутті тиску в підребер'ї, появи болів в підкладковій області і області правого плеча внаслідок подразнення черевного покриву діафрагми і закінчення діафрагмального нерва.

Після закінчення введення газу хвору на каталці перевозять в рентгенівське відділення, де її укладають на спеціальний стіл для рентгенографії. Головний кінець столу опускають на 45°. Плечі хворої закріплюють спеціальними упорами, а ноги фіксують широкою стрічкою до столу. Таким чином, хворій додають положення Тренделенбурга, яке сприяє переміщенню петель кишечника з малого тазу і тим самим створенню кращих умов для контрастування внутрішніх статевих органів на тлі введеного газу.

Зйомки проводять на рентгенівському апараті з відсіваючою решіткою при шкірно-фокусній відстані 1 м. Рентгенівську трубку нахиляють у напрямі нижнього кінця столу на 15° для зменшення спотворення зображення і промінь центрують на куприку. Рентгенографію проводять при напрузі 54-56 кВт, силі струму 120-140 мА. Глибинна доза, яка відповідає дозі іонізуючого випромінювання на область внутрішніх статевих органів жінки, складає від 0,25 до 0,5 R. Більше двох знімків звичайно не проводять.

Після рентгенографії хвору на каталці перевозять в палату, де їй дозволяють поїсти, але вона повинна знаходитися в ліжку до вечора. Як правило, всі хворі у вечорі починають ходити. Невеликі болісні відчуття в епігастральній і надключичній областях можуть триматися не більше 2 днів. При поширеному процесі на рентгенограмах виявляється збільшення матки; найбільшою мірою збільшується її сагітальний розмір. Збільшена, округлої форми матка має чіткий, рівний передній контур.

Нерівність контурів указує на поєднання внутрішнього ендометріозу з міомою матки або на вузлувату форму аденоміоза. Задній контур матки часто не видно із-за спайкового процесу позаду неї; матка зміщена до крижів. Виявлення тіні овальної форми на рівні крижового хребця свідчить про наявність ендометріодних утворень в області ректально-маткового простору.

Рентгенологічно при внутрішньому ендометріозі матки виявляються три ступені розповсюдження патологічного процесу.

З метою огляду порожнини матки, включаючи детальне, вивчення різних ділянок її внутрішньої поверхні і гирл маткових труб, для виявлення внутрішньоматкової патології, зокрема внутрішнього ендометріозу, проводять гістероскопію.

Гістероскопічне дослідження проводять на 5-10-й день менструального циклу, а при порушеннях менструальної функції — в будь-який день до діагностичного вишкрібання і після нього (контрольна гістероскопія). За наявності дифузної гіперплазії ендометрія

виявлення внутрішнього ендометріозу можливо тільки при контрольній гістероскопії (після видалення гіперплазованого ендометрія).

Гістероскопію починають із загального огляду порожнини матки, для чого об'єктив приладу слід розташувати за внутрішнім вічком. Звичайно добре видна вся порожнина і гирла маткових труб. Для детальнішого огляду того або іншого відділу порожнини матки і відповідної йому ділянки слизової оболонки прилад слід просувати вперед. При виведенні гістероскопа з порожнини матки оглядають слизову оболонку істмічної частини і каналу шийки матки. При контрольній гістероскопії внутрішній ендометріоз виявляється частіше.

Гістероскопія у хворих на аденоміоз на фоні тонкої або потовщеної слизової оболонки дозволяє виявити в зоні дна і бічних стінок матки одиничні або множинні отвори (ендометріодні ходи) округлої, овальної або лінійної форми, темно-коричневого або темно-синього кольору.

При *гістероскопії* використовують наступні критерії патологічного процесу:

- а) розширення діаметру вивідних протоків залоз (по типу «точкових уколів голкою»);
- б) нерівні, шорсткі, горбисті стінки порожнини матки (по типу «бруківки»);
- в) кістозне розширення гирл залоз (по типу «ендометріодних вічок»);
- г) широкі свищуваті ходи;
- д) численні розширені гирла залоз по всіх стінках порожнини матки (по типу «бджолиних стільників»);
- е) аденоміотичні вузли.

