

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
імені О.О. БОГОМОЛЬЦЯ**

**факультет медичний № 2
кафедра акушерства і гінекології № 3
не опорна
адреса вул. В. Кучера, 7**

**МЕТОДИЧНІ ВКАЗІВКИ З ДИСЦИПЛІНИ
«АКУШЕРСТВО І ГІНЕКОЛОГІЯ»**

**За темою «Доброякісні новоутворення статевих органів жінки.»
за спеціальністю 222 «МЕДИЦИНА»
за навчальним планом підготовки фахівців другого (МАГІСТЕРСЬКОГО)
рівня галузі знань 22 «Охорона здоров'я» у вищих навчальних закладах
IV рівня акредитації**

**ДЛЯ СТУДЕНТІВ VI КУРСУ МЕДИЧНОГО ФАКУЛЬТЕТУ №2
ТА ФАКУЛЬТЕТУ ПІДГОТОВКИ ІНОЗЕМНИХ ГРОМАДЯН**

Затверджено
На методичній нараді кафедри
акушерства і гінекології №3
протокол № 1 від 30.08.2023 р.
Завідувач кафедри
акушерства і гінекології №3,
д.мед.н., професор **Бенюк В.О.**

КИЇВ 2023-2024

УДК 618 (072)

Методична вказівка для студентів VI курсу медичного факультету №2 та факультету підготовки іноземних громадян з акушерства та гінекології

Авторський колектив:

Професор, д.мед.н., завідувач кафедри акушерства і гінекології № 3 Бенюк В.О.

Професор, д.мед.н. Диндар О.А.

Професор, д.мед.н. Іванюта С.О.

Професор, д.мед.н. Гінзбург В.Г.

Професор, д.мед.н. Гончаренко В.М.

Доцент, к.мед.н. Усевич І.А.

Доцент, к.мед.н. Бенюк С.В.

Доцент, к.мед.н. Друпп Ю.Г.

Доцент, к.мед.н. Ковалюк Т.В.

Доцент, к.мед.н. Ластовецька Л.Д.

Доцент, к.мед.н. Майданник І.В.

Доцент, к.мед.н. Никонюк Т.Р.

Доцент, к.мед.н. Гичка Н.М.

Доцент, д.мед.н. Манжула Л.В.

Доцент, к.мед.н. Вигівська Л.М.

Асистент, к.мед.н. Курочка В.В.

Асистент, к.мед.н. Олешко В.Ф.

Асистент, к.мед.н. Щерба О.А.

Асистент Чеботарьова А.С.

Асистент, к.мед.н. Бала О.О.

Асистент Фурса-Совгіра Т.М.

Обговорено і затверджено на методичній нараді кафедри акушерства і гінекології №3

Протокол № 1 від 30.08.2023 року

Обговорено і затверджено на методичній нараді кафедри акушерства і гінекології №3

Протокол № __ від __.__.20__ року

Обговорено і затверджено на методичній нараді кафедри акушерства і гінекології №3

Протокол № __ від __.__.20__ року

Тема. Доброякісні новоутворення статевих органів жінки

I. Науково-методичне обґрунтування теми

Однією з важливих медико-соціальних проблем сучасного суспільства є здоров'я нації. Доброякісні пухлини жіночих статевих органів – одна з істотних проблем жінок репродуктивного віку. Враховуючи схильність пухлин до малігнізації, вони вимагають не тільки регулярного скринінгу, а й своєчасного висококваліфікованого лікування із застосуванням самих передових методів та технологій. Це обумовлено необхідністю збереження здоров'я та репродуктивної функції хворих.

В останні роки успішно розробляються і впроваджуються нові методики профілактики, діагностики і лікування пухлин жіночих статевих органів. Знання структури доброякісних новоутворень, методів ранньої діагностики та способів їх лікування необхідні лікарю будь-якого фаху в його практичній діяльності. Зараз помічається значний ріст захворювань на лейоміому матки.

Лейоміома матки являє собою доброякісну гормонозалежну пухлину, яка складається з м'язових елементів. Протягом останніх років частими стали випадки захворювань лейоміомою матки у жінок репродуктивного віку (30- 35 років). Збільшення захворюваності лейоміомою матки пов'язують з впливом факторів зовнішнього середовища, працею, пов'язаною з небезпечними факторами виробництва, нервово-психічною перенапругою.

Серед пухлин жіночих статевих органів пухлини яєчників займають друге місце після раку шийки матки. Різноманітність будови і походження пухлин яєчників пояснюється участю в їх структурі різних за гістологічною будовою, походженням і ембріогенезом клітин з різноманітною гормональною та секреторною функцією. Це утруднює класифікацію пухлин яєчників, їх правильну діагностику та лікування. Пухлини яєчників здебільшого схильні до малігнізації, клінічно цей процес на ранніх стадіях дуже важко діагностувати, тому вивчення даної дуже проблеми дуже важливе і актуальне для лікарів всіх фахів.

II. Навчально-виховні цілі

Ознайомитись з класифікацією, клінікою, методами діагностики найпоширеніших доброякісних пухлин матки та яєчників, методами їх диференціальної діагностики, лікування, профілактики можливих ускладнень і реабілітації, з клінікою, методами діагностики і лікування захворювань шийки матки.

Знати:

- етіологію і патогенез лейоміоми матки;
- класифікацію лейоміом матки та їх частоту;
- основні принципи діагностики, лікування і профілактики лейоміом матки;
- доброякісні патологічні стани шийки матки, їх діагностику лікування;
- передракові стани шийки матки, їх діагностику та лікування;
- класифікацію доброякісних пухлин яєчників, їх відмінність від пухлиноподібних утворень яєчників і злоякісних пухлин;

- роль профілактичних оглядів у своєчасній діагностиці і особливості диспансерного нагляду хворих з пухлинами яєчників;
- можливі ускладнення та їх профілактику, включаючи хірургічні методи лікування, їх необхідний обсяг в кожному конкретному випадку.

Вміти:

- обстежити хвору з лейоміомою матки;
- на підставі анамнезу, клініки, проведеної диференціальної діагностики поставити правильний діагноз;
- після постановки діагнозу призначити патогенетичне лікування;
- вибрати з анамнезу дані, характерні для наявної у хворої пухлини яєчника, проаналізувати їх;
- діагностувати пухлину яєчника (кістому) при об'єктивному обстеженні хворої;
- скласти індивідуальний план додаткового обстеження хворої з передраковими станами шийки матки з метою диференціальної діагностики і дати оцінку даних інструментального та клініко-лабораторного обстеження;
- скласти індивідуальний план лікування конкретної хворої;
- обґрунтувати необхідний обсяг операції при різних варіантах пухлин яєчників залежно від характеру пухлини і віку хворої;
- обґрунтувати можливість розвитку ускладнень при пухлинах яєчників та їх профілактику;
- описати макропрепарат, одержаний в ході операції;
- описати хід операції видалення кістоми (із зазначенням анатомічної та хірургічної «ніжки» кістоми).

III. Вихідні і базові знання

Анатомія:

- розміри невагітної матки та розміщення у малому тазі;
- зв'язковий апарат матки;
- кровопостачання матки та придатків.

Гістологія:

- тканинна структура стінки матки;
- гістологічна структура ендометрію;
- морфологічна та гістологічна будова яєчників.

Нормальна фізіологія:

- жіночі статеві гормони, місця їх продукції, вплив на ендометрій залежно від фази менструального циклу.

Патологічна фізіологія:

- визначення поняття "пухлина", ознаки пухлинного росту . відмінність злаякісної пухлини доброякісної.

IV. Зміст навчального матеріалу

ДОБРОЯКІСНІ ПУХЛИНИ ВУЛЬВИ

До доброякісних пухлин вульви відносяться: фіброма, фіброміома, ліпома, гемангіома.

