

**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 «Ендометриоз»
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. Друпн 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 : Ендометріоз

I. Науково-методичне обґрунтування теми.

Ендометріозом страждає біля 10% жінок репродуктивного віку, 40-50% хворих на ендометріоз мають безпліддя. Генітальна форма ендометріозу є найбільш поширеною (92–94%), екстрагенітальна локалізація ендометріозу зустрічається в 6–8% випадків. Ендометріоз поширене захворювання серед дівчат-підлітків та жінок репродуктивного віку, проявляється безпліддям та стійким больовим синдромом, що негативно впливає на якість життя жінки.

II. Навчально-виховні цілі.

Знати:

- загальні методи обстеження хворих;
- загально клінічні лабораторні методи дослідження;
- спеціальні методи дослідження;
- методику проведення гінекологічного дослідження.

Вміти:

- зібрати анамнез (загальний, спеціальний, анамнез захворювання);
- визначити головний симптомокомплекс гінекологічних захворювань;
- провести гінекологічний огляд;
- правильно обрати та провести додаткові обстеження гінекологічних хворих.

III. Вихідні базові знання.

- анатомічні особливості жіночих статевих органів.
- фізіологічні особливості жіночих статевих органів
- фізіологічні особливості регуляції менструального циклу.
- гістологічна будова зовнішніх та внутрішніх статевих органів.
- вивчення фармакологічних препаратів, що містять жіночі та чоловічі статеві гормони. Написання рецептів.

IV. Зміст навчального матеріалу

Ендометріоз – доброякісне гормонозалежне захворювання, в основі якого лежить гетеротопія ендометрію на тлі порушення функції гіпоталамо-гіпофізарно-яєчникової системи, імунного дисбалансу при наявності генетичної схильності.

Етіопатогенез ендометріозу. Фактори ризику: наявність в анамнезі патологічних пологів, гінекологічних операцій (аборти, кесарів розтин, вишкрібання стінок порожнини матки, електрокоагуляція, кріодеструкція, електроексцизія шийки матки); гормональні порушення; перенесені інфекційні захворювання бактеріальної та вірусної етіології; тривале носіння ВМС; наявність ендометріозу у матері, сестер; зниження імунологічної толерантності.

Теорії виникнення та розвитку ендометріозу.

Ембріональна теорія (дизонтогенетична) стверджує, що ендометріальні гетеротопії розвиваються з парамезонефральних протоків або із зародкового матеріалу, з якого утворюються статеві органи, у тому числі й тканини ендометрію.

Метапластична теорія - ендометріальні гетеротопії розвиваються за рахунок метаплазії ембріональної очеревини або ціломічного епітелію.

Імплантаційна теорія стверджує, що ендометріальні гетеротопії можуть попадати в черевну порожнину шляхом ретроградного заносу менструальної крові,

а потім розповсюджуватись в організмі хворої лімфогенним та гематогенним шляхом.

Теорія ятрогенної дисемінації припускає, що внутрішньоматкові маніпуляції сприяють проростанню ендометрія в стінку матки та приводить до аденоміозу.

Гормональна теорія стверджує, що порушення секреції гонадотропних гормонів і стероїдогенезу в яєчниках (хаотичні пікові викиди ФСГ і ЛГ, зменшення базального рівня прогестерону, гіперестрогенія) створюють умови для розвитку ендометріозу та підтримки його активного стану.

Імунна теорія – ендометріоз розвивається на фоні порушення імунного гомеостазу, що виражається імунодефіцитними станами і ознаками аутоімунізації (недостатність Т-клітинного імунітету, пригнічення функції Т-супресорів, активізація гіперсенсibiliзації сповільненого типу).

Гістологічна будова ендометріозу характеризується сполученням залозистого і стромального компонентів, які, на відміну від нормального ендометрію, мають різне співвідношення. Умовно ендометріальні гетеротопії можна поділити на три типи: залозисті, стромальні, змішані. Під впливом функції яєчників і центрів гіпоталамо-гіпофізарної системи, що регулюють їхню діяльність, у вогнищах ендометріозу відбуваються циклічні перетворення, подібні до змін у слизовій оболонці матки. Ендометріоз відрізняється від пухлини відсутністю вираженої клітинної атипії, здатністю до автономного росту, залежністю клінічних проявів від менструальної функції. Однією з його особливостей є відсутність навколо нього сполучнотканинної капсули.

Класифікації ендометріозу.

Шифр МКХ-10 – N 80 Ендометріоз

N80.0 Ендометріоз матки (аденоміоз)

N80.1 Ендометріоз яєчника

N80.2 Ендометріоз маткової труби

N80.3 Ендометріоз тазової очеревини

N80.4 Ендометріоз прямокишково-піхвової перетинки і піхви

N80.5 Ендометріоз кишечника

N80.6 Ендометріоз шкірного рубця

N80.8 Інший ендометріоз

N80.9 Ендометріоз, неуточнений

Клінічні форми ендометріозу (В.П. Баскаков и соавт., 2002)

- **Генітальна форма:** матки; яєчників; маткових труб; зовнішніх статевих органів; ретроцервікальний ендометріоз; піхви; очеревини малого тазу.

- **Екстрагенітальна форма:** кишечника; органів сечової системи; післяопераційних рубців; легенів; інших органів.

- **Поєднана форма**

Класифікація за ступенем розповсюдження ендометріозу:

«Малі» форми:

- поодинокі гетеротопії на тазовій очеревині,

- поодинокі гетеротопії на яєчниках без наявності злук та рубцевих змін.

Середньої тяжкості:

- гетеротопії на поверхні одного або обох яєчників з утворенням дрібних кіст,
- наявність періоваріального або перитубарного злукового процесу,
- гетеротопії на очеревині прямокишково-маткового простору з рубцевими змінами та зміщенням матки, але без залучення в процес товстої кишки.