Протипоказаннями до операції є гострий і підгострий запальний процес, зокрема статевих органів (цервіцит, ендометрит та ін.); важкий стан хворої, обумовлений захворюваннями серцево-судинної системи, органів дихання, печінки, нирок тощо. Перевагою гістероскопії є можливість її застосування навіть при рясних кров'яних виділеннях. Вже при початкових формах внутрішнього ендометріозу при гістероскопічному дослідженні на тлі блідо-рожевої слизової оболонки матки місцями видно точкові отвори ендометріодних ходів. По мірі прогресування процесу в області дна або бічних стінок матки є добре видимими гирла цих ходів темно-червоного кольору, різної величини і форми. При локалізації внутрішнього ендометріозу тіла матки на значному протязі незалежно від ступеня його розповсюдження майже вся внутрішня поверхня матки зайнята гирлами ендометріодних каналців («бджолині стільники»).

У жінок із стійким больовим синдромом внизу живота і попереку циклічного або постійного характеру, а також при неефективності гормонального лікування залозисто-кістозної трансформації ендометрія протягом 9-12 місяців доцільно проводити *лапароскопію* для отримання достовірної інформації про форму і розміри матки, величину і розташування вузлів, стан придатків, зв'язкового апарату матки і листків очеревини. При цьому також можлива коагуляція ендометріодних гетеротопій та/або резекція яєчників.

Для виявлення поширеності патологічного процесу на суміжні органи проводять іригоскопію, ректороманоскопію, екскреторну урографію, цистоскопію.

ЕНДОМЕТРІОЗ ШИЙКИ МАТКИ

Поширеність ендометріозу цієї локалізації пов'язана з можливими пошкодженнями під час гінекологічних маніпуляцій, діатермокоагуляції шийки матки, травмами під час пологів і абортів. Розвиток ендометріоза при цьому відбувається, як правило, протягом першого півріччя після впливу провокуючого фактора.

Залежно від глибини ураження розрізняють ектоцервікальний і ендцервікальний ендометріоз вагінальної частини шийки матки. Рідше ендометріодні гетеротопії вражають канал шийки матки.

Серед клінічних проявів найхарактернішими є перед- і постменструальні кров'яні виділення або під час статевого життя. Больовий синдром і безплідність при ураженні ендометріозом тільки вагінальної частини шийки матки, як правило, відсутні; наявність больового синдрому побічно свідчить про поєднання з іншими локалізаціями ендометріозу або про поразку каналу шийки матки.

При гінекологічному дослідженні важливий ретельний огляд шийки матки в дзеркалах. Ендометріоз визначається у вигляді вузликів або дрібнокістозних вогнищ червоного або темно-багрового кольору. Ендометріюїдні гетеротопії значно збільшуються напередодні або під час менструації. У цей період окремі вогнища можуть розкриватися і опорожнюватися (ніби розрив міхура з кров'ю).

Відповідно даним макро- і кольпоскопічного дослідження при ураженні вагінальної частини шийки матки ендометріозом можна вважати наступні варіанти:

1) ендометріюїдні вогнища різної форми (точкового типу у вигляді «очок», смужок, округлої і багатокутної форми) і величини (від шпилькової голівки до майже повного ураження вагінальної частини), розташовані як на передній і задній губах шийки матки, так і навколо зовнішнього маткового вічка. Подібна картина найчастіше спостерігається після діатермокоагуляції шийки матки;

2) ендометріоз вагінальної частини шийки матки, що має вигляд псевдоерозії з наявністю закритих залоз, наповнених геморагічним вмістом. Подібні зміни однаково часто спостерігаються як після діатермокоагуляції шийки матки, так і після її травми при штучному перериванні вагітності і під час пологів;

3) ендометріоз вагінальної частини шийки матки, що має вигляд хронічного ендоецвіта. Цей тип змін найчастіше зустрічається при ендометріозі, що виник після травми шийки матки під час штучного переривання вагітності і пологів;

4) ендометріоз у вигляді ділянок округлої форми, відповідних місцю накладення кульових щипців. Вказана картина відмічається порівняно рідко, в основному після травми шийки матки кульовими шпильками. Спостерігається також комбіноване ураження вагінальної частини і каналу шийки матки.