Фіброма - це доброякісна пухлина, що розвивається із сполучної тканини великих соромітних губ, рідше - з фасції малого таза і параметрія. Зустрічається рідко, локалізується в задній третині великих соромітних губ. Під дією власної ваги пухлина витягує з великої соромітної губи ніжку. Діагностика фіброми вульви не становить труднощів. Це пухлиноподібний утвір на ніжці, рухомий, безболісний. *Лікування* - хірургічне (вилущування з прилеглих тканин).

Фіброміома - це доброякісна пухлина, що розвивається з м'язових і сполучнотканинних елементів. Найчастіше джерелом її розвитку є круглі маткові зв'язки, що проходять через паховий канал у товщу великих соромітних губ. Діагностика і методи лікування фіброміоми такі ж, як і фіброми.

Ліпома, або фіброліпома, - це доброякісні пухлини, що розвиваються з жирової і сполучної тканини. Вона локалізується не тільки в товщі великих соромітних губ, але і на лобку. Діагностика легка. Вузли пухлин розташовуються на широкій основі або ніжці, можуть сягати великих розмірів і досяжні для безпосереднього огляду. При порушенні кровообігу в них розвиваються набряк, крововилив, некроз, приєднується вторинна інфекція, яка може призвести до абсцедування пухлини. *Лікування* - хірургічне, прогноз - сприятливий.

Гемангіома розвивається з судинних зачатків, що відокремилися в процесі ембріогенезу, за типом вродженої вади розвитку судин шкіри і слизових оболонок зовнішніх статевих органів. Частіше локалізується в області великих статевих губ у вигляді вузла синюшного або багрового кольору. Пухлина швидко росте, може досягати великих розмірів. *Лікування* - хірургічне.

Кіста вульви зустрічається дуже рідко. Часто спостерігається кіста великої залози присінка піхви, яка належить до ретенційних кіст, що утворюються в результаті закупорення (запальні процеси) вивідної протоки і скупчення в порожнині залози секрету. Величина кісти зазвичай невелика за розміром. При нагноєнні кісти утворюється абсцес великої (бартолінієвої) залози присінка, який супроводжується різким болем, гіперемією залози і навколишніх тканин, високою температурою тіла, збільшенням ШОЕ і лейкоцитозом. Кіста великої залози присінка піхви іноді буває двобічною і, як правило, є наслідком гонорейної інфекції.

Встановити діагноз кісти великої залози присінка піхви неважко. Її легко відрізнити від пахової кили, що опускається через паховий канал у велику соромітну губу.

Лікування - хірургічне. Операція полягає у вилущуванні кісти з її ложа. Ложе кісти ушивають кетгуттовими швами. На шкіру рани накладають шовкові шви. Пункція і випорожнення кісти дають тимчасовий ефект, бо секрет в порожнині залози накопичується повторно.

У ділянці вульви інколи спостерігаються кісти іншого походження: атерома, дермоїд, гідраденома, дуже рідко - кіста, що виходить з гартнерівських проток (часто вона розповсюджується одночасно і в піхву).

Гідраденома - це ретенційна доброякісна пухлина (кіста), що розвивається з потових залоз. Під шкірою або в товщі великих соромітних губ розміщуються поодинокі чи множинні вузлики. Гідраденома звичайно має невеликі розміри,

всередині містить секрет потових залоз. Зустрічається рідко та, як правило, в злоякісні утвори не перетворюється.

Лікування – хірургічне, прогноз - сприятливий.

ЛЕЙОМІОМА МАТКИ.

Серед частих причин чи зниження утрати фертильності жінками особлива роль приділяється доброякісним гормонзалежним пухлинам геніталій і в першу чергу – пухлинам матки. Згідно Міжнародної статистичної класифікації хвороб і проблем, пов'язаних із здоров'ям(1995), доброякісні стромальні пухлини матки (фіброми, фіброміоїт, міоми) об'єднані терміном лейоміоми.

Лейоміома - доброякісна гормонозумовлена і гормонозалежна пухлина, яка складається з м'язових і стромальних елементів. З приводу лейоміоми матки звертається кожна п'ята жінка. Лейоміоми найчастіше розташовуються в самому тілі матки - 95% всіх випадків. У 5% випадків пухлина знаходиться в шийці матки. Найчастіше лейоміома матки бувають множинними. Захворювання зустрічається у жінок віком 30-35 років. При рості лейоміоми матки в патологічний процес залучається система гіпоталамус- гіпофіз-яєчники-кора надниркових залоз, що супроводжується змінами гонадотропної функції гіпофізу. Внаслідок цього порушуються нейрогуморальні механізми регуляції менструального циклу, що проявляється дисбалансом продукції естрогенних гормонів.

До групи високого ризику клінічно вираженої лейоміоми матки відноситься:

- * жінки що не народжували, з порушенням жирового обміну;
- * сімейний анамнез (наявність пухлини в найближчих родичів);
- * часто в жінок із запальними захворюваннями придатків;
- * захворюваннями печінки, щитовидної залози, молочної залози.

Особливе місце, яке лейоміома матки займає в структурі пухлин жіночої статевої сфери, обумовлює те, що її утворення, ріст і розвиток контролюється стероїдними гормонами яєчників і до деякої міри - наднирниками. На сьогоднішній день доведена гормонозалежність лейоміоми матки, і в першу чергу - роль абсолютної чи відносної гіперестрогенії в механізмі її розвитку. За останні роки накопичені дані про те, що прогестерон поряд з естрогенами також може стимулювати ріст лейоміоми матки. Згідно даним ряду досліджень велику роль у механізмі розвитку лейоміоми матки грають поліпептидні фактори. Так інсуліноподібні фактори росту I і II можуть служити медіаторами дії естрогенів у тканині лейоміоми матки. Встановлено, що ріст пухлини залежить від: її харування, виду і віку хворої. Процеси розвитку і росту лейоміоми матки як доброякісної гіперплазії міометрія, а також розвитку гіперпластичних процесів у ендометрії можуть бути обумовлені не тільки порушенням циклічності в діяльності гіпоталамо-гіпофізарної системи, але і місцевими порушеннями, станом імунітету. У хворих з міомою матки встановлена кількісна і якісна перебудова гормон-рецепторного апарата. Недостатність метаболічної функції печінки, що призводить до гіперестрогенії, також може бути причиною виникнення лейоміоми матки.

Класифікація.

Залежно від напрямку росту розглядають: типові і атипові розташування вузлів.

А. Типове розташування:

- підочеревинне (субсерозне) - розвиток у бік черевної порожнини;
- міжм'язовий (інтерстиціальний);
- підслизовий (субмукозний) вузол.

Слід зазначити, що міоматозні вузли - комбіновані по своїй структурі: у субсерозних вузлах переважає сполучна тканина (строма); у інтрамуральних - паренхіма (відповідно 3:1 і 2:1).

У 12,5% випадках зустрічається комбінація 2 видів вузлів: внутрішньостіночні (інтрамуральні) із субсерозними (частіше) і усередині стіночних з підслизовими (рідше). Множинні вузли міоми матки, розташовані інтрамурально і субсерозно.

Б. Атипове розташування:

- позадушийкова міома (retrocervicalis);
- заочеревинна міома (retroperitonealis);
- передшийкова міома (antecervicalis);
- підочеревинна міома (subperitoneale);
- парацервікальна міома (paracervicalis);
- інтерлігаментарна міома (interligamentosum).

Ріст вузла може бути:

- центропетальним (у середину),
- експансивним (розшарування тканини),
- ексцентричним (назовні),
- інтралігаментарним (у листках широкої зв'язки).