Тяжкі форми:

- ендометріоз одного або обох яєчників з утворенням кіст діаметром більше 2 см,
- ураження яєчників з вираженим періоваріальним або перитубарним процесом,
- ураження маткових труб з деформацією, рубцюванням, порушенням прохідності,
- ураження тазової очеревини з облітерацією прямокишково-маткового простору,
- ураження крижово-маткових зв'язок та очеревини прямокишково-маткового простору з його облітерацією,
- залучення до процесу сечовивідних органів та кишківника.

Класифікація ендометріозу за формою і стадією (А.Н. Стрижаков (1977)):

Ендометріоз шийки матки:

Стадія I – ендометріодні вогнища розташовуються субепітеліально.

Стадія II – ендометріодні вогнища розташовуються інтраепітеліально і в м'язовій тканині.

Ретроцервікальний ендометріоз:

Стадія I – ендометріодні вогнища розташовуються в межах ректовагінальної клітковини.

Стадія II – «проростання» ендометріодної тканини в шийку матки і стінку піхви з утворенням дрібних кіст.

Стадія III – розповсюдження патологічного процесу на крижово-маткові зв'язки і серозний покрив прямої кишки.

Стадія IV – залучення в патологічний процес слизової оболонки прямої кишки, розповсюдження процесу на очеревину ректально-маткового простору з утворенням спайкового процесу в зоні придатків матки.

Ендометріодні гетеротопії яєчників:

Стадія I – дрібні точкові ендометріодні утворення на поверхні яєчників. Очеревина ректально-маткового простору без утворення кістозних порожнин.

Стадія II – ендометріодна кіста одного яєчника, розміром не більш 5-6 см, з наявністю дрібних ендометріодних включень на очеревині малого тазу. Незначний спайковий процес в зоні придатків матки без залучення кишечника.

Стадія III – ендометріодні кісти обох яєчників (розміром більше 5-6 см), ендометріодні гетеротопії невеликих розмірів на серозному покриві матки, маткових труб і парієтальній очеревині малого тазу, виражений спайковий процес в зоні придатків матки з частковим залученням кишечника.

Стадія IV – двосторонні ендометріодні кісти яєчників великих розмірів (більше 6 см) з переходом патологічного процесу на сусідні органи (сечовий міхур, пряму і сигмоподібну кишку), поширений спайковий процес.

Ендометріоз тіла матки (аденоміоз): дифузна форма

Стадія I – патологічний процес обмежений слизовою оболонкою матки (базальним шаром).

Стадія II – патологічний процес переходить на м'язовий шар.

Стадія III – розповсюдження патологічного процесу на всю товщу м'язової стінки матки до серозного покриву.

Стадія IV – залучення в патологічний процес, крім матки, парієтальної очеревини малого тазу і сусідніх органів

Топічна класифікація ендометріозу (МОЗ України (2003)):

I. Генітальний ендометріоз.

1. Внутрішній ендометріоз.

1.1. Ендометріоз тіла матки (аденоміоз): (I, II, III стадії залежно від глибини ураження міометрію):

- залозиста, кістозна, фіброзна форма;
- вогнищева, вузлова, дифузна форма;

1.2. Ендометріоз цервікального каналу.

1.3. Ендометріоз інтрамуральної частини маткових труб.

2. Зовнішній ендометріоз.

2.1. Перитонеальний ендометріоз: ендометріоз яєчників (інфільтративна, пухлинна форма); ендометріоз маткових труб; ендометріоз тазової очеревини.

2.2. Екстраперитонеальний ендометріоз: ендометріоз піхвової частини шийки матки; ендометріоз піхви, вульви; ретроцервікальний ендометріоз; ендометріоз маткових зв'язок; ендометріоз параметральної, паравезикальної, паракольпальної клітковини (без і з проростанням в сечовий міхур, пряму кишку).

3. Зовнішньо-внутрішній ендометріоз.

4. **Сполучені форми генітального ендометріозу** (генітальний ендометріоз у сполученні з іншою генітальною або екстрагенітальною патологією).

II. Екстрагенітальний ендометріоз (ендометріоз шлунково-кишкового тракту, сечовивідних органів, шкіри, пупка, післяопераційних ран, легень, плеври ін.).

Клініка ендометріозу залежить від локалізації, тривалості перебігу, супутніх захворювань, психоемоційного стану хворої. Перебіг захворювання тривалий, прогресуючий.

Біль з'являється або підсилюється у передменструальні дні та під час менструації. Біль нетиповий для ендометріозу піхвової частини шийки матки, не виражений при «малих» формах ендометріозу очеревини малого тазу.

Порушення менструальної функції - альгоменорея. При внутрішньому ендометріозі - менорагії, перед- та постменструальні кров'янисті виділення.

Збільшення розмірів ураженого органа (матка, яєчник) або екстрагенітальних вогнищ ендометріозу напередодні та під час менструації.

Непліддя - ускладнення внутрішнього та зовнішнього ендометріозу.

Діагностика ендометріозу:

1. Скарги (біль, менорагії, непліддя)
2. Гінекологічне обстеження (огляд в дзеркалах, бімануальне обстеження)
3. Ультразвукове дослідження органів малого тазу.
4. Комп'ютерна томографія, ЯМР-томографія органів малого тазу.
5. Ендоскопічні неінвазивні методи (кольпоцервікоскопія)
6. Малоінвазивні методи (гістероскопія, фертілоскопія і лапароскопія).
7. Прицільна біопсія і абляція гетеротопій особливо кістозних і вузлуватих форм.

ГЕНІТАЛЬНИЙ ЕНДОМЕТРІОЗ

Ендоментріоз тіла матки

Ендоментріоз тіла матки (аденоміоз) — найчастіший різновид генітального ендоментріозу. Причинами виникнення є аборти, діагностичні вишкрібання матки, патологічні пологи, запальні процеси матки, внутрішньоматкові втручання, операцій на матці. Аденоміоз має дифузну, вогнищеву та вузлову форми.

