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 «Фактори ризику, рання діагностика та профілактика злоякісних новоутворень жіночих статевих органів та молочних залоз. Трофобластичні захворювання.»
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. Фактори ризику, рання діагностика та профілактика злоякісних новоутворень жіночих статевих органів та молочних залоз. Трофобластичні захворювання.

І. Науково-методичне обгрунтування теми

Злоякісні пухлини жіночих статевих органів є найбільш частими в структурі онкологічної захворюваності жінок. Сумарна частка цих пухлин становить 35%. Актуальність проблеми зумовлена не лише високою частотою але і складністю даної проблеми. Це патологічний стан, який інвалідизує жінок на тривалий час і є причиною смерті найбільш працездатної частини жіночого населення. Своєчасна діагностика та лікування на початкових стадіях розвитку злоякисних новоутворень жіночих статевих органів дозволяє хворим видужати.

ІІ. Навчально-виховні цілі

Знати:

- Загальні та спеціальні методи дослідження у разі злоякісних новоутворень жіночих статевих органів;
- класифікації злоякісних новоутворень жіночих статевих органів;
- клінічні прояви та методи діагностики раку вульви, шийки та тіла матки, яєчників.
- тактику ведення хворих у разі злоякісних пухлин жіночих статевих органів
- групи онкохворих;
- етіопатогенез трофобластичної хвороби;
- методи діагностики та клінічні прояви трофобластичної хвороби;
- основні принципи лікування трофобластичної хвороби

***Вміти*:**

- визначити симптомокомплекс злоякісної патології жіночих статевих органів;
- визначити основні причини, що викликали розвиток злоякісного процесу у жінки;
- діагностувати стадію, ступінь диференціації та поширеності пухлини;
- скласти схему лікування жінки у разі злоякісного новоутворення;
- рекомендувати методи профілактики онкопатології жіночих статевих органів.

ІІІ. Вихідні й базові знання

- анатомічні та фізіологічні особливості жіночих статевих органів;
- гістологічна будова зовнішніх та внутрішніх статевих органів;
- фонові та передракові стани жіночих статевих органів;
- вивчення фармакологічних препаратів, що містять жіночі та чоловічі статеві гормони; цитостатичні засоби.

ІV. Зміст навчального матеріалу

Серед злоякісних новоутворень жіночих статевих органів розглядають: рак вульви, рак шийки матки, рак яєчників, рак тіла матки.

Рак вульви.

Рак вульви складає 3-5% від усіх онкозахворювань жіночих статевих органів. Хворіють переважно жінки похилого віку.

Причини: лейкоплакія, крауроз, гострокінцеві кондиломи, вульвовагініти, папіломавірусна інфекція, дисплазія вульви.

Класифікація раку вульви

Міжнародна класифікація за системою TNM:

T_{is} - преінвазивна карцинома;
T_0 - первинна пухлина не визначається;
T_1 - пухлина розміром до 2 см;
T_2 - пухлина розміром від 2 до 5 см;
T_3 - пухлина розміром > 5 см або пухлина любої величини з поширенням на піхву до 2 см, або пряму кишку, або уретру. Багато пухлин в зоні до 10 см;
T_4 - пухлина любої величини з проростанням у піхву більше ніж на 2 см, або пряму кишку з враженням слизової оболонки. Багато пухлин в зоні > 10 см;
N_0 - лімфатичні вузли не пальпуються;
N_1 - рухомі лімфатичні вузли на стороні ураження;
N_2 - рухомі лімфатичні вузли з протилежної сторони або з обох боків;
N_3 - нерухомі лімфатичні вузли;
M_0 - немає ознак віддалених метастазів;
M_1 - є віддалені метастази.

Класифікація раку вульви за стадіями:

0 стадія - преінвазивна карцинома.
I стадія - пухлина до 2см, обмежена вульвою, метастази не визначаються.
II стадія - пухлина більше 2см, обмежена вульвою, метастази не визначаються.
IIIа стадія - пухлина будь-якого розміру, що поширюється на піхву і (чи) нижню третину уретри та анус. Регіонарні метастази не визначаються.
IIIб стадія - пухлина того ж чи меншого ступеня поширення з метастазами, що поширюються у пахово-стегневі лімфатичні вузли.
IVа стадія - пухлина поширюється на верхню частину уретри і (чи) сечовий міхур, і (чи) пряму кишку, і (чи) кісти таза. Регіонарні метастази не визначаються чи зміщуються.
IVб стадія - пухлина того ж ступеня місцевого поширення з варіантами регіонарного метастазування, у тому числі з регіонарними метастазами, що не зміщуються, чи пухлина будь-якого ступеня місцевого поширення з віддаленими метастазами.

Гістологічна класифікація раку вульви:

- плоскоклітинний (зроговілий і незроговілий);
- залозистий.

Шляхи розповсюдження: метастази в пахвинні лімфатичні вузли, по ходу стегнових судин та круглих зв'язок матки, в зовнішні здухвинні та підочеревинні вузли. Крім ендо- і екзофітного росту, пухлина має мультицентричний ріст та інфільтративно-набрякову форму.

Основні параметри захворювання: локалізація, форма росту пухлини, ступінь диференціювання плоскоклітинного раку, стан периферичних лімфатичних вузлів.

Клініка. Клінічні форми: пухлинний вузол; нориця; дифузне потовщення. Клінічні прояви: свербіж, гнійні виділення, кровотеча.

У разі раку вульви виділяють особливу локалізацію — клітор. При даній локалізації злоякісний процес має агресивний клінічний перебіг, що зумовлено особливостями кровопостачання і характером лімфовідтоку.

Саркома вульви - найчастіше вражається клітор і статеві губи. Пухлина має вигляд вузла, який швидко проростає тканини та розпадається і має вигляд мозокоподібної маси з сірим відтінком. Прогноз несприятливий.

Діагностика

1. Анамнез та фізикальне обстеження.
2. Огляд і пальпація вульви, огляд шийки матки в дзеркалах.
3. Вульвоскопія, вагіноскопія, кольпоскопія.
4. Бімануальне гінекологічне обстеження,пальпація периферичних лімфовузлів.
5. УЗД органів малого тазу, черевної порожнини, пахово-стегнових, заочеревенних, надключичних лімфовузлів.
6. Аспіраційна біопсія, мазки-відбитки з пухлини з цитологічним/морфологічним дослідженням, біопсія пухлини.
7. Гістологічне дослідження видаленого пухлинного препарату.
8. КТ малого тазу

При необхідності:

9. Цистоскопія, ректороманоскопія.
10. Діагностичне вишкрібання цервікального каналу та слизової матки.
11. Екскреторна внутрішньовенна урографія

Лікування: ***Хірургічне лікування*:** лазерна хірургія, широка локальна ексцизія з/без пересадки шкірного клаптя, часткова або повна вульвектомія з/без пересадки шкірного клаптя, вагінектомія з лімфодисекцією з/без реконструкції піхви. Варіанти обсягу хірургічного втручання залежать від стадії захворювання.

Хіміотерапія з препаратами платини.

Променева терапія: опромінюють ділянку післяопераційних рубців та не видалені пахвинні лімфовузли. Як самостійний метод використовують у разі не можливості проведення радикальної операції.

Рекомендації після лікування:

1. Диспансерний облік у онкогінеколога.
2. Консультації кожні 3 місяці протягом перших 2 років, кожні 6 місяців до 5 років після лікування, щороку після 5 років або при наявності скарг.
3. Обовязково рентгенографія органів грудної клітини щорічно.
4. КТ малого таза, черевної порожнини та грудної клітини показано при появі скарг або знахідок при гінекологічному огляді або УЗД.

Критерії одужання: ліквідація злоякісного новоутворення вульви; відсутність рецидивів захворювання; позитивна динаміка якості життя.