По частоті розташування вузлів: в області тіла і дна міома, у перешийку і надпідв'язкової частині шийки матки, рідше в підв'язковій частині шийки матки. Міжзв'язкова локалізація пухлини зустрічається рідко - у 4,5%.

Міоми матки бувають різні по розміру: від кульки до пухлини, що заповнює всю черевну порожнину. Міоми матки можуть бути у виді єдиного вузла (наприклад, "стеблинна" міома матки - єдиний субсерозний вузол) чи виді множинних вузлів. В останньому випадку говорять про множинну міому. Розрізняють лейоміому матки, яка росте швидко і повільно.

Клініка захворювання залежить від швидкості росту і розмірів пухлини, від топографічного розміщення лейоматозних вузлів; віку хворої; тривалості захворювання; локалізації міоматозних вузлів.

Основні симптоми: кровотечі, ознаки стиснення сусідніх органів і порушення їх функції, болі, неплідність, анемія і явища недостатності кровообігу.

Типовий симптом - біль. Він може бути постійним, ниючого характеру (якщо ріст підочеревинно розташованого вузла, тиску міоматозних вузлів на нервові сплетення малого таза), переймоподібний - при підслизовій локалізації вузла. Аналогічний біль - якщо народжується фіброматозний вузол. Біль носить завзятий і виражений характер при розташуванні вузлів між листками широкої зв'язки. Біль може бути й у результаті некрозу вузла, з розвитком надалі септичного стану.

Ускладнення при лейоміомі матки:

- некроз субсерозного лейоматозного вузла;
- гангрена підслизового лейоматозного вузла;
- перекут ніжки лейоматозного вузла;
- розрив капсули і розрив судин вузла;
- малігнізація вузла;
- порушення функції суміжних органів (сечового міхура чи прямої кишки).

Діагностика лейоміоми матки

Діагностика, як правило, нескладна і проводиться на підставі бімануального дослідження. Пальпуються щільні пухлини, іноді з множинними вузлами, із гладкою зовнішньою поверхнею, частіше рухливі. Іноді рухливість пухлини обмежена через її величину. Найчастіше міома розвивається у жінок, в анамнезі в яких мало пологів, нерегулярне статеве життя, обтяжуючий гінекологічний та акушерський анамнез (патологічні пологи з застосуванням оперативних методів, порушення менструального циклу, операції на органах малого тазу, запальні захворювання аборти, непліддя, екстрагенітальна патологія). Якщо звичайні методи дослідження недостатні, використовується ультразвукова діагностика, гістероскопія. З додаткових методів дослідження найпоширенішими є гістероскопія (гістросальпінгографія зараз не використовується) та гістерорезектоскопія або роздільне діагностичне вишкрібання цервікального каналу та стінок порожнини матки. Найбільш інформативним методом діагностики субмукозної міоми матки є гістероскопія. Позитивною якістю цього методу є можливість одночасної біопсії ендометрію, яка має важливе значення для діагностики гіперпластичних процесів, що часто супроводжують захворювання. Лапароскопія використовується при необхідності диференціальної діагностики пухлин щодо яких є протипоказання для консервативної терапії. Найчастіше всього *диференціальну діагностику* необхідно проводити з вагітністю, пухлинами яєчника, раком тіла матки, пухлинами товстої кишки.

Діагностика:

1. збір анамнезу;
2. бімануальне дослідження;
3. операція роздільного лікувально-діагностичного вишкрібання цервікального каналу і стінок матки;
4. зондування матки;
5. гістероскопія;
6. гістерорезектоскопія.

Субмукозна міома матки, а також деформація порожнини матки при центріпетальному рості інтерстиціального вузла виявляються при гістероскопії;

УЗД. Інформативність УЗД при міомі досягає 92,8-95,7%.

Рентген дослідження (оглядова). Точно оцінити розмір і локалізацію будь-якого вузла дозволяють магнітнорезонансна (МРТ) і комп'ютерна томографія (КТ); Провести диференційну діагностику лейоміоми й інших пухлин органів малого тазу, черевної порожнини і заочеревинного простору в складних випадках дозволяє лапароскопія.

Метод комп'ютерної томографії (КТ) відрізняється високою чутливістю (88,9%). Доброякісні пухлини матки на томограмах мають чіткі контури, однорідну структуру за рахунок щільності тканин. за допомогою КТ легко визначити розташування вузла, вторинні його зміни у вигляді кальцинатів і некрозу.

Метод ядерно-магнітного - резонансної томографії (МРТ) дозволяє зробити якісну оцінку структури тканини, визначити ступінь розповсюдження пухлинного процесу.

Лікування. До комплексу лікування міоми включають консервативні й оперативні методи.

Показання для консервативного лікування: невеликі розміри пухлини (до 12 тижнів у дітородному віці, до 14-15 в менопаузі); при міомі, яка не супроводжується кровотечами, порушенням функції суміжних органів, болем; при протипоказаннях до оперативного методу лікування.

Основою в консервативній терапії міоми є гормони. При цьому надається перевага аналогам гонадотропін-рилізінг-гормону (диферелін, люкрин-депо, золадекс, бусерелін). Їх застосовують лише після виключення онкопатології: виконується роздільне діагностичне вишкрібання, зразки тканин направляються на гістологію. Диферелін у дозуванні 3,75 мг (1 внутрішньом'язова ін'єкція) у перші 5 днів менструального циклу раз на 3 - 6 тижнів. Також застосовують гестагени (Дюфастон, Фемостон). Норколут - з 16-го по 25-й день менструального циклу протягом 6 місяців (курсова доза 300 мг). Жінкам пременопаузального віку препарат призначають в безперервному режимі протягом 3 місяців по 5-10 мг/день. Хворим репродуктивного віку призначають прегнін за циклічною схемою: з 16-го по 26-й день циклу по 0,04 г 3 рази на день протягом 3 місяців. Високий гестагенний ефект має 17-ОПК, який призначають жінкам, у яких зберігся менструальний цикл, на 14, 17, 21-й дні в дозі 125-250 мг протягом 6 міс. Для хворих репродуктивного віку, при міомі невеликих розмірів (6-7 тижнів вагітності) використовують комбіновані естроген-гестагенні препарати (ригевідон, демулен), які пригнічують синтез та секрецію гонадотропних гормонів. Препарати використовуються з 5-го по 25-й день циклу по 1г, кожного дня протягом 3 місяців і більше. 4

Показання для оперативного лікування: розміри пухлини більше як 12-13 тижнів; швидкий ріст пухлини; підозра на малігнізацію; порушення функції суміжних органів; геморагічний синдром; поєднання з внутрішнім ендометріозом; поєднання з пухлинами яєчників; ускладнення.

Методи хірургічного лікування:

а) консервативне (консервативна міомектомія, відкрочування субмукозних вузлів);

б) радикальне (надпівхова ампутації матки з додатками та без, екстирпація матки з додатками та без).

в) ЕМС (емболізація маткових судин).

Емболізація маткових судин є перспективним методом лікування симптомної лейоміоми матки - як самостійний метод, так і в якості передопераційної підготовки до наступної міомектомії, який дозволяє зменшити

об'єм інтраопераційної крововтрати, але потребує додаткового рентгенендоваскулярного обладнання.

Переваги емболізації судин:

- менший об'єм крововтрати;
- нижча частота інфекційних ускладнень;
- нижчий рівень летальності;
- скорочення термінів одужання;
- збереження фертильності.

Можливі ускладнення емболізації:

- тромбоемболічні ускладнення;
- запальні процеси;
- некроз субсерозного вузла;
- аменорея.