Клініка аденоміозу знаходяться в прямій залежності від ступеня розповсюдження патологічного процесу. *Больовий синдром* напередодні та під час менструації, інтенсивність болю обумовлена поширеністю процесу. *Порушення менструальної функції*: гіперполіменорея, метрорагія, кровомазання перед та після менструації, що веде до виникнення вторинної анемії. Однією зі скарг хворих є первинне чи вторинне *непліддя*. Аденоміоз характеризується *збільшенням тіла матки*. Дизурічні явища перед початком менструації.

Діагностика: *Скарги*: больовий синдром (альгодисменорея, диспареунія); непліддя; геморагічний синдром (передменструальні кровомазання, метрорагія, гіперполіменорея); психоневрологічні розлади.

Бімануальне дослідження: збільшення розмірів матки, шароподібна форма, відхилена дозад, нерідко фіксована в задньому склепінні, болюча при пальпації.

Ультразвукове дослідження: збільшення матки, потовщення передньо-заднього розміру; округлість її форми; нерівність контурів матки; деформація М-ехо; порушення акустичної структури міометрію, деформація та розширення зони підвищеної ехогенності навколо М-ехо, наявність анехогенних комірок із ехогенним контуром, утворення підвищеної ехогенності неправильної форми, точкові або дрібнокістозні структури. Ехоскопія вузлової форми - наявність в міометрії вузлів неоднорідної будови, навколо яких відсутня капсула.

Гістероскопія: наявність синіх або багряних плям, кіст, вузликів, нерівностей, ригідність рельєфу ендометрію; отвори ендометріюідних ходів.

Гістеросальпінгографія: позаконтурні тіні; проксимальна тубарна оклюзія.

Лапароскопія: сині, багряні, кістозні, крапчасті або вузликові структури, біляві або сіруваті вузлики (при III стадії аденоміозу).

Ендоментріоз піхви

Ендоментріоз піхви нерідко поєднується з вадами розвитку матки та ендометріозом шийки матки. Ендометріюідні гетеротопії у цій ділянці мають вигляд синюшних, круглястих вогнищ, з яких під час менструації виділяється кров.

Діагностика: *Бімануальне дослідження*: щільні вузли, рубці, потовщення у стінці піхви, вульви. *Кольпоцервікоскопія*: вузлики, плями або крапки синього, багряного кольору на вульві, піхві.

Ендоментріоз шийки матки

Ендоментріоз шийки матки виникає після травм, абортів, діатермокоагуляції, патологічних пологів на тлі імплантації в ділянці раньової поверхні частин ендометрію, що відторгається під час менструації. Залежно від глибини ураження розрізняють ектоцервікальний і ендочервікальний ендометріоз вагінальної частини шийки матки. Рідше ендометріюідні гетеротопії вражають канал шийки матки. Ділянки ендометріозу мають розміри 2-5 мм, червоний колір, що виділяється на блідо-рожевому фоні слизової оболонки шийки матки. На

передодні менструації вони збільшуються, набувають синьо-багрового кольору. Ендометріодні гетеротопії розташовуються також в дистальному відділі слизової цервікального каналу і проявляються перед- та постменструальними кров'янистими виділеннями. При локалізації в каналі шийки матки ендометріоз інколи має вигляд поліпів. Больові відчуття для даної локалізації ендометріозу не властиві.

Діагностика. *Скарги:* перед- і постменструальні кров'яні виділення.

Гінекологічне дослідження: ендометріоз у вигляді вогнищ червоного або темно-багрового кольору, які збільшуються напередодні менструації.

Кольпоскопія дозволяє уточнити місце і форму ураження; зміни кольору і об'єму ділянок ендометріодної тканини залежно від фаз циклу.

Цервікоскопія: діагностика парацервікального розповсюдження ендометріозу при бічних дефектах слизової оболонки.

Біопсія проводиться в останній тиждень циклу, в цей період зміни, властиві ендометріозу, виявляються з найбільшою чіткістю.

Ендометріоз маткових труб

Ендометріоз маткових труб спостерігається у поєднанні з захворюванням матки та яєчників, ізолювано зустрічається рідко. Ендометріодні гетеротопії локалізуються у серозному і субсерозному прошарках труби, невеликих розмірів. Інколи ендометріодні гетеротопії мають вигляд вузликів, що розташовані в істмічній частині маткової труби. Клінічна картина ендометріозу маткових труб відповідає клініці ендометріозу матки або яєчника, в сполученні з якими спостерігається ураження маткової труби.

Діагностика: *лапароскопія, гістеросальпінгографія та патоморфологічне дослідження* маткової труби, видаленої під час операції.

Ендометріоз яєчників

Ендометріоз яєчників буває у вигляді вогнищ у кірковому шарі або на поверхні яєчників та ендометріодних кіст. Ендометріодні гетеротопії мають типову будову: серед цитогенної строми розташовані залози типу ендометрію, що покриті циліндричним епітелієм, зустрічаються крововиливи, мікроскопічні кісти.

З невеликих вогнищ ендометріозу, завдяки їх росту, накопиченню крові, витонченню та розпаду перетинок між окремими ділянками, що містять кров, утворюються кісти. Ендометріодні кісти можуть бути одно- та двобічним; діаметром від 0,5 до 10 см; їм властиві злуки з оточуючими тканинами, щільна капсула, геморагічний вміст, що має колір шоколаду («шоколадні» кісти). Можливе виникнення мікроперфорацій стінки кісти, що веде до загострення больового синдрому та утворення в подальшому щільних злук з оточуючими органами.

Клініка: непліддя та біль. Больовий синдром виражений при гетеротопіях, що досягли певного ступеню розвитку, та ендометріодних кістах. Біль підсилюється напередодні та під час менструації, ірадіює в поперек, криж, пряму кишку. Больовий синдром призводить до зниження працездатності. Посилення болю, блювота, болючість і напруження м'язів черева спостерігається при мікроперфорації стінки кісти та злитті частини її вмісту у черевну порожнину. Злуковий процес у малому тазу сприяє появі дізурічних порушень, закріпів, здуття та є причиною непліддя.