Для глибшого вивчення стану шийки матки в діагностичних цілях широко застосовується як проста, так і розширена кольпоскопія. При розширеній кольпоскопії, що включає обробку шийки матки 3% розчином оцтової кислоти і 0,5% розчином Люголя, визначаються патологічні зміни. Кольпоскопія дозволяє одержати цінні дані для діагностики, уточнити місце і форму ураження. Особливо це відноситься до дрібних вогнищ ендометріозу, які не видно неозброєним оком: при кольпоскопічному дослідженні вони виділяються чітко. Що стосується ендометріюїдних гетеротопій в області слизової оболонки каналу шийки матки, то необхідно відзначити, що кольпоскопія дозволяє виявити їх при локалізації в його дистальному відділі. Проксимальний відділ недоступний дослідженню навіть при широкому розведенні вагінальних дзеркал.

У цих випадках необхідні дані дозволяє одержати цервікоскопія. Вона дає можливість діагностувати парацервікальне розповсюдження ендометріозу при бічних дефектах слизової оболонки.

Особливість кольпоскопічної картини ендометріозу шийки матки зводиться до зміни кольору і об'єму ділянок ендометріюїдної тканини залежно від фаз менструального циклу. Найбільш виражені зміни спостерігаються в лютеїновій фазі циклу, в період передменструальних кров'яних виділень: з блідо-рожевих плоских ділянок (у фазі зростання і дозрівання фолікула) вони перетворюються на синьо-багрові утворення.

Макро- і кольпоскопічні картини ендометріозу шийки матки в поєднанні з приведеними вище симптомами захворювання можуть служити критеріями для встановлення клінічного діагнозу.

Вирішальне значення в діагностиці при патологічних змінах шийки матки, зокрема підозрілих відносно ендометріозу, мають дані гістологічного дослідження біоптованої тканини шийки матки.

Біопсія шийки матки повинна бути прицільною. Необхідно враховувати гістологічні особливості, характерні для ендометріозу. Час маніпуляції – останній тиждень циклу, оскільки саме в цей період зміни, властиві ендометріозу, виявляються з найбільшою чіткістю.

У диференціально-діагностичному відношенні необхідно враховувати гістологічну картину типу початкової стадії проліферації резервних клітин, що спостерігається іноді в слизовій оболонці шийкового каналу зокрема при ендоцервіциті, або на вагінальній частині шийки матки у разі псевдоерозії. Ендометріоз слід також диференціювати від залишків гартнера ходи. Останні є залозистими утвореннями мезонефроїдного походження, розташовані на відміну від ендометріозу в глибших шарах шийки матки з локалізацією в її латеральних відділах. Особливу увагу в диференціальній діагностиці слід звертати на картину, при якій в гістологічних зрізах виявляються ділянки тканини, багаті клітинними елементами (типу цитогенної тканини) і клітинними елементами запального інфільтрату, але залозисті утворення відсутні. Подібна картина може спостерігатися при запальному процесі, що супроводжується утворенням грануляційної тканини, або є наслідком діатермокоагуляції шийки матки. В окремих випадках в поверхневих відділах вагінальної частини шийки матки зустрічаються залозисті утворення парамезонефроїдного походження, вкриті циліндричним і (або) кубічним епітелієм, але позбавлених цитогенної тканини. Подібна картина зустрічається одночасно в стінці піхви (аденоз) у дівчат і молодих жінок і найчастіше є наслідком застосування стильбестролу, діетилстільбестролу та іншого синтетичного нестероїдного естрогену, лікування якими проводили під час вагітності їх матерів.

Ендометріоз необхідно диференціювати також від раку шийки матки, наботових кіст з геморагічним вмістом, хронічного неспецифічного ендометрита і дисфункції яєчників, які також можуть супроводжуватися пред- і постменструальними кров'яними виділеннями. Ці особливості ендометріозу шийки матки не завжди враховуються лікарями, що може приводити до помилкової діагностики.