Технологія YIFU - абляції - це унікальний неінвазивний (дистаційний) метод локальної деструкції новоутворень (вузлова фіброміома маики, локальний ендометріоз)

Це унікальний метод ультразвукової абляції новоутворень, яку проводять на апараті **JI** (виробник: Chonging Haifu (HIFU) Technology Co., Ltd.), що дозволяє зберегти репродуктивну функцію жінки.

Під час лікування, завдяки коротким ультразвуковим імпульсам, відбувається

нагрівання тканин новоутворення з наступним термічним коагуляційним некрозом. Процес лікування здійснюється під УЗ - контролем в режимі реального часу. Час лікувальної маніпуляції залежить від розмірів і кількості вузлів, в середньому триває від 3 до 6 годин, в один етап.

Показання:

1. симптомна фіброміома тіла матки у жінок репродуктивного віку, які хочуть зберегти матку і планують вагітність.
2. симптомна фіброміома тіла матки у жінок в пременопаузе або менопаузі які не бажають оперуватись, або неможливе проведення хірургічного втручання.

Переваги:

- Неінвазивний оперативний метод,
- Органозберігаюче втручання,
- Висока ефективність при міомах матки різних розмірів та локалізації,
- Вплив на максимальну кількість вузлів при множинному ураженні,
- Відсутність травматизації, крововтрати,
- Гарний косметичний ефект,
- Короткі терміни госпіталізації та реабілітації,
- Відсутність впливу на ендометрій у зрівнянні з емболізацією маткових артерій,
- Відсутність/ мінімізація побічних ефектів.

Ускладнення:

- Опік шкіри в зоні інтонації I - II ст.,
- набряк м'яких тканин,

- Підвищення температури до субфібрильної протягом 2 - 4 діб.

Протипоказання:

- Ожиріння 3-4 ст. по абдомінальному типу,
- Грубі рубцеві зміни шкіри нижньої частини живота,
- Запальні захворювання органів малого тазу,

Внутрішньоматкові контрацептиви,

Фіброматозний вузол на ніжці.

ДОБРОЯКІСНІ ПУХЛИНИ ЯЄЧНИКІВ

Доброякісні пухлини яєчників складають 75-80% від всіх пухлин яєчників. До доброякісних пухлин яєчників відносяться такі поняття як кісти і кістоми яєчників. Кісти яєчників це пухлиноподібні утворення, що характеризуються скупченням рідини, серед нормальної тканини яєчників, оточеною чіткою капсулою. До них відносяться : фолікулярна кіста яєчника, кіста жовтого тіла, паровариальна кіста. Кістома - це дісна пухлина яєчника, якій властиві всі характеристики пухлинного росту (доброякісного).

Класифікація. Існує багато класифікацій пухлин яєчників за клінічним, клініко-морфологічним та гістологічним принципами, однак жодна з них повністю не задовольняє клініцистів.

Клініко-морфологічна класифікація:

1. Ретенційні непроліферуючі пухлини яєчника (фолікулярна, лютеїнова кіста)

2. Справжні (проліферуючі) пухлини яєчника (бластоми)

а) Пухлини з епітеліальної тканини:

1. Зрілі форми (проста серозна, проліферуюча сосочкова, поверхнева сосочкова, псевдомуцинозна кістома).

2. Незрілі форми:

- рак яєчника;
- первинна аденокарцинома;
- вторинний рак на ґрунті зляккісного переродження кістоми яєчника;
- метастатичний (пухлина Крукенберга).

б) Пухлини зі сполучної тканини (стромогенні);

1. Зрілі форми (фіброма і фіброміома яєчника).

2. Незрілі форми (саркома яєчника, ендотеліома яєчника).

в) Змішані пухлини яєчника (тератоїдні):

1. Кістоподібні форми тератом – дермоїди.

2. Щільні (солідні) форми тератом (тератобластоми, ембріоми).

3. Тератоми з однобічним диференціюванням: струма яєчника, хоріонепітеліома яєчника, гіпернефрома.

В жодному з органів не зустрічається такої гістологічної різноманітності пухлин як в яєчнику. Згідно Міжнародної гістологічної класифікації, складеної експертами ВОЗ (!(?№), пухлини яєчників розділяються на вісім груп. Враховуючи її складність С.К.Серов (1978) запропонував більш спрощеніший варіант цієї класифікації.

I. Епітеліальні пухлини.

А. Серозні пухлини.

1. Доброякісні: а) цистаденома і папілярна цистаденома; б) аденофіброма і цистаденофіброма; в) поверхнева папілома.

2. Пограничні (потенційно низького ступеня злоякісності): а) цистаденома і папілярна цистаденома; б) поверхнева папілома; в) злоякісна аденофіброма і цистаденофіброма.

3. Злоякісні: а) аденокарцинома, папілярна аденокарцинома і папілярна цистаденокарцинома; б) поверхнева папілярна карцинома; в) злоякісна аденофіброма і цистаденофіброма.

В. Муцинозні пухлини

1. Доброякісні: а) цистаденома; б) аденофіброма і цистаденофіброма.

2. Пограничні (потенційно низького ступеня злоякісності): а) цистаденома; б) аденофіброма і цистаденофіброма.

3. Злоякісні: а) аденокарцинома і цистаденокарцинома; б) злоякісна аденокарцинома і цистаденофіброма.

С. Ендо метріодні пухлини

1. Доброякісні: а) аденома і цистаденома; б) аденофіброма і цистаденофіброма.

2. Проміжні (потенційно низького ступеня злоякісності): а) аденома і цистаденома; б) аденофіброма і цистаденофіброма.

3. Злоякісні: а) карцинома, аденокарцинома, аденоакантома, злоякісна аденофіброма і цистаденофіброма; б) мезодермальні (мюллерові) змішані пухлини, гомологічні й гетерологічні.

Д. Світлоклітинні (мезонефроїдні) пухлини.

1. Доброякісні: аденофіброма.

2. Проміжні (потенційно низького ступеня злоякісності).

3. Злоякісні: карцинома й аденокарцинома.

Е. Пухлини Бреннера.

1. Доброякісні.

2. Проміжні (проміжної злоякісності).

3. Злоякісні.

ґ. Змішані епітеліальні пухлини

1. Доброякісні.

2. Проміжні (проміжної злоякісності).

3. Злоякісні

Г. Недиференційована карцинома.

Н. Некласифіковані епітеліальні пухлини

П. Пухлини строми статевого тяжа.

А. Гранульозостромально-клітинні пухлини.

В. Гранульозоклітинна пухлина.

2. Група теком-фібром: а) текома; б) фіброма; в) неklasифіковані.

В. Андробластоми: пухлини з клітин Сертолі й Лейдіга.

1. Високодиференційовані: а) тубулярна андробластома, пухлина з клітин Сертолі, б) тубулярна андробластома з накопиченням ліпідів, пухлина з клітин

Сертолі з накопиченням ліпідів (ліпідна фолікулома Лесена); в) пухлина з клітин Сертолі і Лейдіга; г) пухлина з клітин Лейдіга, пухлина з хілюсних клітин.

2. Проміжного (перехідного) диференціювання.

3. Низькодиференційовані (саркоматозні).

В. Гінадробластома

Г. Некласифіковані пухлини строми статевого тяжа.

III. Ліпідно-клітинні (ліпоїдно-клітинні) пухлини.

IV. Герміногенні пухлини.

A. Дисгермінома

B. Пухлина ендодермального синуса

C. Ембріональна карцинома.

D. Поліембріома.

E. Хоріонепітеліома

F. Тератоми

1. Незрілі.