Діагностика. *Гінекологічне дослідження:* у ділянці придатків виявляється болючість, малорухоме або нерухоме, тугоеластичної консистенції, сполучене з маткою утворення. При зрощенні з оточуючими органами розміри та консистенція кісти недостатньо чіткі. *Лапароскопія:* пухлиноподібні утворення, з щільною білястою капсулою темно-синього кольору, місцями з ділянками синьо-багрового кольору. Капсула інтимно спаяна із задньою поверхнею матки, очеревиною ректально-маткового простору, серозним покривом прямої кишки, матковими трубами. При підозрі на «малі» форми ендометріозу проводять *біопсію з подальшою електрокоагуляцією* рани. *Газова рентгенопельвіографія:* на рентгенограмі тіні одного або двох утворень яєчників округлої або овальної форми, розташовані позаду і (або) збоку від тіні матки, що тісно примикають до неї внаслідок спайкового процесу. *Іригоскопія:* проводять на 4-5 день менструального циклу для виключення проростання ендометріюїдної тканини в стінку товстої кишки. *УЗД:* кістозне утворення (при односторонньому ураженні), гетерогенність внутрішньої ехоструктури з численними внутрішніми ехосигналами; в динаміці - збільшення кіст перед менструацією. Фіксація збільшених додатків у задньому склепінні, наявність утворення круглої форми із чіткою капсулою, слабо-ехогенною внутрішньою структурою, ознаки перифокального злукового процесу. *Комп'ютерна томографія, магнітно-резонансна томографія:* утворення круглявої форми із щільною капсулою, зрощення з іншими структурами. *Визначення онкомаркерів (СА-125). Гістологічне дослідження.*

Ретроцервікальний ендометріоз.

Ендометріюїдні гетеротопії розвиваються на задній поверхні шийки матки, істмічній частині матки та на рівні прикріплення крижово-маткових зв'язок. Розміри ураження від 0,6 до 5-6 см. Макроскопічно розрізняють дрібновузловату та інфільтративну форми. Ретроцервікальний ендометріоз має щільну консистенцію. Відмінною особливістю даної локалізації є інфільтративне проростання у напрямку прямої кишки, заднього склепіння піхви і вагінально-ректальної перетинки.

Клініка: різкі, «стріляючі» болі, що іррадіюють в піхву, пряму кишку, промежину, зовнішні статеві органи. Посилення болю при статевих зносинах і акті дефекації. Альгоменорея, менструації супроводжуються блюванням, запамороченням, слабкістю. В дні менструації відмічаються метеоризм і затримка випорожнення, відчуття тяжкості в ділянці сечового міхура, прискорене сечовипускання. Дратівливість, неврівноваженість, плаксивість, запаморочення, головний біль, порушення сну. Ретроцервікальний ендометріоз часто супроводжують гіпофункція яєчників та щитовидної залози.

Діагностика: *Скарги:* біль, посилення перед та під час менструації, при статевих контактах, ірадіює у піхву, в ділянку криж, пряму кишку. При проростанні стінки прямої кишки біль підсилюється під час дефекації. *Гінекологічне дослідження:* позаду верхнього відділу шийки матки та перешийка щільні, дрібнобугристі, нерухомі, болючі вузли. Вони невеликі (діаметром від 1 до 3 см), збільшуються перед менструацією. *Ректороманоскопія:* на передній стінці кишки видно поодинокі або множинні розростання у вигляді поліпів (сосочків) темно-синього кольору, що кровоточать під час менструації. При вираженому

стенозуванні кишки не можливо ввести ректоскоп вище місця звуження кишки. *Парієтографія* (септографія): визначає розміри перетинки між стінкою піхви і прямою кишкою. Тінь ректально-вагінальної перетинки однорідна, чітка, рівна, злегка хвиляста з боку піхви, однакової товщини на всьому протязі (в середньому 1,5-2 см). *УЗД*: неоднорідні за ехоцильністю утворення під шийкою матки, згладження перешийка і нечіткий контур прямої кишки. Для уточнення поширеності патологічного процесу використовують *колоноскопію*, екскреторну *урографію*, *цистоскопію*, *МРТ*. *Біопсія* з подальшим гістологічним дослідженням видаленої тканини.

Ендометріоз очеревини матково-прямокишкового заглиблення і крижово-маткових зв'язок

Ендометріоз очеревини матково-прямокишкового заглиблення і крижово-маткових зв'язок часто поєднується з ендометріозом яєчника і ретроцервікальним ендометріозом, але у жінок репродуктивного віку може спостерігатися як самостійне захворювання. Ендометріодні гетеротопії матково-прямокишкового заглиблення мають чітку форму і невеликі розміри (1-4 см); нерухомі і нерідко спаяні з кишківником; поверхня їх горбиста; супроводжуються сильним болем, що посилюється напередодні і під час менструації і статевого акту. Ендометріоз очеревини часто протікає із залученням в процес товстого кишківника. Ендометріоз круглих зв'язок матки може розвиватися як в інтраперитонеальному відділі, так і в екстраперитонеальній частині. У останньому випадку ендометріодні гетеротопії виявляються в паховому каналі.

Діагностика: *Бімануальне дослідження*: потовщення, укорочення крижово-маткових, кардинальних зв'язок. *Рентгенографія* товстого кишечника: стенозування кишки на невеликій ділянці із звуженням просвіту до 1-2,5 см. *Лапароскопія*: множинні утворення на очеревині матково-прямокишкового заглиблення з різними морфологічними проявами: атипові (непігментовані, білясті) везикули, геморагічні везикули; жовто-коричневі горбики, що пігментуються; типові (сині, фіолетові, чорні) поверхневі і глибокі інфільтровані гетеротопії.