Таким чином, для розпізнавання ендометріозу шийки матки необхідна правильна оцінка клінічних, макро- і кольпоскопічних даних, а також результатів гістологічного дослідження біоптованої тканини шийки матки.

Малігнізація ендометріозу шийки матки спостерігається рідко. Поєднання його з передраковими змінами типу базально-клітинної гіперактивності (дисплазії) епітелію шийки матки зустрічається нечасто і не перевищує частоти дисплазій у жінок без ендометріозу шийки матки. Все це дає підставу вважати, що ендометріоз шийки матки не слід розглядати як передракове захворювання.

ЕНДОМЕТРІОЗ МАТКОВИХ ТРУБ

Ендометріоз маткових труб зустрічається порівняно рідко (7-10%). Значно частіше він спостерігається в поєднанні з ендометріюідними гетеротопіями інших локалізацій, зокрема з внутрішнім ендометріозом матки і ендометріозом яєчника. При поєднанні із зовнішнім ендометріозом вогнища ендометріюідної тканини виявляються переважно на серозній оболонці і в субсерозному шарі маткової труби. Розмір їх звичайно незначний, нерідко мікроскопічний. Ураження подібної локалізації відносяться до зовнішнього ендометріозу, причому частина їх, наприклад, мікроосередкові ураження, – до так званих малих форм ендометріозу. Клінічно виявити такі ендометріюідні гетеротопії практично неможливо, а при мікроскопічній величині і (або) субсерозній локалізації зробити це не вдається і при лапароскопії.

Осередкові ендометріюідні гетеротопії, що локалізуються на серозному покриві маткової труби (зовнішній ендометріоз), необхідно відрізнити від ендосальпінгіоза. Останній рідко зустрічається на поверхні яєчника, серозній оболонці інших органів і очеревині. Макроскопічно він має схожість з імплантатами ендометрія. Гістологічно ж, на відміну від ендометріозу, епітелій при даній патології має всі ознаки трубного і

представлений секреторними, миготливими і вставними клітинами. Походження ендосальпінгіозу пов'язують з метаплазією целомічного епітелію і (або) запаленням. Макроскопічно ендометріоз маткових труб має різну характеристику. У істмічній частині, ближче до кута матки, розташовуються дрібні і крупні вузлики. У деяких спостереженнях ендометріодні гетеротопії представлені у вигляді різкого потовщення істмічної частини (до 1,5 см в діаметрі) внаслідок осередкової гіперплазії м'язової тканини. На розрізі видна ендометріодна тканина з дрібними кістоподібними порожнинами, що з середини вкриті епітелієм маткового типу і оточені стромою цитогенного характеру. При вказаній формі ендометріозу маткових труб необхідно проводити диференціальну діагностику з аденоміозом матки, що локалізуються в області її кута, і з патологією, що іменується нодозним сальпінгітом, етіологія і патогенез якого не ясні.

Безпліддя або позаматкова вагітність при цьому ураженні зустрічаються відносно часто.

Ураження ендометріозом всієї маткової труби, що супроводжується її дифузним потовщенням, а також осередковий ендометріоз в стінці ампулярного та істмікоампулярного відділів зустрічаються рідко. При останніх локалізаціях ендометріозу виявляється досить характерна картина при гістросальпінгографії: у стінці маткової труби (за її просвітом) «законтурні» тіні представлені переважно у вигляді точок різної величини. Структурні особливості ендометріодних гетеротопій маткових труб, різних відносно анатомічних варіантів, ті ж, що і при інших локалізаціях внутрішнього і зовнішнього ендометріозу.

Окрім описаних анатомічних форм ендометріозу маткових труб, зустрічаються інші варіанти. Зокрема, ендометріодна тканина може локалізуватися в просвіті інтерстиціальної і(або) істмічної частини труби з повним заміщенням слизової оболонки останньої у вказаних відділах імплантатами ендометрія. При диференціальній діагностиці цієї форми ендометріозу необхідно враховувати можливість виявлення частинок ендометрія в просвіті маткових труб, що потрапили туди ретроградно під час менструації. Ці дрібні частинки ендометрія, розташовані між складками слизової оболонки маткової труби, не слід розцінювати як ендометріоз.