Рак шийки матки.

Рак шийки матки займає 2 місце серед злоякісних новоутворень жіночих статевих органів. Причини: запальні процеси жіночих статевих органів, доброякісні та передракові процеси шийки матки, післяпологові рубці на шийці матки.

Класифікація рака шийки матки:

Класифікація рака шийки матки за системою TNM та FiGO

T – пухлина

TNM категорії	FIGO стадії	

TX		Не достатньо даних для оцінки первинної пухлини
T0		Первинна пухлина не визначається
Tis	0	Рак in situ (преінвазивна карцинома)
T1	I	Пухлина обмежена шийкою матки (поширення на тіло матки не враховується)
T1a*	IA	Інвазивна карцинома, діагностується мікроскопічно. Інвазія строми не більше 5 мм у глибину та 7 мм по горизонталі
T1a1	IA1	Інвазія строми не більше ніж на 3 мм у глибину і горизонтальне поширення не більше ніж на 7 мм.
T1a2	IA2	Інвазія строми понад 3 мм, але не більше ніж на 5 мм у глибину і горизонтальне поширення не більше ніж на 7 мм.
T1b	IB	Клінічно видиме ураження обмежене шийкою матки або IB мікроскопово ураження більше ніж при T1a/IA2 T1b і Клінічно видиме ураження 4 см або менше у діаметрі ніж I B1
T1b1	IB1	Клінічно видиме ураження розміром не більше ніж 4 см у найбільшому вимірі
T1b2	IB2	Клінічно видиме ураження понад 4 см у найбільшому вимірі
T2	II	Пухлина поширюється за межі матки, але без проростання стінки та за або нижньої третини піхви
T2a	IIA	Без інвазії параметрія
T2b	IIB	З інвазією параметрія
T3	III	Пухлина поширюється на стінку таза і/або на нижню третину піхви і/або призводить до гідронефрозу, або не функціонуючої нирки
T3a	IIIA	Пухлина уражає нижню третину піхви але не поширюється на стінку таза
T3b	IIIB	Пухлина поширюється на стінку таза і/або призводить до гідронефрозу, або не функціонуючої нирки
T4	IVA	Пухлина проростає в слизовий шар сечового міхура чи прямої кишки і/або поширюється за межі малого таза

Примітки: * Всі видимі ураження, навіть при поверхневій інвазії, класифікуються як T1b/IB.

N – Регіонарні лімфатичні вузли*

NX	Не досить даних для оцінки стану регіонарних лімфатичних вузлів
N0	Не має ознак ураження регіонарних лімфатичних вузлів
N1	Наявні метастази в регіонарних лімфатичних вузлах

Примітка: *регіонарними лімфатичними вузлами є парацервікальні, параметріальні, гіпогастральні (внутрішніклубові, затульні), загальні та зовнішні клубові, прекрижові, латеральні крижові. Парааортальні лімфатичні вузли не є регіонарними.

M – Віддалені метастази

MX	Не досить даних для визначення віддалених метастазів
M0	Віддалені метастази не визначаються

M1	Наявні віддалені метастази (включаючи метастази у IVB тазові лімфатичні вузли)

Класифікація рака шийки матки за гістологічною будовою:

• плоскоклітинний рак шийки матки, з багатошарового плоского епітелію піхвової частини шийки матки (95–98% випадків);

• первинна аденокарцинома, з епітелію цервікального каналу (2–5%).

Класифікація за клінічними групами

I - передракові захворювання;

Ia - преінвазивний рак, карцинома;

II- хворі, що підлягають радикальному лікуванню;

IIa - хворі, що підлягають спеціальному лікуванню;

III - практично здорові хворі після лікування;

IV- хворі, які підлягають симптоматичному лікуванню.

Форми пухлин за напрямком росту:

1) ендофітна (52%) - шийка матки гіпертрофується, набуває діжкоподібної форми;
2) екзофітна (32%) - розростання на шийці матки типу «кольорової капусти»;
3) змішана (16%) - сполучення інфільтративного росту з екзофітним;
4) виразково-інфільтративна – у разі занедбаності процесу (III, IV стадії);
5) поліпозна - пухлина у вигляді поліпа на нжці.

Шляхи поширення: лімфатичний, гематогений та перинервальний. Частіше вражаються найближчі регіонарні лімфатичні вузли, віддалені верхні поперекові та параортальні. При лімфогематогенному поширенні виникають метастази в легенях, в печінці, рідше в наднирниках, підшлунковій залозі, в мозку, кістках, нирках.

Клініка: часто скарги відсутні. ***Виділення*** спочатку водянисті, далі з домішками крові (сукровичні), потім мають вигляд м'ясних помиїв. ***Контактні кровотечі*** - незначні кров'янисті плями після статевого акту чи дефікації, кровотечі в міжменструальному періоді, рідше - рясна кровотеча. ***Біль*** в ділянці сусідніх органів (III-IV ст.)

При ураженні сечового міхура - ***дизуричні*** явища, поширення пухлини на пряму кишку - ***порушення акту дефікації.*** При стискуванні сечоводів - гідроуретрит, гідронефроз, уремія. При розпаді - міхурові-піхвові та прямокишково-піхвові нориці. При тривалих процесах спостерігається слабкість, біль, анемія, втрата апетиту, порушення сну, кахексія, лихоманка.

Діагностика:

1.Збір анамнезу та загально-клінічне лабораторне обстеження.

2. Цитологічне дослідження: класичний ПАП тест, рідинна цитологія.

3. Розширена кольпоскопія та проба Хробака.

4. Піхвове та ректальне дослідження.

5. УЗД органів малого тазу, черевної порожнини, заочеревинного простору та шийно-надключичної ділянки.

6. Біопсія всіх підозрілих ділянок шийки матки з послідуючим гістологічним дослідженням матеріалу.

7. Роздільне діагностичне вишкрібання слизової цервікального каналу і стінок матки з послідуючим гістологічним дослідженням матеріалу.

8. Аналіз крові на онкомаркер SCC (діагностика плоскоклітинного раку)

9. Цистоскопія - при переході пухлини на переднє склепіння піхви.
10. Ректороманоскопія - при переході пухлини на заднє склепіння піхви.
11. Рентгенографію органів грудної клітини.
12. КТ малого тазу з внутрішньовенним контрастуванням. КТ головного мозку з в\в контрастуванням при підозрі на метастатичне ураження головного мозку.
13. ПЕТ-КТ (виявлення метастазів у лімфовузли та віддалених метастазів).
14. Остеосцинтіграфія при підозрі на метастатичне ураження кісток скелету.
15. Гістологічне дослідження видаленого пухлинного препарату.

Лікування. ***Консервативне лікування:*** місцева протизапальна терапія.

Хірургічне лікування. При важкій дисплазії та внутрішньоепітеліальному РШМ (рак in situ) - конізація з подальшим вишкрібанням решти цервікального каналу та порожнини матки.

При IA1 стадії - конізація шийки матки з подальшим вишкрібанням решти цервікального каналу і порожнини матки. При супутній гінекологічнійпатології або відсутності необхідності збереження репродуктивної функції - екстирпації матки.

При IA2 стадії – розширена екстирпації матки (операція Вертгейма - видалення матки, додатків, парацервікальної клітковини та регіонарних лимфатичних вузлів). При протипоказаннях до операції - променева терапія (ПТ). При необхідності зберегти дітородну функцію - широка конізація з екстраперітонеальною або лапароскопічною тазовою лімфаденектомією або розширена трахелектомія.

У разі IB1 і IIA1 стадій - розширена екстирпація матки або ПТ / хіміопроменева терапія. Вибір методу залежить від віку пацієнтки і наявності супутніх захворювань. При метастазах в тазових лімфовузлах - поперекова лімфодисекція. Ад'ювантне лікування при наявності факторів ризику прогресування (метастази в лімфатичних вузлах, ураження параметрія): ПТ + цисплатин.