2. Зрілі: а) солідні; б) кістозні (дермоїдна кіста, дермоїдна кіста з малігнізацією);

3. Монодермальні (високоспеціалізовані): а) струма яєчника; б) карциноїд; в) струма яєчника і карциноїд; г) інші пухлини

G. Змішані герміногенні пухлини

V. Гонадобластома

A. Чиста (без домішок інших форм).

B. Змішана з дисгерміномою та іншими формами герміногенних пухлин

VI. Пухлини м'яких тканин, неспецифічні для яєчника

VII. Некласифіковані пухлини

VIII. Вторинні (метастатичні) пухлини

IX. Пухлиноподібні процеси

A. Лютеома вагітності

B. Гіперплазія строми яєчника і гіпертекоз

C. Масивний набряк яєчника

D. Поодинокі фолікулярна кіста і кіста жовтого тіла

E. Множинні фолікулярні кісти (полікістоз яєчників)

F. Множинні лютеїнізовані фолікулярні кісти і (або) кісти жовтого тіла

G. Ендометриоз

H. Поверхневі епітеліальні кісти включення (гермінальні кісти включення).

I. Прості кісти.

J. Запальні процеси

K. Параоваріальні кісти

Більшість перерахованих пухлин зустрічаються рідко.

Клінічна картина. Скарги неспецифічні. Симптоматика залежить від величини, локалізації пухлини та наявності ускладнень. Найчастішою скаргою є біль, що виникає внизу живота, в попереку, часом - у клубових ділянках. Найчастіше він має ниючий характер. Гострий біль з'являється при перекрученні ніжки пухлини, крововиливі та розриві капсули пухлини. Як правило, біль не

пов'язаний з місячними і виникає внаслідок запалення або подразнення серозних покривів, спазмів гладкої мускулатури порожнистих органів або в результаті порушення кровообігу.

Характер больових відчуттів залежить від індивідуальних особливостей нервової системи. Іннервація статевої системи характеризується значним розвитком рецепторного апарату. Пухлина в яєчнику може викликати подразнення рецепторів статевих органів і очеревини малого таза, а також нервових закінчень і сплетень судинної системи матки та придатків. Біль також виникає внаслідок розтягнення капсули пухлини, що призводить до подразнення рецепторного апарату і порушення кровопостачання стінки пухлини, що може викликати больові відчуття незалежно від інших причин та факторів. Нерідко хворі скаржаться на розлади сусідніх органів, зокрема на дизуричні явища, а при великих розмірах пухлини - на відчуття важкості та збільшення живота. Часто основною скаргою є безпліддя. Загальні прояви (слабкість, задуха) характерні для супровідної екстрагенітальної патології. У більшості жінок захворювання тривалий час перебігає безсимптомно. Доброякісні пухлини яєчників часто поєднуються з іншими гінекологічними захворюваннями (хронічним аднекситом та ін.). Існує думка, що запальний процес є причиною зміни гормональних взаємозв'язків в жіночому організмі. Однак не виключено, що запальний процес розвивається як наслідок мікроперфорацій, порушення кровообігу пухлини. Нерідко спостерігається порушення менструальної функції. Генеративна функція у таких хворих знижена, що може бути зумовлено порушеннями в системі гіпоталамус - гіпофіз - яєчники, непрохідністю маткових труб або змінами їх функції у зв'язку з наявністю пухлини в малому тазу. Окрім того, існує багато інших супровідних гінекологічних захворювань, які можуть зумовити безпліддя

Доброякісні пухлини яєчників (окрім гормонопродукуючих) незалежно від будови в клінічному перебігу мають багато спільного. На ранніх стадіях захворювання, як правило, має безсимптомний перебіг або симптоматика настільки незначна, що хвора тривалий час терпить чи не звертає на це належної уваги

Гемограми при доброякісних пухлинах яєчників неспецифічні, хоча нерідко спостерігається прискорення ШОЕ до 25-30 мм/год. Лейкоцитоз виникає, як правило, тільки при наявності ускладнень, лейкоцитарна формула не змінена.

Найчастіше зустрічаються епітеліальні пухлини (серозні, або ціліоепітеліальні, і муцинозні кістоми), дермоїдні кісти яєчників, або зрілі тератоми, фіброми яєчників.

Епітеліальні пухлини.

За характером росту розрізняють кісти і кістоми. Кісти - це доброякісні небластоматозні ретенційні утвори, які ростуть внаслідок накопичення секрету (retentio - затримка). Кістоми - це доброякісні бластоматозні утворення, що ростуть за рахунок власної тканини. І кісти, і кістоми мають у своєму складі анатомічну і хірургічну ніжки. **Анатомічна ніжка** складається з трьох утворень: підвішуючої зв'язки яєчника (lig suspensum ovarii), власної зв'язки яєчника (lig ovarii proprium) і частини широкої зв'язки яєчника (mesovarium). **Хірургічна ніжка** - це утворення, які пересікаються під час операції і які включають до себе анатомічну ніжку та

маткову трубу (частіше всього). До хірургічної ніжки може також входити частина сальника або петля кишківника, які під час операції відокремлюються від анатомічної ножки.

Серозні (ціліоепітеліальні) пухлини поділяються на гладкостінні і папілярні, а папілярні, у свою чергу, на інвертуючі (сосочки розташовані всередині капсули) й евертуючі (сосочки розміщені на зовнішній поверхні капсули). Часом може бути поєднання обох варіантів

За клінічним перебігом гладкостінні і папілярні пухлини значно відрізняються одна від одної. Гладкостінні пухлини часто однокамерні і однобічні, легко сприймаються як фолікулярні кисти яєчника. Папілярні кістами здебільшого двобічні, нерідко супроводжуються асцитом, запальним процесом в малому тазу, інтралігаментарним розташуванням пухлини і розростанням сосочків на очеревині. Евертуючу форму пухлини під час операції часто приймають за рак

Муцинозні кістоми багатоканерні, характеризуються швидким ростом. Вміст пухлини являє собою слизоподібну рідину.

Фіброми яєчника мають бобоподібну форму, щільні, легко некротизуються, часто супроводжуються асцитом, часом у поєднанні з анемією і гідротораксом. Цю триаду (асцит, гідроторакс, анемія) називають синдромом Мейера.

Дермоїдні кісти яєчника, або зрілі тератоми, як правило, мають довгу ніжку, розташовані спереду від матки, посилено мобільні. Найчастіше вони зустрічаються в жінок молодого віку і навіть до статевого дозрівання, інші ж пухлини переважно виникають у віці 40 і більше років.

Гормонопродукуючі пухлини поділяються на 2 групи, які відрізняються одна від одної за клінічним перебігом. *Фемінізуючі* пухлини яєчника (гранульозоклітинні, гранульозотекаклітинні, текаклітинні) продукують більшою мірою естрогени, що і зумовлює їх клініку. У дівчаток виникають ознаки передчасного статевого дозрівання, а у жінок зрілого віку - порушення менструального циклу і хаотичні кровотечі. В постменопаузі відбувається ніби омолодження організму (соковита слизова оболонка піхви, поява кров'янистих виділень, високий каріопікнотичний індекс, гіперплазія слизової оболонки тіла матки). *Маскулінізуючі* пухлини (андробластома, ліпоїдно-клітинні пухлини) продукують у великій кількості чоловічий статевий гормон тестостерон, що призводить до припинення менструацій, гірсутизму (посиленого оволосіння), безпліддя, а в пізніх стадіях захворювання - облісіння, зміни тембру голосу

Фолікулярна кіста - це пухлиноподібний утвір, який виникає внаслідок скупчення рідини в кістозноатрезованому фолікулі. Мікроскопічно це тонкостінні однокамерні утвори, тугоеластичної консистенції. Вони можуть виникати в будь-якому віці, навіть в дитинстві, але найчастіше утворюються після періоду статевого дозрівання. В анамнезі таких хворих нерідко виявляють запальний процес. Основним симптомом захворювання є біль внизу живота, рідше - порушення менструального циклу. При вагінальному дослідженні збоку або спереду матки визначається малорухома кіста величиною до 10 см, нерідко з явищами запального процесу придатків.