«Малі» форми генітального ендометріозу

До «малих» форм генітального ендометріозу відносяться дрібні поодинокі ендометріодні гетеротопії в зоні очеревини матково-ректального заглиблення, очеревини крижово-маткових зв'язок, на поверхні яєчників. Ендометріодні утворення величиною до 1 см, червоного, коричневого, синьо-багрового кольору; протікають без виражених клінічних проявів. Патологічний процес приводить до утворення злук, непрохідності маткових труб і непліддя. Рідко спостерігається біль під час статевого акту. Хворі відрізняються дратівливістю, неврівноваженістю, плаксивістю. Жінки часто скаржаться на запаморочення і головний біль.

«Малі форми» є типовою випадковою знахідкою при *діагностичній лапароскопії* з приводу непліддя або больового синдрому неясного походження.

ЕКСТРАГЕНІТАЛЬНИЙ ЕНДОМЕТРІОЗ

Розпізнавання екстрагенітального ендометріозу засноване на залежності клінічних проявів і даних об'єктивного обстеження від менструального циклу.

Ендометріоз кишківника

Ендометриоз найчастіше (70-80 %) вражає пряму і сигмоподібну кишку, рідше - сліпу та червоподібний відросток. Ендометриоз вражає стінку кишки з боку серозної оболонки або зовнішньої частини м'язового шару. Локалізується в одній ділянці (при вrostанні з ендометріюїдної кісти, зашийкового вузла, з перешийка) або в декількох місцях (при перфорації ендометріюїдних кіст, ретроградному закиданні менструальної крові). На поверхні кишки ендометріюїдні включення мають вигляд дрібних плям і смужок синього кольору; поступово перетворюються на вузлики і бляшки, навколо яких з'являються рубці. Вростання ендометріозу в товщу кишки може відбуватися в радіальному напрямі або починається обхват кишки по колу. Це супроводжується потовщенням стінки кишки, утворенням вузла до 3-8 см і звуженням її просвіту. У цій тканині є гніздові включення, наповнені коричневою або геморагічною рідиною.

При поверхневому ендометріозі, який захоплює серозний і зовнішній м'язовий шари, пацієнтки скаржаться на тупі ниючі болі в животі, що супроводжуються нудотою. Болі з'являються напередодні і під час менструації і можуть носити розлитий характер без певної локалізації. Болі супроводжуються підвищеною моторикою кишківника, проносами та метеоризмом. Широке застосування *лапароскопії* поліпшило діагностику початкової стадії ендометріозу.

При вrostанні ендометріозу в глибший м'язовий шар і слизову оболонку кишки посилюються болі в животі, з'являються закрепи, затримка відходження газів, здуття живота напередодні та під час менструації. Прогресування приводить до посилення вираженості симптомів звуження просвіту кишки: поява слизу і крові в калових масах, тенезми, біль, проноси з кров'ю. При ендометріозі товстої кишки кров яскраво-червона, тонкої кишки – темна.

При *ректороманоскопії* і *колоноскопії* напередодні і під час менструації можна спостерігати появу багрово-синюшних і геморагічних дрібнокістозних утворень або поліпозних розростань, що кровоточать. У міжменструальний період колір їх блідне, розмір зменшується. *Гістологічне дослідження*. *Рентгенологічне обстеження*: звуження просвіту кишки і деформація виявляються напередодні і під час менструації; збереження рельєфу слизової оболонки кишки. Дефекти наповнення мають чіткі і рівні краї.

Ендометриоз сечового міхура

Скарги при ендометріозі сечового міхура: відчуття тяжкості внизу живота, що посилюється напередодні і під час менструації, прискорене та болюче сечовипускання, гематурія. Інтенсивні болі позбавляють жінок працездатності.

Діагностика заснована на циклічному характері вказаних скарг, наявності ознак ендометріозу тазових органів і даних урологічного обстеження.

Цистоскопія ендометріозу сечового міхура, який захоплює всі його шари - наявність пухлиноподібного утворення з темно-синіми, геморагічними і багрово-синюшними дрібними кістами 0,3-0,5 см в діаметрі. Слизова оболонка набрякла, з вираженою ін'єкцією судин. Іноді помітні лише поодинокі голубуваті невеликі кісти або їх гніздове скупчення, рідше спостерігаються поліпоподібні розростання тканини, що кровоточать.

Ендометіоз сечоводів

Сечоводи вражаються найчастіше при ендометріозі яєчників та перешийка матки. Початкові симптоми у вигляді прискореного сечовипускання в період посилення болів під час менструації. При вираженому утрудненні відтоку сечі у хворих під час менструації з'являються болі в попереку відповідно стороні ураженням або з обох боків з іррадіацією в пряму кишку і бічну стінку тазу.

Біль від слабкого до нападоподібного, супроводжується нудотою, блювотою і підвищенням температури, погіршенням загального стану. Інколи у хворих спостерігається циклічна піурія, рідше - гематурія. При локалізації ендометріозу в ділянці гирл сечоводів спостерігається прискорене сечовипускання, що супроводжується різями. Діагностиці ураження сечоводів допомагає виявлення ендометріозу органів малого тазу.

Діагностика: *вивідна, ретроградна та інфузійна урографія, ізотопна ренографія, хромоцистоскопія* виявляє стенозування і деформацію сечоводів. *Трансуретральна фіброендоскопія* сечоводів.

Ендометріоз нирок

Основним симптомом ендометріозу нирок є рецидивуюча під час менструації гематурія. Проте гематурія може носити і ациклічний характер. Болі, відчуття тяжкості і розпирання в поперековій ділянці. Болі можуть супроводжуватися підвищенням температури, погіршенням загального стану і також носять циклічний характер. Інтенсивність їх варіабельна — від слабких, ниючих до сильних, болісних.

Дані обстеження залежать від форми ендометріозу. При кістозному ендометріозі збільшення нирки може визначатися пальпаторно і рентгенологічно. Спеціальне урологічне обстеження (урографія, радіоізотопна діагностика, хромоцистоскопія, цистоскопія, УЗД) дозволяє одержати уявлення про ступінь анатомічних і функціональних порушень ураженої нирки.