У разі IB2 і IIA2 стадій - розширена екстирпація матки, при наявності метастазів в тазових лімфатичних вузлах - тазова лімфодисекція. Ад'ювантне лікування як і при IB1 і IIA1 стадіях. Проведення ад'ювантної гістеректомії після хіміопроменевої терапії не рекомендовано. Неад'ювантна хіміотерапія хворих IB2 і IIA2 стадій - препарати платини з подальшою розширеною екстирпацією матки.

У хворих IIB-IVA стадій - хіміопроменеве лікування: поєднана ПТ + щотижневе введення цисплатину. Рекомендується хірургічне втручання при IIB стадії як перший етап комбінованого лікування або після неад'ювантної хіміотерапії.

Рекомендації:

1. Диспансерний облік: спостереження кожні 3 місяці протягом перших 2 років, кожні 6 місяців до 5 років після лікування, щороку після 5 років або у разі скарг.
2. Рентгенографія органів грудної клітини щорічно.
3. У разі скарг чи наявності патології - КТ з контрастом органів малого тазу, черевної порожнини та грудної клітини.

Критерії одужання: ліквідація злоякісного новоутворення шийки матки; відсутність рецидивів захворювання; позитивна динаміка якості життя.

Профілактика: профогляди, скринінг, лікування передракових станів.

Рак тіла матки.

Рак тіла матки (РТМ) займає 3 місце після раку шийки матки та яєчників. Рак тіла матки виникає в більш старшому віці. Відмічається схильність до захворювання у жінок із пізнім настанням менопаузи.

Фактори ризику: гіперестрогенія; ожиріння; цукровий діабет; запальні процеси; діенцефальна патологія; синдром Штейну-Левенталя; фемінізуючі пухлини яєчника; відсутність пологів; пізня менопауза; терапія естрогенами; тривала стимуляція ендометрія; опромінювання органів малого тазу в анамнезі.

Існує ***2 патогенетичні варіанти*** раку ендометрія(РЕ):

1. Гормонозалежний РЕ (60-70%) - гіперестрогенія в поєднанні з порушеннями жирового та вуглеводного обмінів (ожиріння, цукровий діабет). Клінічно: ановуляторні кровотечі, неплідддя, пізня менопауза, гіперплазія тека-тканини яєчників, синдромом Штейна-Левенталя.
2. Автономний РЕ (30-40%) - поєднання фіброзу строми яєчників з атрофією ендометрія, на тлі якого виникають поліпи, атипічна гіперплазія і рак.

Класифікація раку тіла матки

Класифікація раку тіла матки за системою TNM та FiGO:

Т – пухлина

TNM категорії	FIGO стадії	
TX		Не достатньо даних для оцінки первинної пухлини
T0		Первинна пухлина не визначається
Tis	0	Рак in situ (преінвазивна карцинома)
T1	I*	Пухлина обмежена тілом матки
T1a	IA*	Пухлина обмежена ендометрієм або уражає менше половини міометрія
T1b	IB	Пухлина уражає половину або більше міометрія
T2	II	Пухлина уражає строму шийки матки але не поширюється за межі матки
T3 і/або N1	III	Локальне і/або регіонарне поширення у структури, які описано нижче
T3a	IIIA	Пухлина проростає серозний шар і/або в додатки (пряме поширення або метастаз)
T3b	IIIB	Поширення на піхву (пряме поширення або метастаз)
N1	IIIC	Метастази в тазові і/або парааортальні лімфатичні вузли**
	IIIC1	Метастази у тазові лімфатичні вузли
T2b	IIIC2	Метастази у парааортальні лімфатичні вузли з/без метастазів у тазові лімфатичні вузли
T4	IVA	Пухлина проростає в слизовий шар сечового міхура і/або товстої кишки

Примітки: *Тільки ендоцервікальне залозисте ураження класифікується як стадія I.
**Позитивна цитологія описується окремо, без зміни стадії.

N – Регіонарні лімфатичні вузли*

NX	Не досить даних для оцінки стану регіонарних лімфатичних вузлів
N0	Не має ознак ураження регіонарних лімфатичних вузлів
N1	Наявні метастази в регіонарних лімфатичних вузлах

Примітка: *регіонарними лімфатичними вузлами є тазові (гіпогастральні (внутрішні клубові, затульні) загальні та зовнішні клубові (параметріальні, крижові) і парааортальні лімфатичні вузли.

M – Віддалені метастази

MX		Не досить даних для визначення віддалених метастазів
M0		Віддалені метастази не визначаються
M1	IVB	Віддалені метастази наявні (окрім метастазів у піхву, серозну оболонку таза чи додатки). Метастази у пахвинні лімфатичні вузли, внутрішньоочеревинні лімфатичні вузли (крім парааортальних чи тазових)

Морфологічна класифікація РТМ:

1. Аденокарцинома;
2. Аденоакантома;
3. Ясноклітинна мезонефроїдна аденокарцинома;
4. Залозисто-плоскоклітинний недиференційований рак.

РТМ залежно від ступеня гістологічного диференціювання по Бохману:

1. Високодиференційований (g_1);
2. Помірнодиференційований (g_2);
3. Залозисто-солідний рак (g_3);
4. Низькодиференційований (g_4).

Класифікація за клінічними групами:

I - передракові захворювання;
IA - преінвазійний рак;
IIA - хворі, що підлягають радикальному лікуванню;
II - хворі, що підлягають спеціальному лікуванню;
III - практично здорові хворі після лікування;
IV - хворі, що підлягають симптоматичному лікуванню.

Форми пухлин за напрямком росту: екзофітна, ендофітна, екзо-ендофітна.

Шляхи поширення: лімфогенний, гематогенний та імплантаційний. Спочатку утворюються метастази в лімфатичних вузлах таза, потім в поперекових, рідше в пахвинних і у віддалених органах. Гематогенні метастази найчастіше виникають у легенях, печінці та кістках. Імплантаційне поширення пов’язане із залученням у процес парієнтальної і вісцеральної очеревини.

Клініка: кровотечі, лімфорея і біль. Біль з'являється при стенозі шийкового каналу чи перешкодженні виділень з порожнини матки та у разі занедбаних випадків.

Типи клінічного перебігу РЕ:

1. *Повільний, порівняно сприятливий клінічний перебіг*. Виражена гіперестрогенія, порушення обміну жирів та вуглеводів, тривалі кровотечі на тлі гіперплазії ендометрія. Гістологія пухлини - високодиференщйований рак з поверхневою інвазією в міометрій. Метастази в лімфовузли відсутні.

2. *Несприятливий клінічний перебіг.* Ендокринно-обмінні порушення відсутні або не виражені. Тривалість симптомів захворювання невелика. Диференціювання пухлини знижене. Гістологічно - залозисто-солідний або солідний рак. Пухлина вростає глибоко в міометрій, визначаються метастази в лімфатичних вузлах таза. При переході пухлини на шийковий канал визначається подальша інфільтрація зв'язкового апарату матки та клітковини параметрія.
3. *"Гострий", несприятливий клінічній перебіг*. Спостерігається рідко і характеризується сукупністю факторів: низьке диференціювання, інтенсивний інвазивний ріст, метастази в клубові та поперекові лімфатичні вузли. При проростанні серозного шару матки або ураженні яєчників можливий "оваріальний" тип метастазування - по парієтальній очеревині, великий сальник, асцит.

Діагностика.