Після встановлення діагнозу можна спостерігати за хворою протягом 2-3 менструальних циклів. Якщо за цей час утвір не розсмокчеться, то потрібно виконати операцію, яка полягає у видаленні кісти і формуванні яєчника із залишків яєчникової тканини. У клімактеричному і постменопаузальному періодах видаляють придатки матки з ураженої сторони.

Кіста жовтого тіла зустрічається відносно рідко (у 2-5 % випадків). За своєю будовою вона схожа на жовте тіло, але сягає більших розмірів (звичайно до 2 см). Стінки її товсті, внутрішня поверхня складчаста, жовтого кольору. Вміст являє собою світлу прозору рідину, часом з домішками крові. Ці утвори зустрічаються у хворих віком від 16 до 55 років. Основним симптомом є біль внизу живота, пов'язаний з наявністю супровідного запального процесу придатків матки. Специфічні клінічні ознаки відсутні. Здебільшого ускладненням є крововилив у порожнину кісти.

Найчастіше кіста жовтого тіла пальпується збоку від матки, має неоднорідну консистенцію. Такі кісти здебільшого виникають під час вагітності, після її переривання вони швидко розсмоктуються. У багатьох випадках кісти жовтого тіла зазнають зворотнього розвитку. Поступово шар лютеїнових клітин заміщується сполучною тканиною, при цьому утвір може перетворитися в кісту, позбавлену епітелію. При підозрі на кісту жовтого тіла слід спостерігати за хворою протягом 2-3 менструальних циклів, бо за цей час може відбутися зворотний розвиток кісти. У протилежному випадку показане оперативне втручання - лапаротомія з видаленням кісти і формуванням яєчника з незміненої тканини.

Параоваріальна кіста - це ретенційний утвір, що розташовується між листками широкої зв'язки матки і виходить з над'яєчникового придатка. Найчастіше зустрічається в 20-40-річному віці. Над'яєчниковий придаток (епіофорон, параоваріум) досягає максимального розвитку в період статевої зрілості з віком атрофується. Макроскопічно параоваріальна кіста має вигляд утвору округлої або овальної форми, тугоеластичної консистенції. В більшості випадків вона однокамерна з прозорим рідким вмістом. Розміри можуть коливатися від маленьких до гігантських, що займають всю черевну порожнину, найчастіше діаметром 8-10 см. Стінка її тонка, прозора, з мережею судин, що складаються з судин брижі маткової труби і стінки кісти. На верхньому полюсі кісти видно розпластану, видовжену, деформовану маткову трубу. Яєчник розташовується біля задньо-нижнього полюса кісти, а в інших випадках може бути теж розпластаний на її нижній поверхні.

Параоваріальна кіста спочатку не має ніжки, однак при її рості в бік черевної порожнини відбувається випинання одного з листків широкої маткової зв'язки і утворюється ніжка, що складається з листків брижі маткової труби. Часто до її складу входить маткова труба, а часом і власна зв'язка яєчника. Гістологічно стінка кісти утворена волокнистою фіброзною тканиною. Внутрішня поверхня її вкрита циліндричним, кубічним або однорядним плоским епітелієм. В цих випадках на внутрішній поверхні виявляють папілярні розростання.

Клінічна картина характеризується болем внизу живота і в попереку. При збільшенні розмірів кісти можуть з'являтися ознаки стиснення сусідніх органів та

збільшуватись розміри живота. Часом мають місце порушення менструального циклу і безпліддя, що більш характерно для поєднання параоваріальної кісти з супровідною патологією: міомою матки, кістою чи кістотою яєчника

Із ускладнень, що спостерігаються при параоваріальній кісті, практичне значення має перекрут ніжки, клінічні прояви якого залежать від утворів, що входять до складу ніжки.

Діагностика параоваріальної кісти часто важка. Встановленню діагнозу допомагає УЗД, коли поряд з яєчником визначається пухлиноподібний утвір з рідким вмістом.

Лікування оперативне, воно полягає у вилушуванні кісти з накладанням затискачів на її ніжку, гемостазі, перитонізація за рахунок переднього листка широкої зв'язки.

Ускладнення доброякісних пухлин яєчника. Найважчим ускладненням доброякісних пухлин яєчника є їх **злоякісне перетворення**. Найнебезпечнішими в цьому плані є ціліоепітеліальні папілярні кістоми, рідше - муцинозні і зовсім рідко – дермоїдні кісти яєчника. На початкових стадіях малігнізації характерної клініки немає, і тому при виявленні кістоми яєчника слід ставити питання про оперативне лікування.

Перекрут ніжки пухлини. Анатомічна ніжка пухлини складається з розтягнутих воронкотазової і власної зв'язок яєчника і частини заднього листка широкої зв'язки. В ніжці проходять судини, що живлять пухлину (яєчникова артерія), лімфатичні судини і нерви. Хірургічна ніжка - це утвір, який доводиться пересікати під час операції. До її складу входять анатомічна ніжка і маткова труба. При повному перекруті ніжки пухлини різко порушуються кровопостачання і живлення в пухлині, виникають крововиливи і некроз, що клінічно проявляється картиною гострого живота: раптовий різкий біль, дефанс м'язів передньої черевної стінки, позитивний симптом Щоткіна-Блюмберга, часто нудота або блювання, парез кишечника, затримка випорожнень, рідше - пронос. Температура тіла підвищена, пульс частий, відзначаються блідість, холодний піт, важкий загальний стан, зниження артеріального тиску

Перекрутиться може ніжка будь-якої кістоми. Рухомі пухлини, які не з'єднані з навколишніми тканинами, найнебезпечніші у цьому відношенні. При перекруті пухлина збільшується внаслідок крововиливу і набряку. Спроби її зміщення призводять до виникнення різкої болочості. Такі випадки вимагають термінового оперативного втручання - видалення пухлини. Запізніле оперативне втручання призводить до некрозу пухлини, приєднання вторинної інфекції, зрощення з сусідніми органами, обмеженого перитоніту, що в подальшому ускладнює виконання операції, або до розлитого перитоніту. Частковий перекрут ніжки пухлини супроводжується усіма вищезгаданими проявами, які виражені незначно і можуть зникати навіть без оперативного лікування

Нагноєння стінки або вмісту пухлини виникає дуже рідко. Інфекція проникає лімфогенно або гематогенно, найчастіше з кишечника, а, можливо, і з інших вогнищ інфекції. При виникненні гнійника утворюються перифокальні спайки. Гнійник може прорвати в кишечник або сечовий міхур з наступним

утворенням відповідних нориць. Нагноєння супроводжується симптомами гнійної інфекції (лихоманкою, лейкоцитозом, перитонеальними симптомами).

Крововиливи відбуваються частіше в стінку, рідше - в порожнину пухлини. Вони, як правило, супроводжуються посиленням болю. До оперативного лікування і гістологічного дослідження практично не діагностуються.

Розрив капсули кістоми виникає рідко, часом при прямій механічній травмі, а також внаслідок грубого дослідження. Характеризується гострим болем, кровотечею, шоком. Бімануально визначається відсутність пухлини, яка до цього чітко пальпувалась. Розрив може призвести до імплантації елементів пухлини на очеревині (особливо це стосується муцинозної кістоми яєчника).