Ендометріоз уретри

Ендометріоз уретри може бути у формі ізольованого ураження, яке захоплює лише стінки уретри, і бути результатом розповсюдження процесу з піхви на уретру. У першому варіанті ендометріоз зустрічається у вигляді поліпоподібного утворення або вузла. Крім того, відомо дифузне ураження ендометріозом стінок уретри. Скарги хворих носять циклічний характер і зводяться до відчуття печіння і різей в області уретри, що посилюються при сечовипусканні, наявності болісного ущільнення (вузлика) в області уретри. Можуть спостерігатися кров'яні і коричневі виділення з уретри. Розміри і болючість вузла збільшуються під час менструації.

Ендометріоз пупка

Ендометріоз пупка зустрічається від 0,42 до 4% по відношенню до всіх локалізацій. Виникнення пояснюється занесенням частинок ендометрія з матки, яєчників або інших вогнищ по лімфатичних шляхах.

Клініка: болі в ділянці пупка напередодні і під час менструації різної інтенсивності: від тупих ниючих, до нестерпних. Іноді болі супроводжуються нудотою і блювотою. Поява темно-коричневих або кров'яних виділень з пупка під час менструації. Клінічна картина нагадує ущемлену грижу і спостерігається, коли ендометріоз захоплює всю товщу черевної стінки. В ділянці пупка пальпаторно виявляють щільні, болісні вузлики або кістозні утворення розміром від горошини

до вишні, синього або коричневого кольору, під час менструації з точкових отворів виділяється кров або коричнева рідина.

Ендометріоз легенів.

Характерні скарги на кашель та кровохаркання, які повторюються під час менструації. Біль в грудній клітині різної інтенсивності співпадає з менструацією.

Діагностика. *Рентгенологічне обстеження* (рентгенографія, комп'ютерна томографія): затемнення, інфільтрація виявляються напередодні і в перші дні менструації. За відсутності рентгенологічних змін в легенях джерело крововиділення у хворих може бути встановлене за допомогою *бронхоскопії*. *Пункційна аспіраційна біопсія* з цитологічним та гістологічним дослідженням.

Ендометріоз плеври і діафрагми

У всіх зареєстрованих спостереженнях ураженню плеври і діафрагми передувало ендометріоз органів малого тазу і черевної порожнини.

Клініка: рецидивуючий гемо- і пневмоторакс. Скупчення геморагічної рідини в плевральній порожнині співпадає з менструацією; біль в правій половині грудної клітини, кашель з мокротою. Болі в грудній клітині (майже завжди праворуч) — від тупих ниючих, до сильних нападopodobних; ядуха. Мокрота містить домішки крові. Погіршується загальний стан хворих, з'являється слабкість.

Діагностика: *Скарги:* циклічний характер захворювання і зв'язок загострень з менструацією. *Пневмоперитонеум з рентгенологічним обстеженням грудної клітини* дозволяє визначити наявність сполучення (перфораційний отвір в діафрагмі) між черевною і плевральною порожнинами, про що свідчитиме виявлення газу в плевральній порожнині. *Аспіраційна пункційна біопсія* з цитологічним і гістологічним дослідженням одержаного матеріалу.

Лікування ендометріозу повинне бути комплексним та етапним. Сучасний та оптимальний підхід до лікування хворих полягає в комбінації оперативного лікування і супресивної гормональної терапії.

Види лікування:

- Консервативне: гормони, протизапальна та знеболююча терапія, імуномодуляція.
- Хірургічне органозберігаюче, видалення вогнищ із збереженням органів;
- Хірургічне радикальне з видаленням матки і яєчників;
- Комбіноване.

Вибір тактики лікування залежить від: віку жінки; локалізації та ступеню поширеності захворювання; виразності симптомів та тривалості захворювання; наявності фертильності та необхідності відновлення репродуктивної функції; наявності супутніх гінекологічних захворювань; ефективності попереднього лікування; стану інших органів та систем.

Лікування внутрішнього ендометріозу.

1. Гормональна терапія:

Нормальний рівень ФСТ, надлишок ЛГ, норма- або незначна гіперестрогенемія та дефіцит прогестерону: У репродуктивному віці *естроген-гестагенні препарати:* нон-овлон, овідон, ригевідон, марвелон, фемоден, Діане-35, логест. Монофазні комбіновані оральні контрацептиви із прогестагенним ефектом 6-12 міс. Прогестогени: діеногест (візан).

У перименопаузі *гестагенні препарати*: прогестерон (утрожестан) з 14 по 26 або з 5 по 26 день менструального циклу вагінально або перорально 6-9 міс.; дидрогестерон (дуфастон) з 5 по 25 або з 14 по 26 день менструального циклу 6-9 міс.; медроксипрогестерону ацетат (Провера); медроксипрогестерону ацетат депо (Депо-Провера); 17-оксипрогестерону капронат 12,5% 1 мл 1 раз/тиж. на 7, 14, 21 день менструального циклу, 3-6 міс.; норетистерон (норколут, примолют-нор) з 14 по 25 або з 5 по 26 день менструального циклу 6-12 міс.; гестонорону капронат (депостат) 1 раз/тиж. 3 міс.; лінестренол (оргаметрил) з 14 по 25 день менструального циклу або у безперервному режимі 6-12 міс. Внутрішньоматкова гормональна система, що містить левоноргестрел «Мірена».

Нормальний рівень ФСГ, ЛГ, гіперпродукція естрогенів:
Антигонадотропні препарати: даназол (дановал, данол, даноген) 200 мг 1-4 рази/добу після їжі з 5 по 26 день менструального циклу; у перименопаузі - у безперервному режимі 3-6 міс.

Нормальний рівень ФСГ, ЛГ, прогестерону, виражена гіперестрогенемія:
Антиестрогенні препарати: тамоксифен (зитазоніум, нолвадекс); тореміфен (фарестон).