1. Анамнез та загальне фізикальне обстеження.
2. Онкоцитологія та бактеріоскопічне дослідження виділень з піхви.
3. Кольпоскопія.
4. Огляд шийки матки та піхви в дзеркалах, бімануальне та ректальне дослідження.
5. УЗД органів малого тазу, черевної порожнини, заочеревинного простору.
6. Гістероскопія з біопсією ендометрія чи роздільне діагностичне вишкрібання слизової цервікального каналу і стінок матки з гістологією матеріалу.
7. Рентгенографія легень.
8. КТ органів малого тазу, органів черевної порожнини, грудної клітини з внутрішньовенним контрастуванням.
9. Консультація хірурга, терапевта (ЕКГ), уролога, хіміотерапевта.
10. Гормони крові
11. Онкомаркери (за показаннями).
12. Фіброгастроскопія та колоноскопія.
13. ПЕТ або ПЕТ-КТ (виявлення метастазів у лімфовузли та віддалених метастазів).
14. Гістологічне дослідження пухлини.

Лікування. Вибір методу залежить від локалізації патологічного процесу, гістологічної структури пухлини, ступеня диференціювання, метастазування.

Стадія	Обсяг стандартного лікування
Стадія 0 (TisNOMO) Стадія Ia (TlaNOMO)	1. Хірургічне лікування— екстирпація матки без/з додатками 2. Поєднана променева терапія — при протипоказаннях до операції 3. Гормонотерапія
Стадія Iв (TI6NOMO) Стадія II (T2NOMO)	1. Комбіноване лікування: а) хірургічне лікування - пангістероктомія по Вертгейму (Бохману) б) післяопераційна променева терапія — поєднана; 2. Поєднана променева терапія — при протипоказаннях до операції. 3. Гормонотерапія
Стадія III (T1-2N1MO T3NO-1MO)	1. Поєднана променева терапія. 2.Гормонотерапія

Стадія IV (T1-4N0-1M1)	1. Паліативна променева терапія. 2. Хіміотерапія 3.Гормонотерапія

Гормонотерапія як самостійний метод застосовується у разі передраку і внутрішньоепітеліального раку ендометрія, а також в осіб з високо- та помірно диференційованим раком ендометрія, яким радикальне лікування протипоказане. *Синтетичні прогестини:* медроксипрогестерона ацетат, оксипрогестерону капронат, депостат. *Антиестрогени:* томоксифен.

Для поліхіміотерапії використовують адріаміцин, циклофосфамід, фторурацил, вінкристин, цисплатин.

Рекомендації:

1. Диспансерний облік у лікаря-акушер-гінеколога та онколога.
2. Гінекологічний огляд, цитологічне дослідження із кукси піхви, УЗД черевної порожнини, заочеревинного простору і малого тазу 1 раз в 3 місяці протягом перших 3 років, кожні 6 місяців протягом 4 і 5 року, потім щорічно.
3. Рентгенографія органів грудної клітини щорічно;
4. У разі серозного РТМ, РТМ пізніх стадій та при початкому підвищеному рівні СА-125 - визначення рівня СА-125 перед кожним відвідуванням лікаря;
5. КТ / МРТ черевної порожнини, малого таза, КТ грудної клітини показано у разі скарг або знахідок при гінекологічному огляді або УЗД.

Рак яєчників.

Рак яєчника (РЯ) посідає перше місце у структурі смертності жінок від онкогінекологічної патології. Злоякісні пухлини яєчників частіше виявляють у жінок в перед- і постменопаузальний періоди.

Причини: порушення гормонального обміну, довготривале підвищення рівня гонадотропінів, порушенням функції яєчників, кровотечі в постменопаузі при відсутності змін у матці, безсимптомні лейоміоми матки, хронічні запальні процеси додатків матки, доброякісні пухлини яєчників, після лікування з приводу новоутворення інших органів (шлунка, кишківника, молочної залози).

Класифікація раку яєчника

Класифікація раку яєчників за системою TNM та FiGO:

T – пухлина

TNM категорії	FIGO стадії	
TX		Не достатньо даних для оцінки первинної пухлини
T0		Первинна пухлина не визначається
T1	I	Ріст обмежений тільки яєчниками (один або два)
T1a	IA	Пухлина уражає один яєчник, капсула інтактна, відсутні ознаки пухлини на зовнішній поверхні яєчника, в асцитичній рідині чи змивах з очеревини відсутні злоякісні клітини
T1b	IB	Пухлина уражає обидва яєчники, капсула інтактна, відсутні ознаки пухлини на зовнішній поверхні яєчника, в асцитичній рідині чи змивах з очеревини відсутні злоякісні клітини

T1c	IC	Пухлина обмежена одним або двома яєчниками з будь-якою з таких характеристик: розрив капсули, ознаки пухлини на поверхні одного або обох яєчників, наявність злоякісних клітин в асцитичній рідині чи змивах з очеревини
T2	II	Пухлина захоплює один або обидва яєчники з поширенням на таз
T2a	IIA	Поширення і/або метастазування в матку і/або одну чи обидві труби, ва сцитичній рідині чи змивах з очеревини відсутні злоякісні клітини
T2b	IIB	Поширення на інші органи таза, в асцитичній рідині чи змивах з очеревини відсутні злоякісні клітини
T2c	IIC	Поширення на таз (2a або 2b), але з наявністю злоякісних клітин в асцитичній рідині чи змивах з очеревини
T3* і/або N1	III	Пухлина захоплює один або обидва яєчники з мікроскопічно підтвердженими перитонеальними метастазами поза тазом і/або ураження регіонарних лімфатичних вузлів
T3a	IIIA	Мікроскопічні перитонеальні метастази поза межами таза
T3b	IIIB	Макроскопічні перитонеальні метастази поза межами таза, жоден з них не перевищує 2 см у найбільшому вимірі
T3c і/або N1	IIIC	Перитонеальні метастази поза межами таза, розмірами понад 2 см у найбільшому вимірі і/або метастази в регіонарні лімфатичні вузли
M1*	IV	Віддалені метастази (за виключенням перитонеальних метастазів)

Примітки: *Метастази у капсулу печінки належать до T3/стадії III, паренхімальні печінкові метастази - до M1/IV стадії. Плевральний випіт зараховується до категорії M1/стадії IV при позитивній цитології.

N – Регіонарні лімфатичні вузли*

NX	Не досить даних для оцінки стану регіонарних лімфатичних вузлів
N0	Не має ознак ураження регіонарних лімфатичних вузлів
N1	Наявні метастази в регіонарних лімфатичних вузлах

Примітка: *регіонарними лімфатичними вузлами є гіпогастральні (включаючи затульні), загальні клубові, зовнішні клубові, латеральн ікрижові, парааортальні та пахвинні лімфатичні вузли.

M – Віддалені метастази

MX	Не досить даних для визначення віддалених метастазів
M0	Віддалені метастази не визначаються
M1	Наявні віддалені метастази (крім перитонеальних IV метастазів)

Варіанти розвитку ракових захворювань яєчника:

1. Первинний РЯ (4-5%) - виникає безпосередньо з тканини яєчників, при навіть невеликих розмірах пухлин дає численні метастази. Гістологічна будова їх солідна або залозисто-солідна.
2. Вторинний РЯ (80-88%) розвиваються з доброякісних та суміжних пухлин яєчників, характеризується швидким ростом та проростанням у сусідні органи.
3. Метастатичний РЯ (пухлина Крукенберга) – метастаз із інших органів: шлунка,

ободової кишки, молочної залози та інших органів, у яких розвиваються залозисті карциноми. Метастатичні пухлини мають солідну будову.

Гістологічна класифікація РЯ:

1. Аденокарцинома;
2. Папілярна аденокарцинома;
3. Папілярна цистаденокарцинома.

Форми пухлин за напрямком росту: екзофітна, ендофітна, мезофітна.

Шляхи поширення: Метастазування йде шляхом проростання в сусідні органи, лімфогенним і гематогенним шляхом. Лімфогенно процес переходить на маткову трубу, матку, лімфовузли таза та парааортальні лімфовузли.