Оскільки ендометріоз маткових труб різних анатомічних варіантів, включаючи і його осередкову локалізацію на серозному покриві, відносно часто зустрічається в поєднанні з внутрішнім ендометріозом і ендометріозом яєчника, клінічна картина його практично не відрізняється від відповідних клінічних проявів при вказаних ураженнях, причому біль (альгоменорея) є провідним симптомом. Больовий синдром виражений і при розвитку ендометріозу в куксі нерадикально видаленої маткової труби.

Малігнізований ендометріоз маткових труб не спостерігається.

Основним методом діагностики є *лапароскопія*. Також проводять *гістросальпінгографію* або патоморфологічне дослідження маткової труби, видаленої під час операції.

Ендометріоз маткових труб необхідно диференціювати з нодозним сальпінгітом.

VI. План та організаційна структура семінарського заняття

№ п/п	Основні елементи семінарського заняття, їхні функції та зміст	Тип семінару. Матеріали методичного забезпечення	Розподіл часу
	Підготовчий етап		
1.	Організаційні заходи.	Навчально-методичне обґрунтування теми та цілей заняття.	5 хв.
2.	Визначення актуальності теми.		
3.	Визначення навчальних цілей.		
4.	Забезпечення позитивної мотивації.		
	Основний етап		75 хв.

2.	Аналіз та узагальнення теоретичного матеріалу за планом: 1. Ендометріоз, класифікація. 2. Гормональні методи діагностики при ендометріозі. 3. Ендоскопічні методи дослідження при ендометріозі. 4. Комп'ютерна томографія як перспективний метод дослідження в гінекології. 5. Особливості УЗ-діагностики при ендометріозі. 6. Гормональні методи лікування ендометріозу. 7. Негормональні методи лікування ендометріозу.	Проблемний семінар. Мультимедійний супровід.	
1. 2. 3.	<i>Заключний етап</i> Підбиття підсумків, загальні висновки Відповіді на можливі запитання. 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 патології вагітних, пологовий блок, післяпологове відділення.

Оснащення - лабораторні аналізи, оснащення кабінети функціональної діагностики, історії вагітності, пологів, історії розвитку новонароджених тощо.

Рекомендована література (навчальна, наукова)

1. Ліхачев В.К. Громова А.М. Методи обстеження та принципи лікування гінекологічних хворих в умовах ЖК.-Полтава,2000.
2. Гормонодиагностическая патология репродуктивной системы. Руководство для врачей./С.В.Зяблицев,Е.А.Бочерова/.-Донецк;Каштан,2009.
3. Лихачов В.К. Практическая гинекология/ В.К.Лихачов.- Руководство для врачей.- М.: ООО «Медицинское информационное агенство», 2007.-664 с.
4. Гинекология./Под ред.. Г.М.Савельевой/.-М.,2004.
5. Гінекологія:підручник для ВМНЗУ III-IV рівнів-В.І.Грищенко М.О., Щербига Б.М., Венцківський та ін./-Медицина,2007.
6. Жилияев Н.И. Оперативная хірургія в акушерстве и гинекологии: учебное пособие для студентов мед.вузов.- М.:МИА, 2004.
7. Наказ МОЗ України від 15.12.2003 № 582 «Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги» (генітальний ендометріоз).
8. Наказ МОЗ України від 29.12.2003 № 620 «Про організацію надання акушерсько-гінекологічної та неонатологічної допомоги в Україні»
9. Гинекологическая диагностика и лечение // Под. общ. ред. Л.А.Суслопарова. - М.: 2006.
10. Баскаков В.П. Эндометриоз и малигнизация // Журнал акушерства и женских болезней. – СПб, 2003. – С. 20–27.
11. Вовк И.Б., Корнацкая А.Г., Чайка В.К. Опухолевидные поражения яичников. –