Гіперпродукція ФСГ, ЛГ, естрогену: *Агоністи гонадотропінрелізінг гормонів*: трипторелін (диферелін, декапептил) 3-6 міс.; гозереліну ацетат (золадекс); бузерелін (супрефакт-депо); нафареліну ацетат (синарел); лейпролід (люпрон).

2. Неспецифічна протизапальна терапія: нестероїдні протизапальні препарати (диклофенак /вольтарен), індометацин, німесулід (месулід, німегезик); контрикал.

3. Засоби, що впливають на центральну нервову систему (седативні препарати, малі транквілізатори, психотерапія).

4. Розсмоктуюча терапія (системна ензимотерапія): вобензим, флагензим.

5. Імуномодулятори, антиоксиданти, вітамінотерапія (вітамін С, А, вітамін Е, Т-активін, інтерферон (лаферон)).

6. Засоби, що підтримують функцію шлунково-кишкового тракту та гепатобілярної системи (гепатопротектори): Гепабене, Есенціале, Хофітол.

7. Фізіотерапевтичні методи (при наявності спайкового процесу) ультразвук з електрофорезом міді та цинку, електрофорез з лідазою, трипсином, радонові ванни, голкорексфлексотерапія, низькоінтенсивне лазерне випромінювання, магнітотерапія.

Лікування ендометріозу яєчників особливо ефективно агоністами релізінг-гормонів як варіант першого етапу комбінованого лікування і компонент допоміжної репродукції при неплідді. При інфільтративній формі – консервативна гормональна терапія, при ендометріюїдних кістах – органозберігаюча операція лапаротомним або лапароскопічним доступом: кістектомія, резекція яєчника, аднексектомія, лазерна вапоризація, електро-, термокоагуляція, використання ультразвукового скальпеля, аргонного коагулятора, пресакральна нейротомія з подальшим прийомом гормонотерапії 3-6 міс.

У перименопаузі із переходом процесу на тіло матки – надпихвова ампутація матки з додатками, при наявності патології у цервікальному каналі або на шийці матки - екстирпація матки з додатками.

Лікування ендометріозу маткових труб консервативне. При неефективності: у репродуктивному віці - лазерна вапоризація вогнищ, електро-, термокоагуляція, використання ультразвукового скальпеля; у перименопаузі - тубектомія лапаротомним або лапароскопічним доступом.

Лікування ендометріозу тазової очеревини комбіноване. Хірургічне лікування лапаротомним або лапароскопічним доступом (видалення вогнищ ендометріозу за допомогою CO₂ лазера, електро-, термокоагуляція) з подальшою консервативною гормональною терапією.

Лікування ендометріозу піхвової частини шийки матки, піхви, вульви консервативне. При неефективності консервативного лікування - кріохірургічне лікування, видалення вогнищ ендометріозу.

Лікування ретроцервікального ендометріозу, ендометріозу зв'язок, клітковини - хірургічне лікування лапаротомним або лапароскопічним доступом з подальшим проведенням консервативної терапії 3-6 міс. У репродуктивному віці – електро-, термокоагуляція, лазерна вапоризація. У перименопаузі – видалення вогнищ ендометріозу з екстирпацією матки із додатками. При проростанні вогнищ у пряму кишку або сечовий міхур, сечовід – участь профільних спеціалістів.

У хворих з «малими формами» і зовнішнім ендометріозом призначення гормональної терапії до операції недоцільне, оскільки може утруднити повне видалення ендометріюїдних вогнищ через атрофічні зміни і частковий регрес.

Лікування ендометріозу шийки матки комбіноване: гормональне і оперативне (ефективна коагуляція вогнищ ендометріозу з використанням CO₂-лазера). Видалення вогнища виконують в ранню фолікулінову фазу менструального циклу (6-7-й день). При ендометріозі шийки матки за місяць до і після третього місяця коагуляції гетеротопій призначають КОК або гестагени. Агоністи гонадотропін-релізінг гормонів і препарати з антигонадотропною дією використовують при поширеному ендометріозі шийки матки або при його поєднанні з аденоміозом.

Показання до хірургічного лікування генітального ендометріозу:

- внутрішній ендометріоз у сполученні з гіперпластичними процесами яєчників і/або передраком ендометрію;
- аденоміоз (дифузна або вузлова форма), що супроводжується гіперплазією ендометрію;
- ендометріюїдні кісти яєчників (розміром більше 5 см, що стабільно функціонують);
- відсутність ефекту від медикаментозного лікування, що проводилось безперервно протягом 6 місяців;
- залучення до патологічного процесу інших органів та систем з порушенням їх функції;
- гнійне ураження додатків матки, уражених ендометріозом;
- спайковий процес із залученням ампулярних відділів маткових труб, супутній ендометріоз, що являється головною причиною безплідності;

- ендометріоз пупка;
- ендометріоз післяопераційного рубця;
- сполучення ендометріозу із деякими аномаліями статевих органів;
- наявність соматичної патології, що виключає можливість тривалої гормональної терапії.

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 - мотивація теми, контроль базового й основного рівня знань, призначення завдання для самостійної роботи.

Б. Основний – самостійна робота студентів під контролем викладача: робота з навчальною літературою при низькому рівні базових знань, а також із навчальними посібниками. Курація гінекологічних хворих. Самостійне розв'язання ситуаційних задач та їх складання. Аргументація плану ведення та обстеження гінекологічних хворих.

В. Заключний - контроль кінцевого рівня знань, узагальнення, оцінка роботи кожного студента. Завдання додому.

VII. Методичне забезпечення.

Місце проведення заняття — учбова кімната, жіноча консультація, відділення оперативної та консервативної гінекології, лабораторія.

Оснащення — таблиці, слайди, муляжі, інструментарій.