Клініка. На початку - безсимптомний перебіг. Проте клінічний перебіг РЯ відрізняється агресивністю. Першою ознакою є ***больовий синдром:*** болі внизу живота, в епігастрії. Збільшення живота, асцит. В процесі росту пухлини виникають симптоми загального ураження організму: втомлюваність, підвищена слабкість, пітливість, схуднення, відчуття розпирання живота та збільшення його в розмірах. Задишка та важкість дихання, асцит та плеврит.

У***складнення:*** перекрут пухлини на ніжці з некрозом, розрив та перфорація кістоподібної злоякісної пухлини, кровотеча, запальний процес, гострий перитоніт. Ці ускладненя настають раптово, призводять до важкого стану і проявляються ознаками „гострого живота" - негайне оперативне втручання.

Діагностика:

1. Анамнез та загальне фізикальне обстеження, обстеження молочних залоз.
2. Клініко-лабораторне обстеження (загальний аналіз крові, загальний аналіз сечі, біохімія крові, коагулограма, кров на групу та резус фактор)
3. Огляд шийки матки в дзеркалах, бімануальне гінекологічне обстеження.
4. Онкоцитологія та бактеріоскопічне дослідження виділень з піхви і цервікального каналу.
5. Кольпоскопія.
6. УЗД органів малого тазу, молочних залоз та черевної порожнини
7. Онкомаркери CA-125, HE_4, індекс Roma
8. Онкоцитологічне дослідження або результат патогістологічного дослідження.
9. Рентгенографія легень.
10. КТ, МРТ органів малого тазу з внутрішньовенним контрастуванням.
11. Консультація хірурга, терапевта (ЕКГ), уролога, хіміотерапевта.
12. Гормони крові (ФСГ, ЛГ, пролактин, естрадіол, прогестерон, кортизол)
13. КТ органів черевної порожнини, грудної порожнини з внутрішньовенним контрастуванням (при необхідності)

Лікування: хірургічне, хіміотерапевтичне та променеве. Вибір тактики залежно від розповсюдженості пухлини та морфологічної структури новоутворення.

Хірургічне лікування: видалення яєчника, операція Вертгейма (це розширена екстирпація матки: видалення тіла матки з шийкою, трубами, яєчниками, параметральною клітковиною та регіонарними лімфовузлами, яку часто доповнюють видаленням великого сальника).

Хіміотерапевтичне лікування. Хіміотерапія може проводитись як самостійний метод або в комбінації з операцією та променевою терапією. Доцільно проводити неоад'ювантну хіміотерапію при II-IV стадіях; як самостійне лікування при IV ст.

Променева терапія при розповсюджених пухлинах самостійна. У випадках нерозповсюджених пухлин - неоад'ювантний або ад'ювантний варіант ПТ.

Стадія IA, B G1-G2 (крім світлоклітинного раку): хірургічне лікування – ТЕМ з резекцією великого сальника. У молодих хворих з IA стадією при G1, які бажають зберегти фертильність - однобічна аднексектомія з оментектомією.

Стадія 1A, 1B, IC, IIA, IIB, IIC, всі стадії світлоклітинного раку: лікування хірургічне (розширена екстирпація матки з резекцією великого сальника, комбіновані операції) + ад'ювантна хіміотерапія. При наявності асциту – ендоабдомінальна хіміотерапія; ексудативного плевриту – внутрішньоплевральна.

Стадія III-IV: циторедуктивна операція (максимальне видалення пухлини) + хіміотерапія; у подальшому – операція "Second - Look" (повторна операція) для оцінки ефекту з повторною циторедукцією. У хворих з нерезектабельними пухлинами, метастазами в печінку, легені, за наявності асциту або плевриту – неоад'ювантна хіміотерапія з наступним вирішенням питання щодо операції.

ГЕСТАЦІЙНА ТРОФОБЛАСТИЧНА ХВОРОБА.

Гестаційна трофобластична хвороба (ГТХ) — група взаємопов'язаних захворювань, які супроводжуються аномальною проліферацією трофобластної (плацентарної) тканини, внаслідок запліднення яйцеклітини сперматозоїдом з аномальним вмістом ДНК. Гістологічні дані можуть включати як везикулярні хоріальні ворсинки, так і проліферуючий трофобласт. Ці пухлини здатні продукувати хоріонічний гонадотропін людини (ХГЛ), який використовується і як пухлинний маркер, і як скринінговий тест для контролю за ефективністю лікування. Гестаційна трофобластична хвороба є чутливою до хіміотерапії.

Фактори ризику: вік старше 35 років, географічні зони з дефіцитом бета-каротину і фолієвої кислоти, в анамнезі самовільні викидні або міхуровий занесок.

До гестаційної трофобластичної хвороби відносять:

1. Міхуровий занесок (80 %);
2. Інвазивний міхурний занесок (деструююча хоріонаденома) (10–15 %);
3. Хоріонкарцинома (2–5 %);
4. Дуже рідкісна трофобластна пухлина плацентарної площини.

Доброякісна ГТХ	Злоякісна ГТХ
Повний міхуровий занесок Неповний міхуровий занесок	Інвазивний міхуровий занесок Хоріокарцинома Трофобластична пухлина плацентарної площини

Класифікація трофобластичної хвороби за системою TNM:

Tx: первинна пухлина не може бути визначена

To: немає очевидної первинної пухлини

T_1: захворювання відмежоване маткою

T_2: ураження вийшло за межі матки, але відмежоване геніталіями: яєчники, труби, піхва, широкі зв'язки.

Віддалені метастази: немає клінічних метастазів, метастази в легенях, метастази в інших органах.

Класифікація за стадіями: метастатична та неметастатична.

Міхуровий занесок

Повний і частковий міхуровий занесок розрізняють на підставі результатів гістологічного дослідження і визначення каріотипу. Понад 90 % випадків міхурового занеска класифікуються як класичний, або повний міхуровий занесок, і є наслідком молярної дегенерації за відсутності плода. В 10 % випадків має місце частковий, або неповний міхуровий занесок, який представлений молярною дегенерацією у сполученні з присутністю аномального плода.

Повний міхуровий занесок

Гістологічне дослідження: відсутні елементи ембріона або плода, дифузний набряк ворсин хоріона і гіперплазія епітелію; гроноподібне утворення з прозорими бульбашками діаметром до 15 мм, заповні рідиною, що містить альбумін і муцин.

Клініка. *Кров'янисті виділення зі статевих шляхів* рясні і тривалі. *Збільшення матки* за рахунок зростання хоріона і скупчення крові. *Прееклампсія* в ранні терміни вагітності та *надмірна блювота вагітних. Текалютеїнові кісти яєчників* діаметром більше 6 см - після евакуації міхурового занеску зникають самостійно.

Діагностика.

1. Рівень ХГЛ є значно вищим (> 100 000 мМО/мл),
2. УЗД органів малого тазу - «синдром снігової заметілі» внаслідок набряку хоріонічних ворсин, елементи плода не візуалізуються.

Лікування: вакуум-аспірація вмісту матки та вишкрібанням порожнини матки. Внутрішньовенне введення окситоцину для стимуляції маткових скорочень. Хворим з Rh-негативною кров'ю вводять анти-RH0 (D) імуноглобулін. Якщо пацієнтка не бажає зберегти фертильність - гістеректомія. Прогноз сприятливим.

Моніторинг: Контроль рівня β-ХГЛ щотижня до одержання 3 нормальних результатів. Після цього -щомісячний моніторинг протягом 1 року. Контрацепція.

Неповний міхуровий занесок

Гістологічне дослідження: наявність елементів ембріона або плода; різні розміри ворсин хоріона, вогнищевий набряк з утворенням в них порожнин.