Питання

1. Ендометріоз, класифікація.
2. Гормональні методи діагностики при едометріозі.
3. Ендоскопічні методи дослідження при ендометріозі.
4. Комп'ютерна томографія як перспективний метод дослідження в гінекології.
5. Особливості УЗ-діагностики при ендометріозі.
6. Гормональні методи лікування ендометріозу.
7. Негормональні методи лікування ендометріозу.
8. Частота захворюваності ендометріозом.
9. Клініка і диференційна діагностика ендометріозу жіночих статевих органів.
10. Лабораторні методи діагностики ендометріозу.
11. Указати найчастіші локалізації ендометріозу у жінок.
12. Гормональні методи лікування.
13. Хірургічні методи лікування ендометріозу.

Завдання для самостійної роботи по темі заняття

1. Зібрати анамнез у хворої.
2. Оцінити стан жінки.
3. Діагностувати клінічні прояви ендометріозу.
4. Призначити додаткове обстеження при підозрі на ендометріоз.
5. Оцінити результати клініко-лабораторних досліджень у жінки з ендометріозом.
6. Визначити тактику ведення пацієнтки з ендометріозом.
7. Диспансерне спостереження хворої з ендометріозом.

Тестові завдання

1. Ознаки фізіологічного менструального циклу

- а) двофазність; ациклічність; тривалість не менше, як 15 і не більше як 40 днів; крововтрата 200 – 250 мл.
- б) однофазність; циклічність; порушення загального стану; крововтрата 50 мл.; тривалість менструації 5 днів;
- в) двофазність; циклічність; тривалість не менше 20 днів і не більше 35 днів; тривалість менструації 2 – 7 днів; крововтрата 50 – 150 мл; відсутність болісних явищ, порушення загального стану.

2. Вкажіть фази маточного циклу:

- а) десквамація, регенерація, секреція;
- б) регенерація, секреція, проліферація, десквамація;
- в) десквамація, регенерація, проліферація, секреція;
- г) фолікулінова, лютеїнові.

3. Як називаються фази яєчникового циклу?

- а) десквамації, проліферації, секреції;
- б) фолікулінова, лютеїнові;
- в) регенерації, проліферації.

4. Тривалість нормального менструального циклу:

- а) не менш як 15 днів і не більш як 40 днів;
- б) не менш як 20 днів і не більш як 35 днів;
- в) не менш як 25 днів і не більш як 30 днів.

5. Яка тривалість менструації?

- а) 2 – 7 днів;

- б) 1 – 2 дні;
- в) 5 – 9 днів;
- г) 9 – 12 днів.

6. Яка крововтрата під час менструації?

- а) 25 – 50 мл.;
- б) 50 – 150 мл.;
- в) 200 – 300 мл.;
- г) 500 мл і більше.

Ситуаційні задачі

Задача 1

Хвора 15 років, звернулася до лікаря з скаргами на відсутність менструації, щомісячні болі внизу живота і в поясниці. Статевим життям не живе. При огляді: молочні залози і статеві органи розвинуті нормально, ріст волосся по жіночому типу. Вхід в піхву закритий слизовою оболонкою синюшного кольору, яка дещо випячується. При ректо-абдомінальному дослідженні матки і придатки без патології. В ділянці піхви пальпується еластичне утворення.

Який найбільш вірогідний діагноз?

- А. Відсутність отвору в дівочій перетинці. Гематокольпос.
- Б. Аплазія піхви.
- В. Кіста гартнерового ходу.
- Г. Гематома вульви.
- Д. Атрезія піхви.

Задача 2

У жінки 28-ми років в період менструації виникає біль в низу живота, розпираючого характеру; шоколадні виділення з піхви. В анамнезі - хронічний аднексит. При бімануальному огляді: зліва від матки визначається пухлиноподібне утворення розмірами 7x7 см нерівномірної консистенції, болюче при зміщенні, обмежено рухоме.

Який найбільш вірогідний діагноз?

- А. Фолікулярна кіста лівого яєчника
- В. Ендометриїдна кіста лівого яєчника
- С. Фіброматозний вузол
- Д. Загострення хронічного аднексита
- Е Пухлина сигмовидної кишки