Основні методи діагностики пухлин яєчників: клінічні методи (анамнез, скарги, ректовагінальне дослідження), УЗД,КТ,МРТ, визначення онкомаркерів *СА -125,СА 19-9, СА 72-4* для муцинозних епітеліальних пухлин; *АФП* та *3-ХГЛ* - для гермногенних; *інгібін* - для гранулозоклітинних, дослідження шлунково - кишкового тракту (фіброколоно-, фіброгастроскопія), цитологічний метод дослідження випота в порожнину і ін.

Лікування : хірургічне. Об'єм залежить від : виду пухлини (патоморфології), віку жінки, поширеності процесу (ендометріодні пухлини яєчника).

V. План організації заняття

Організаційний момент 2 % навчального часу

Мотивація теми 3% навчального часу

Контроль вихідного рівня знань 20% навчального часу

Самостійна робота студента 35% навчального часу

Контроль остаточного рівня знань 20% навчального часу

Оцінка знань студентів 15% навчального часу

Узагальнення викладача, домашнє завдання 5% навчального часу

VI. Основні етапи заняття

А. Підготовчий - мотивація теми, контроль вихідного рівня базових знань шляхом відповідей кожного студента на запитання з цієї теми, розподіл завдань для самостійної роботи.

Б. Основний - самостійна робота студентів під контролем викладача. Заняття проводиться в учбовій кімнаті. Студенти з низьким вихідним рівнем знань вивчають навчальну літературу та навчальні посібники. Решта студентів, розподілених на групи по 2-3 людини, самостійно працюють на гінекологічному фантомі під контролем викладача, в залежності від виду операції. Після цього студенти з викладачем переходять в операційний зал або у відділення гінекології (в залежності від наявності відповідних гінекологічних хворих), виконують передопераційну підготовку хворих в залежності від виду і характеру операції, складають план ведення хворої.

В. Заключний - контроль засвоєння матеріалу шляхом вирішення ситуаційних завдань, усних звітів студентів про виконану роботу, проведення диференційного діагнозу, узагальнення, оцінка роботи кожного студента, домашнє завдання.

VII. Методичне забезпечення

Місце проведення заняття:

- Навчальна кімната,
- Оглядовий кабінет гінекологічного відділення
- Відділення гінекології
- Операційний зал

Оснащення:

таблиці, малюнки та інструменти для гінекологічного обстеження, операційний матеріал.

VIII. Контрольні запитання та завдання

1. Яка класифікація доброякісних пухлин вульви?
2. Що входить в поняття “Лейоміома матки”?
3. В яких відділах матки можуть бути розташовані лейоматозні вузли ?
4. Які є клінічні прояви лейоміоми матки?
5. Які бувають ускладнення лейоміоми матки?
6. Які методи використовують для діагностики лейоміоми матки?
7. Назвіть методи діагностики субмукозної форми лейоміоми матки?
8. Які є методи лікування лейоміоми матки ?
9. Які є показання до застосування консервативного методу лікування лейоміоми матки?
10. Які є методи консервативного лікування лейоміоми матки?
11. Які є показання до хірургічного лікування лейоміоми матки?
12. Які є види органозберігаючих операцій, показання до цього типу операцій?
13. Які є види радикальних операцій при лейоміомі матки, показання?
14. Яке проводиться лікування ускладнень лейоміоми матки?
15. Які є класифікації доброякісних пухлин яєчників?
16. Яке клінічне значення пухлини яєчників епітеліального походження?
17. Які методи дослідження необхідно використати для постановки діагнозу пухлини яєчника?
18. З якими захворюваннями проводять диференціальний діагноз при підозрі на пухлину яєчника?
19. Яке лікування необхідно призначити при виявленні у хворої пухлини яєчника?
20. Який використовують обсяг хірургічного втручання при пухлинах яєчників залежно від характеру пухлини і віку хворої?
21. Що таке «ніжка» кістоми (анатомічна та хірургічна)?
22. Які пухлини входять в групу пухлин строми статевого тяжа (клініка, діагностика, лікування)?
23. З чого складається хірургічна ніжка пухлини яєчників?
24. Які найбільш поширені ускладнення при пухлинах яєчників?
25. Що входить до профілактики ускладнень при пухлинах яєчників?

IX. Тестовий контроль

1. Хвора 40-ка років протягом року відмічає рясні менструації, які супроводжуються переймоподібними болями внизу живота. При бімануальному дослідженні під час менструації: в каналі шийки матки визначається утворення діаметром до 5см, щільної консистенції. Матка збільшена до 5-6 тижнів вагітності,

звичайної консистенції, рухома, болюча. Придатки не визначаються. Виділення кров'янисті, помірні. Який діагноз можна припустити?

- A. Субмукозний лейоматозний вузол, що народжується
- B. Аборт в ході
- C. Рак шийки матки
- D. Міома шийки матки
- E. Аномальна маткова кровотеча

2.. До доброякісних пухлин зовнішніх статевих органів відносяться усі, крім:

- A. Фіброма вульви.
- B. Гемангіома вульви
- C. Вульвіт.
- D. Фіброміома вульви
- E. Ліпома вульви

3. Жінці 57-ми років проведено операцію екстирпації матки із придатками. Макроскопічно: в товщі міометрію вузол щільної консистенції, округлої форми з чіткими контурами, розміром 5х6 см, на розрізі волокнистої будови. Гістологічно він представлений хаотично розташованими пучками гладень-ком'язевих клітин та надмірно розвиненою стромою. Який найбільш імовірний діагноз?

- A. Лейоміома матки
- B. Рабдоміосаркома
- C. Рабдоміома
- D. Фіброма
- E. Лейоміосаркома

4. Хвора 24-х років скаржиться на різкий біль у низу живота, який виник раптово після фізичного напруження. Зазначає нудоту, блювання, сухість у роті, температура - 36,6°C. В анамнезі - кіста правого яєчника. Бімануально: матка щільної консистенції, безболісна, нормальних розмірів. Ліве склепіння глибоке, додатки не визначаються. Справа від матки визначається різко болюче утворення, округлої форми, еластичної консистенції, обмежено рухоме, 7х8 см. У крові: лейкоцитоз із зсувом вліво. Який найбільш імовірний діагноз?

- A. Піосальпінкс правобічний
- B. Перекрут ніжки кісти правого яєчника
- C. Субсерозна лейооміома матки
- D. Гострий правобічний аднексит
- E. Позаматкова вагітність

5. В жіночу консультацію звернулася жінка 44 років зі скаргами на порушення менструального циклу по типу гіперполіменореї протягом півроку, тягнучі болі в нижніх відділах живота, слабкість. При гінекологічному обстеженні тіло матки збільшене до 12 тижнів вагітності, щільне, рухоме, безболісне. В крові: Нв- 90г/л. Яку патологію можна запідозрити?

- A. Лейоміома матки
- B. Рак тіла матки

- C. Вагітність
- D. Кістома яєчника
- E. Аномальна маткова кровотеча

6. Хвора 48 років скаржиться на ниючий біль, тяжкість внизу живота, значне збільшення живота за останні 4 місяці. Менструальний цикл в нормі. Гінекологічне обстеження: шийка матки без патологічних змін, матка нормальних розмірів, безболісна, рухлива. З обох сторін матки пальпується пухлина розміром 10 x 12 см, щільної консистенції, з нерівною поверхнею, нерухомі. У черевній порожнині визначається значна кількість вільної рідини. Який найбільш ймовірний діагноз?