Клініка: кров'янисті виділення зі статевих шляхів. Клінічна картина часткового міхурового занеску менш виражена. Рівень β-субодиниці ХГ в сироватці крові перед евакуацією лише у 6,6% хворих перевищує 100 тис. МО / л.

Лікування - термінова евакуації вмісту матки.

Моніторинг рівня β-ХГЛ щотижня до одержання 3 нормальних результатів, запобігання вагітності.

Злоякісна гестаційна трофобластична хвороба

У 50% випадків злоякісна ГТХ розвивається через місяці та роки після міхурового занеска. Інші 25 % випадків виникають після нормальної вагітності, ще 25 % — після самовільного викидня, ектопічної вагітності або аборту.

Злоякісна ГТХ:

- Інвазивний занесок
- Хоріокарцинома

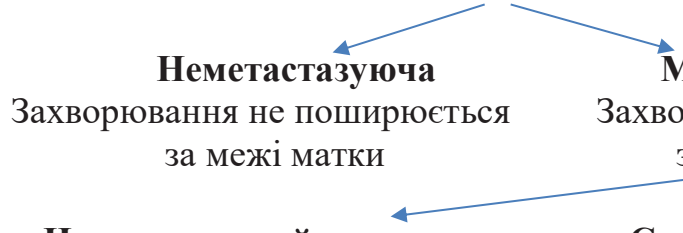

Рис. Класифікація злоякісної гестаційної трофобластичної хвороби

Стадії гестаційної трофобластичної хвороби (за FIGO)

Стадія	Поширеність захворювання
I	Обмежена тілом матки
II	Метастази в таз або піхву
III	Метастази в легені
IV	Віддалені метастази

Примітка. * — метастази за частотою розподіляються так: легені, піхва, таз, мозок, печінка.

Прогностичні фактори гестаційної трофобластичної хвороби*

Фактори ризику	Оцінка, бали			
	0	1	2	3
Вік, роки	≤ 39	>39		
Попередня вагітність	Міхуровий занесок	Аборт	Доношена	
Інтервал після вагітності до лікування, міс	< 4	4–6	7–12	> 12
Рівень β-ХГЛ, МО/л	<10*3	10*3–10*4	10*4–10*5	> 10*5
Група крові	-	0 або A	B або A	
Кількість метастазів		1-3	4-8	> 8
Місця метастазів		Селезінка, нирки	Шлунок, кишківник, печінка	Мозок
Найбільша пухлина, включаючи маткову, см	< 3	3-5	> 5	
Попередня хіміотерапія	Відсутня	-	1 препарат	≥2 препаратів

Примітка. * — загальна оцінка ризику складається з сумарної оцінки всіх прогностичних факторів: ≤4 бали — низький ризик, 5–7 балів — помірний, ≥8 балів — високий

Клініка. Кров'янисті виділення, збільшенням матки, високий вміст ХГЛ, ранні метастази, збільшення матки, больовий синдром. У разі розпаду пухлини або розриву очеревини - внутрішньочеревна кровотеча. Рецидиви кровотеч і інтоксикація веде до вираженої анемії.

Метастазування гематогенним шляхом. *Метастази в легені:* болі в грудях, кашель, задишку, кровохаркання. Швидкий розвиток важкої дихальної недостатності свідчить про несприятливий прогноз. *Метастази в піхву:* локалізуються по передній стінці піхви і проявляються кров'яними або гнійними виділеннями. Можуть бути у вигляді дифузних ущільнень або поліповидних утворень; синьо-багряного кольору, пухкі, з підвищеною кровоточивістю. *Метастази в печінку*: біль в епігастрії або правому підребер'ї. *Метастази в головний мозок*: головний біль з ослабленням або втратою зору, можливі блювота, прояви парезу та інших неврологічних симптомів.

Діагностика:

1. Збір анамнезу і ретельне фізикальне дослідження.
2. Визначення рівня ХГЛ в сироватці крові.
3. Огляд в дзеркалах та бімануальне дослідження.
4. Дослідження біохімічних показників, функції печінки, визначення рівня креатініну і тиреоїдних гормонів в сироватці крові.
5. Визначення числа лейкоцитів і тромбоцитів.
6. Гістологічний метод
7. Рентгенографія або КТ грудної клітки.
8. УЗД малого таза з доплерометрією, УЗД органів черевної порожнини.
9. КТ малого таза, черевної порожнини та голови.
10. Селективна ангіографія органів черевної порожнини і малого тазу.

Лікування. Хіміотерапія- метотрексат або актиноміцин D.

При сприятливому прогнозі метастатична ГТХ лікується одним хіміотерапевтичним агентом, при несприятливому - поліхіміотерапія (МАС: метотрексат, актиноміцин D і хлорамбуцил). Хірургія не відіграє ролі у лікуванні злоякісної ГТХ, за винятком трофобластної пухлини плацентарної площини, вона нечутлива до хіміотерапії і підлягає - гістеректомії.

Променева терапія у разі віддалених метастазів у головному мозку та печінці.

Моніторинг рівня ХГЛ, контрацепція.

Інвазивний занесок

У разі інвазивного занеску, молярні ворсинки і трофобласт пенетрують локально міометрій та інколи можуть досягати черевної порожнини.

Клініка і діагностика. Клінічні симптоми не відрізняються від таких при звичайному міхуровому занеску. Для підтвердження діагнозу використовують ультразвукове дослідження і моніторинг рівня β-ХГЛ.

Лікування - монохіміотерапія метотрексатом (із додаванням фолієвої кислоти або без) або актиноміцином D.

Моніторинг рівня ХГЛ, контрацепція.

Хоріокарцинома

Хоріокарцинома — злоякісна некротизуюча пухлина, яка може виникати з трофобластної тканини від кількох тижнів до кількох років після вагітності.

Гістологічна ознака: наявність смуг анапластичного цитотрофобласта і синцитіотрофобласта за відсутності хоріальних ворсин.

Метастазує і поширюється гематогенним шляхом у легені, піхву, таз, головний мозок, печінку, кишки і нирки.

Клініка: вагінальні кровотечі, кровохаркання, кашель або диспное, головний біль, запаморочення та інші симптоми, притаманні ураженням. *З*більшення розмірів матки, наявність об'ємних пухлинних мас у піхві.

Діагностика: визначення рівня β-ХГЛ, ультразвукове дослідження органів малого таза і черевної порожнини, рентгенографії легенів, комп'ютерна або магнітно-резонансна томографія головного мозку, нирок, черевної порожнини.

Лікування: основний метод хіміотерапія (метотрексатом або актиноміцином D), при метастазуванні - поліхіміотерапія. Метод лікування визначаються залежно від стадії захворювання та резистентності пухлини до протипухлинних препаратів.

Стадія I – монохіміотерапія, у разі неефективності - поліхіміотерапія. Екстирпація матки за життєвими показаннями.

Стадії II-III - при низькому ризику резистентності до протипухлинних засобів - монохіміотерапію, при високому - поліхіміотерапію. *Хірургічне лікування*. Операція з приводу метастазів у легені хворим з трофобластичними пухлинами проводиться рідко. Після операції проводять ад'ювантну хіміотерапію. Екстирпація матки - при кровотечі або сепсисі на тлі гнійного метроендометріту.

Стадія IV швидко прогресують і виявляються резистентними до протипухлинних засобів - поліхіміотерапія. При внутрішньочеревній кровотечі з метастазів у печінку - резекція печінки, емболізація судин.

Хірургічне лікування за життєвими показаннями: кровотеча зовнішня і внутрішньочеревна, болі (загроза перфорації матки), клініка гострого живота (перфорація матки, перекрут ніжки текалютеїнової кісти або розрив її капсули). Планова операція проводится на тлі 1-2-х курсів хіміотерапії у разі великих розмірів матки (більше, ніж при 12-13-тижневої вагітності), первинній або вторинній резистентності пухлини до хіміопрепаратів і локалізації пухлини тільки в матці у жінок старше 45 років. Обсяг операції - екстірпація матки з видаленням маткових труб. Після операції обов'язкова хіміотерапія.

Моніторинг рівня β-ХГЛ протягом року і контрацепція.

Трофобластична пухлина плацентарної площини

Трофобластична пухлина плацентарної площини є дуже рідкісною і виникає в місці імплантації плаценти. Клітини цієї пухлини інфільтрують м'язовий шар матки, ростуть між м'язовими волокнами і інвазують міометрій і кровоносні судини.

Гістологічно - відсутність ворсин і проліферація цитотрофобласта.

Клініка. маткові кровотечі, які можуть виникати через кілька місяців і років після попередньої вагітності, низький рівень β-ХГЛ і плацентарного лактогену.

Лікування: гістеректомія.

Диспансеризація хворих проводиться протягом 5 років. Вона включає в себе:

ведення меногрaмми; контрацепція протягом 2 років; загальний огляд з оглядом молочних залоз; гінекологічне дослідження; визначення рівня ХГЛ і трофобластичного β-глобуліну щомісяця на першому році, 1 раз в 3 міс. на 2-му році, 1 раз на 4 міс. на третьому році і 2 рази в рік на 4 та 5 році, потім 1 раз на рік.

УЗД органів малого тазу і рентгенографія або КТ легенів 1 раз на 2 місяці на першому році і далі 1 раз на рік протягом диспансерного спостереження.

V. План організації заняття

Організаційний момент	2% навчального часу
Мотивація теми	3% навчального часу
Контроль вихідного рівня знань	20% навчального часу
Самостійна робота студентів	35% навчального часу
Контроль остаточного рівня знань	20% навчального часу
Оцінка знань студента	15% навчального часу
Узагальнення викладача, завдання додому, зауваження	5% навчального часу

VI. Основні етапи заняття

А. *Підготовчий* - за допомогою контрольних запитань, ситуаційних задач визначити ступінь підготовки студента.

Б. *Основний* – практична робота студентів під контролем викладача.

В. *Заключний* - контроль засвоєння матеріалу шляхом розв'язування задач, усних виступів студентів про виконану роботу, узагальнення, оцінка роботи кожного студента, зауваження за ходом заняття з оцінкою знань, завдання додому.

VII. Методичне забезпечення

Місце проведення занять: учбова кімната, жіноча консультація, відділення оперативної та консервативної гінекології, лабораторія.

Оснащення: таблиці, слайди, муляжі, інструментарій.

VIII. Контрольні запитання та завдання

1. Етіологія і патогенез раку вульви.
2. Класифікація раку вульви.
3. Клінічні прояви злоякісних захворювань вульви.
4. Методи діагностики раку вульви.
5. Методи лікування злоякісних захворювань вульви.
6. Реабілітаційні заходи при фонових передракових захворюваннях ендометрію.
7. Наведіть клінічні форми раку шийки матки.
8. Назвіть гістологічні форми раку шийки матки.
9. Перелічіть клінічні симптоми раку шийки матки.
10. Назвіть обов'язкові та допоміжні методи обстеження, які використовуються для діагностики раку шийки матки.
11. Як класифікується рак шийки матки за стадіями?
12. Назвіть клінічні групи онкохворих.
13. Перелічіть основні методи лікування раку шийки матки залежно від стадії поширення процесу.
14. Профілактика раку шийки матки.
15. Які класифікації пухлин яєчників ви знаєте?
16. Наведіть класифікацію раку яєчників за стадією поширення.
17. Назвіть фактори ризику по виникненню раку яєчників.
18. Клінічні прояви раку яєчників.
19. Методи діагностики раку яєчників.
20. Принципи лікування раку яєчників.
21. Яке проводиться хірургічне лікування раку яєчників?
22. Які методи хіміотерапії ви знаєте?
23. Назвіть цитостатичні препарати для лікування раку яєчників.

24. Методи гормонотерапії раку яєчників.
25. Як класифікується рак ендометрію (за стадіями, за напрямами росту, системою TNM, за клінічними групами)?
26. Гістологічні форми раку ендометрію. Що таке внутрішньоепітеліальний рак?
27. Клінічні симптоми раку ендометрію.
28. Які методи використовуються для діагностики і диференціальної діагностики раку ендометрію?
29. З якими захворюваннями треба диференціювати рак ендометрію?
30. Назвіть методи лікування раку ендометрію.
31. Визначення поняття гестаційної трофобластичної хвороби.
32. Поняття міхурового занеску.
33. Діагностика міхурового занеску.
34. Принципи лікування міхурового занеску.
35. Поняття хоріонепітеліоми.
36. Методи діагностики хоріонепітеліоми.
37. Основні принципи лікування хоріонепітеліоми.

IX. Тестовий контроль

1. Хвора 45 років. Під час проведення кольпоскопії та проби Шилера виявлено наявність йод-негативної ділянки на передній губі шийки матки. Передбачуваний діагноз?

A. Ерозія шийки матки.
B. Поліп цервікального каналу.
C. Кольпіт.
D. Рак шийки матки.
E. Лейкоплакія.

2. Жінка 54 років звернулася зі скаргами на кровотечу зі статевих шляхів після 2-літньої аменореї. Під час ультразвукового та бімануального дослідження - патології з боку геніталій не виявлено. Тактика?

A. Утеротонічні засоби
B. Гемостатичні препарати
C. Роздільне вишкрібання цервікального каналу і стінок матки
D. Естрогенний гемостаз
E. Гістеректомія

3. Хвора 43 років скаржиться на контактні кровотечі протягом останніх 6 місяців. Бімануально: шийка матки збільшена у розмірі, обмежено рухлива. В дзеркалах - шийка матки у вигляді кольорової капусти. Проби Хробака та Шиллера - позитивні. Який найбільш вірогідний діагноз?

A. Лейоматозний субмукозний вузел, що народжується
B. Поліп шийки матки
C. Шийкова вагітність
D. Рак шийки матки
E. Лейкоплакія

4. Хвора 52 років звернулась до гінеколога зі скаргами на болі ниючого характеру та важкість внизу живота, загальну слабість, поганий апетит, значну втрату маси тіла за останні півроку. Менструальна функція не порушена. При бімануальному

дослідженні: шийка і тіло матки без патологічних змін. З обох сторін від матки визначаються пухлиноподібні утворення, обмежено рухомі, без чітких контурів, з бугристою поверхнею, розмірами з жіночий кулак. Виділення з піхви - слизові. Який найбільш імовірний діагноз?

A. Загострення хронічного аднекситу
B. Рак яєчників
C. Туберкульоз жіночих статевих органів
D. Ендометріоз
E. Кістоми яєчників

5. Хвора 59 років звернулась в жіночу консультацію зі скаргами на кров'янисті виділення зі статевих шляхів. Постменопауза 12 років. При піхвовому обстеженні: зовнішні статеві органи з ознаками вікової інволюції, шийка матки не ерозована, з цервікального каналу незначні кров'янисті виділення. Матка звичайних розмірів, додатки не пальпуються. Склепіння глибокі, не болючі. Які додаткові методи дослідження потрібно провести для уточнення діагнозу?

A. Лапароскопія
B. Роздільне вишкрібання цервікального каналу і стінок матки
C. Пункція черевної порожнини через заднє склепіння
D. Розширена кольпоскопія
E. Кульдоскопія

6. Хвора 58 років звернулась до жіночої консультації зі скаргами на кров'янисті виділення зі статевих шляхів. Менопауза 8 років. При гінекологічному дослідженні: матка дещо збільшена, щільна на дотик, малорухома, додатки матки не визначаються, параметрії вільні. При фракційному вишкрібанні з порожнини матки одержано значний мозкоподібний зішкрябок. Який найбільш імовірний діагноз?