- A. Позаматкова вагітність
- B. Рак яєчників
- C. Метастатичний рак яєчників (Крукенберга)
- D. Синдром полікістозних яєчників
- E. Генітальний ендометріоз

7. Пацієнтці 29 років було проведено хірургічне лікування з приводу доброякісної серозної епітеліальної пухлини яєчника. Післяопераційний період пройшов без ускладнень. Що необхідно прописати на реабілітаційний період:

- A. Гормонотерапія і протеолітичні ферменти
- B. Антибактеріальна терапія та адаптогени
- C. Лазерна терапія та ферментна терапія
- D. Пацієнт потребує подальшого догляду через 12 місяців
- E. Пацієнт не потребує подальшого догляду

8. Хвора 29 років, скаржиться на різкі болі внизу живота. Болі виникли раптово. Остання менструація була 10 днів тому, прийшла в строк. Пологів -2, абортів - 2. Пів року тому назад була винайдена пухлина яєчника. Від операції жінка відмовилась. Пульс - 100 ударів за хвилину, ритмічний, задовільних властивостей, дихання 22 за хвилину. Язик сухий, не обкладений. Живіт напружений, різко болючий, особливо зліва. Тіло матки чітко не визначається через напруження передньої черевної стінки. Придатки зправа не визначаються. В області лівих придатків пальпується пухлина туго еластичної консистенції, обмежено рухома, болісна. Параметрії вільні. Діагноз?

- A. Апоплексія яєчника
- B. Перекрут ніжки пухлини лівого яєчника
- C. Порушена позаматкова вагітність
- D. Перекрут ніжки субсерозного вузла лейоміоми матки
- E. Розрив кісти яєчника

9. Хвора 23 р. з первинною неплідністю надійшла в гінекологічне відділення для хірургічного лікування з приводу субсерозної лейоміоми матки. Який оптимальний об'єм оперативного втручання має бути в даному випадку?

- A. Надпівхова ампутація матки

- В. Гістерорезектоскопія
- С. Гістеротомія без придатків
- Д. Надпівхова ампутація матки без придатків
- Е. Лапароскопічна міомектомія

10. Пацієнтка 43 років скаржиться на те, що протягом останніх 8-9 місяців менструації дуже рясні, що призводить до слабкості, запаморочення, занепаду сил. Вона була у гінеколога 3 роки тому. Був поставлений діагноз лейоміома матки. Об'єктивно: шийка матки циліндричної форми, без патологічних змін, зовнішнє вічко цервікального каналу закрито. Тіло матки збільшено до 9-10 тижнів вагітності, щільне, рухливе, безболісне. Придатки з обох сторін не визначаються. Параметрії вільні. Склепіння глибокі. Виділення слизові. Який найбільш вірогідний діагноз?

- А. Аномальна маткова кровотеча
- В. Ендометріоз матки
- С. Рак ендометрію
- Д. Хоріонепітеліома
- Е. Лейоміома матки

Х. Ситуаційні задачі

Задача 1. Хвора 28 років звернулася в жіночу консультацію зі скаргами на тупий біль внизу С. Хворіє 3 роки, при об'єктивному дослідженні тіло матки живота, температура до 37,50С нормальних розмірів, рухоме, не болюче. Придатки з обох боків збільшені в розмірах, болючі при пальпації, склепіння піхви глибокі. Параметрії вільні. Діагноз. Що робити?

Задача2. Пацієнтка 35-х років звернулася до лікаря зі скаргами на відсутність вагітності впродовж 4-х років. 5 років тому перша вагітність закінчилась штучним абортom. За даними вагінального дослідження та УЗД дослідження встановлено діагноз: ендометріоїдна кіста правого яєчника. Який оптимальний метод лікування?

Задача 3. Пацієнтка 34-х років звернулася в гінекологічне відділення зі скаргами на різкі болі внизу живота. 2 роки тому у неї була діагностована лейоміома матки. Симптоми подразнення очеревини є позитивними. При піхвовому дослідженні матка збільшена до 10 тижнів вагітності, горбиста, праворуч один з вузлів рухливий, болючий. Придатки не визначаються. Діагноз. Що робити?

РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА

Основна

1. Алгоритми в акушерстві гінекології. Видання третє, доповнене, під редакцією проф. В.О. Бенюка. К.: «Бібліотека «Здоров'я України». -2018.- 504 с.

2. Акушерський фантом/Під редакцією проф. В.О. Бенюка, І.А. Усевича, О.А. Диндар. -Київ: «Здоров'я України», 2019.-198 с.
3. Браян А. Магован, Філіп Оуен, Ендрю Томсон."Клінічне акушерство та гінекологія".Підручник, К. Видавництво «Медицина», 2021, 445 с.
4. В. Грищенко, М. Щербина, Б. Венцківський «Акушерство і гінекологія: у двох книгах.» Книга 2. Гінекологія. 3-є видання.. К. Видавництво «Медицина», 2020, 376 с.
5. Алгоритми в акушерстві і гінекології. Навчальний посібник (под ред. БенюкаВ.О.). Співавтори: ДиндарО.А., УсевичІ.А., Говсеев Д.В., Гончаренко В.Н., Гичка Н.М., Ковалюк Т.В.- К., 2019 - «Бібліотека «Здоров'я України» - С.542.
6. Акушерський фантом: посібник українською мовою (за ред. Бенюка В.О.). Співавтори: Усевич І.А., Диндар О.А., Ковалюк Т.В., Самойлова М.В.- К., 2018 - «Бібліотека «Здоров'я України», С.191.
7. Obstetrical phantom: посібник англійською мовою (EditedbyV. Benyuk, O. Dyndar, I.Usevych). Co-authors: Т. Kovalyuk, M.Samoilova – К., 2018 - «Бібліотека «Здоров'я України», С. 190.
8. Назарова І. Б., Самойленко В. Б.,Фізіологічне акушерство: підручник (ВНЗ І—ІІІ р.а.) ВСВ «Медицина», 2018, 408 с.
9. V.I. Hryshchenko, M.O. Shcherbyna, B.M. Ventskivskyi et al., «Obstetrics and Gynecology: in 2 volumes». Volume 2. Gynecology (textbook)ВСВ «Медицина», 2022, 352 с.
10. Ліхачов В. К. «Гінекологія. 2-ге видання.» Видавництво «Нова книга», 2021. 688 с.

Додаткова

1. Зозуля І. С., Волосовець А. О., Шекера О. Г. та ін. «Медицина невідкладних станів. Екстрена (швидка) медична допомога». Підручник. 5-е видання. ВСВ «Медицина», 2023, 560 с.
2. МОЗ України Наказ № 13 «Про деякі питання застосування україномовного варіанту міжнародної класифікації первинної медичної допомоги (ICPC-2-E)» від 04.01.2018
3. МОЗ України Наказ № 1039 «Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Менопаузальні порушення та інші розлади в перименопаузальному періоді» від 17.06.2022
4. МОЗ України Наказ № 2264 «Клінічна настанова, заснована на доказах «Аномальні вагінальні виділення»» від 15.12.2022
5. Орлик В. В. «Трансфузійна медицина» підручник, ВСВ «Медицина», 2023, 424 с.
6. EAU. Guidelines of chronic pelvic pain. 2014. 132 p.
7. Стюарт Г. Ралстон Ян, Д. Пенман, Марк В.Дж. Стрекен, Річард П. Гобсон «Медицина за Девідсоном: принципи і практика», 23-є видання: у 3 томах. Том 3. ВСВ «Медицина», 2021, 664 с.

8. ESHRE. Management of women with premature ovarian insufficiency. 2015. 161p.
9. ESHRE guideline: management of women with endometriosis. Hum Reprod. 2014;400-12.
10. A practical guide to obstetrics and gynecology/ Richa Saxena, 2015
11. DC Duttas textbook on gynecology, six edition/ New Dehli-London-Philadelphia, 2013 14
12. .Кравченко О.В, Карлійчук Є.С., Ясинська С.М. Акушерство і гінекологія.Obstetrics and Gynecology: (Educational manual). - Чернівці: БДМУ, 2012.