A. Рак шийки матки
B. Аденоміоз
C. Хоріонепітеліома
D. Рак тіла матки
E. Гормонопродукуюча пухлина яєчників

7. Хвора 60 років надійшла до гінекологічного відділення зі скаргами на незначні кров`янисті виділення зі статевих шляхів. Менопауза 4 роки. При бімануальному дослідженні: шийка матки циліндричної форми, чиста. Матка дещо збільшена в розмірах, рухома. Додатки матки не пальпуються, виділення кров`янисті. При діагностичному вишкрібанні порожнини матки одержано мозкоподібний зішкрябок. Який діагноз найбільш ймовірний?

A. Клімактерична кровотеча
B. Рак тіла матки.
C. Лейоміома матки.
D. Дисфункція яєчників.
E. Аденоміоз матки.

8. Жінка 70 років скаржиться на мажучи кров'яні виділення із статевих шляхів на тлі 15-річної менопаузи. При піхвовому дослідженні: шийка матки не змінена, матка нормальних розмірів, додатки – без патології. Який найімовірніший діагноз?

A. Рак шийки матки
B. Гормонпродуктивна пухлина яєчника
C. Лейоміома матки
D. Рак ендометрія
E. Аденоміоз

9. Хвора 64 років поступила в відділення з матковою кровотечею та анемією. Менопауза 12 років. 8 місяців тому з'явились серозно-водянисті виділення з піхви, потім серозно-кров'янисті по типу "м'ясних помоїв" та болі внизу живота. Яка патологія найбільш вірогідна?

A. Неповний аборт
B. Рак матки.
C. Міхуровий занесок.
D. Хоріонепітеліома.
E. Внутрішній генітальний ендометріоз.

10. Хвора 56 років скаржиться на загальну слабкість, тупі болі внизу живота, метеоризм, збільшення живота. Менопауза 5 років. При огляді відмічається асцит. При бімануальному дослідженні: матка невеликих розмірів зміщена вправо, зліва і позаду від неї пальпується бугристе, щільне, малорухоме пухлинне утворення, розміром 10х12 см. Який найбільш імовірний діагноз?

A. Пухлина товстого кішківника
B. Субсерозна лейоміома матки
C. Рак яєчника
D. Тубооваріальний абсцес
E. Генітальний ендометріоз

Х. Ситуаційні задачі.

№1. Хвора 49 років скаржиться на контактні кров'янисті виділення зі статевих шляхів, значні водянисті виділення. В анамнезі ерозія шийки матки протягом 10 років, проведена діатермокоакуляція. При огляді в дзеркалах: шийка гіпертрофована, легко пошкоджується, виразка на передній губі. При бімануальному обстеженні: шийка щільна, матка та додатки без особливостей, інфільтратів в параметрії немає. Попередній діагноз? Що робити?

№2. Хвора 43 роки звернулася до гінеколога в зв'язку з оформленням карти для санаторно-курортного лікування з приводу спондилоартриту. При вагінальному дослідженні: шийка матки циліндричної форми, чиста, вічко закрите. Тіло матки щільне, звичайних розмірів, обмежено рухоме, не болюче. Праве склепіння глибоке, додатки не визначаються. Ліве склепіння вкорочене, зліва і ззаду від матки визначається пухлина видовженої форми, щільної консистенції, нерухома, із гладкою поверхнею, не болюча. Поставте попередній діагноз та визначте тактику.

№3. Хвора 38 років звернулась до лікаря зі скаргами на рідкі світлі виділення зі статевих шляхів в значній кількості протягом 3 місяців, при статевому контакті — кров'янисті виділення. Характер менструації не змінився, менструальний цикл 25 днів. При огляді в дзеркалах виявлена деформація шийки матки старими післяпологовими розривами. На передній губі шийки матки ділянка 2х1 см яскраво-червоного кольору, кровоточить при дотику ватним тампоном. Змін з боку

матки та додатків не виявлено. Попередній діагноз. Що робити для уточнення діагнозу?

№4. Хвора 46 років має ожиріння і розлади менструального циклу. За останні 3 роки з лікувально-діагностичною метою 5 разів проводилось роздільне діагностичне вишкрібання цервікального каналу і стінок порожнини матки. Результати гістологічного дослідження після кожного вишкрібання - поліпоз ендометрія. Консервативне лікування неефективне. Діагноз. План лікування.

№5. Хвора 42 роки, незаміжня, звернулась до жіночої консультації зі скаргами на ниючі болі внизу живота. З анамнезу: менструальний цикл не порушений, статевим життям не жила, в 40 років оперована з приводу виразки шлунку. При пальпації у гіпогастральному відділі чітко визначається щільна болюча бугриста пухлина обмежено рухома. При піхвовому дослідженні матка пальпується з утрудненням. В ділянці додатків з обох боків розташовані щільні бугристі малорухомі пухлини. Попередній діагноз. Яка тактика лікаря жіночої консультації.

XI. Завдання для поза аудиторної роботи студентів.

1. Основні гінекологічні операції.
2. Експертиза тимчасової втрати працездатності у разі гінекологічних захворювань.
3. Фізіотерапевтичне та санаторно-курортне лікування гінекологічних хворих.

РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА

Основна

1. Алгоритми в акушерстві і гінекології. Видання третє, доповнене, під ред. проф. В.О. Бенюка. К. :«Бібліотека «Здоров’я України».- 2018.- 504 с.
2. Браян А. Маґован, Філіп Оуен, Ендрю Томсон."Клінічне акушерство та гінекологія". Підручник, К. Видавництво «Медицина», 2021, 445 с.
3. В. Грищенко, М. Щербина, Б. Венцківський «Акушерство і гінекологія: у двох книгах.» Книга 1. Акушерство. 4-е видання. К. Видавництво «Медицина», 2020, 422 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 (під ред. Бенюка В.О.). Співавтори: Диндар О.А., Усевич І.А., Говсеев Д.В., Гончаренко В.Н., Гичка Н.М., Ковалюк Т.В.- К., 2019 - «Бібліотека «Здоров’я України» - С.542.
6. 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.
7. Ліхачов В. К. «Акушерство. Том 1. Базовий курс.» Гінекологія. 2-ге видання. Видавництво «Нова книга», 2021, 392 с.
8. Ліхачов В. К. «Гінекологія. 2-ге видання.» Видавництво «Нова книга», 2021. 688 с.
9. Внутрішньоматкова патологія. / Під редакцією проф. В.О. Бенюка. – Київ: «Здоров'я України», 2013 – 206 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 № 2264 «Клінічна настанова, заснована на доказах «Аномальні вагінальні виділення» від 15.12.2022
4. Онкологія: підручник / Шевченко А.І., Колеснік О.П., Шевченко Н.Ф. таін./; заред. проф. А.І. Шевченка. – Вінниця: НоваКнига, 2020. – 485 с.
5. МОЗ України Наказ № 236 від 02.04.2014 "Про затвердження стандартизації медичної допомоги при дисплазії та раку шийки матки".
6. МОЗ України Наказ від 17.09.2007 № 554 «Про затвердження протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю "онкологія" - Протокол «Трофобластична хвороба вагітності».
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. Клиническая практика в репродуктивной медицине. Под ред. В.Н. Локшина, Т.М. Джусубалиевой. Алма-Аты. 2015 – 464 с.
9. A practical guide to obstetrics and gynecology/ Richa Saxena, 2015
10. DC Duttas textbook on gynecology, six edition/ New Dehli-London-Philadelphia, 2013
11. Кравченко О.В, Карлійчук Є.С., Ясинська С.М. Акушерство і гінекологія. Obstetrics and Gynecology: (Educational manual). - Чернівці: БДМУ, 2012.