VIII. Контрольні запитання та завдання.

1. Дайте визначення ендометріозу?
2. Які етіологічні фактори сприяють виникненню ендометріозу?
3. Класифікація ендометріодних гетеротопій?
4. Які патогенетичні механізми призводять до виникнення геніального ендометріозу?
5. Які патогенетичні механізми призводять до виникнення екстрагенітального ендометріозу?
6. Що таке «малі» форми ендометріозу?
7. Гістологічна структура основних елементів ендометріозних «вогнищ».
8. Які існують теорії виникнення ендометріозу?
9. Які існують загальні особливості симптоматики ендометріозу різних локалізацій.
10. Охарактеризуйте основні клінічні ознаки зовнішнього ендометріозу?
11. Основні клінічні прояви внутрішнього ендометріозу?
12. Які виділяють ступені поширення дифузної форми ендометріозу матки?
13. Які дані анамнезу жінки мають діагностичне значення щодо встановлення

діагнозу ендометріозу?

14. Які дані об'єктивного обстеження мають значну інформативну цінність щодо діагностики ендометріозу?

15. Спеціальні методи дослідження при діагностиці ендометріозу?

16. Значення кольпоскопії, прицільної біопсії, гістологічного дослідження при вишкрібанні стінок матки і ендocerвіксу щодо встановлення діагнозу ендометріозу?

17. Значення УЗД щодо встановлення діагнозу ендометріозу?

18. Значення ендоскопічних методів дослідження (гістероскопії, лапароскопії) щодо встановлення діагнозу ендометріозних гетеротопій?

19. Які основні методи і принципи терапії ендометриозних гетеротопій?

20. Які сучасні гормональні препарати застосовуються при лікуванні ендометріозу? Схеми, рецептура?

21. Які засоби допомагають в профілактиці ендометріозу?

22. Роль жіночої консультації в профілактиці ендометріозу?

ІХ. Тестовий контроль.

1. Хвора 38 років протягом 3 років скаржиться на болючі місячні, мажучі кров'янисті виділення коричневого кольору перед і після менструації. В анамнезі 5 штучних абортів. При огляді матка м'якої консистенції, болюча, дещо збільшена, обмежено рухома. При УЗД міометрій зернистий, сотоподібний. Який діагноз?

А. Ендометрит.

В. Лейоміома матки.

С. Аденоміоз.

Д. Дисфункціональна маткова кровотеча.

Е. Поліпоз ендометрію.

2. Жінка 36 років звернулась до жіночої консультації із скаргами на рясні болючі менструації, "мажучі", шоколадного кольору виділення із піхви до та після менструації. В анамнезі 4 аборта. Гінекологічний статус: зовнішні статеві органи, шийка матки та піхва не змінені, матка у ретрофлексії, розмірами 9×7×8 см, обмежено рухома. Додатки не змінені, склепіння піхви вільні. Який діагноз?

А. Хронічний ендометрит

В. Лейоміома матки

С. Рак ендометрію

Д. Дисфункціональна кровотеча

Е. Ендометріоз тіла матки

3. У жінки 42 років на протязі останніх 10 років менструації протікали по типу гіперполіменореї та прогресуючої альгодисменореї. Гінекологічне дослідження: шийка не змінена, виділення помірні, "шоколадного" кольору, матка дещо збільшена, болюча, додатки не пальпуються, склепіння глибокі, безболісні. Який найбільш імовірний діагноз?

А. Рак матки

В. Ендометріоз матки

С. Субсерозна лейоміома матки

Д. Ендоміометрит

Е. Ендометріоз додатків

4. Хвора скаржиться на темні мажучі виділення із статевих шляхів перед та після менструації. Під час кольпоскопії на шийці матки візуалізуються синюшні вклучення. Діагноз?

- A. Ендометриоз шийки матки
- B. Аденоміоз
- C. Ерозія шийки матки
- D. Ендоцервіцит
- E. Поліп цервікального каналу

5. Хвора скаржиться на біль внизу живота, який посилюється під час менструації та статевих контактів, віддає в піхву. З анамнезу – 2 роки тому була підозра на ендометриоз. Під час піхвового дослідження – ззаду від матки виявляються щільні, вузлуваті, болючі утворення. Діагноз?

- A. Параметрит
- B. Аденоміоз
- C. Периметрит
- D. Хронічне запалення додатків матки
- E. Ретроцервікальний ендометриоз

6. Хвора госпіталізована зі скаргами на періодичні болі внизу живота, що посилюються під час менструацій, слабкість, нездужання, нервозність, мажучі темні кров'яні виділення з піхви напередодні та після менструації. При бімануальному дослідженні - тіло матки збільшене, додатки не визначаються. При лапароскопії: "синюшні вічка" на яєчниках, очеревині матково-прямокишкового поглиблення та параректальній клітковині. Який найбільш імовірний діагноз?

- A. Туберкульоз статевих органів
- B. Полікістоз яєчників
- C. Хронічний сальпінгіт
- D. Поширена форма ендометриозу
- E. Кістома яєчників

7. Хвора скаржиться на ниючий біль внизу живота, посилені болючі менструації. В анамнезі 2 аборти, пологів не було. Об'єктивно: шкірні покриви бліді, живіт м'який, не болючий, над лоном пальпується пухлиноподібне утворення. При бімануальному дослідженні виявлено: тіло матки збільшене до 14 тижнів вагітності, з нерівною поверхнею, щільне, рухоме. Придатки не пальпуються. Який найбільш вірогідний діагноз?

- A. Вузлувата лейоміома матки
- B. Кістома яєчника
- C. Вагітність
- D. Ендометриоз
- E. Пухлина нирки

8. Пацієнтка 30 років звернулася до лікаря зі скаргами на відсутність вагітності протягом 4 років. П'ять років тому перша вагітність закінчилася штучним абортom. За даними гінекологічного дослідження та УЗД встановлено діагноз: ендометриодна кіста правого яєчника. Який найбільш оптимальний метод лікування?

- A. Протизапальна терапія

- В. Лапароскопія, кістектомія
- С. Консервативна терапія естроген-гестагенними препаратами
- Д. Гормональна терапія чоловічими статевими гормонами
- Е. Санаторно-курортне лікування

9. Хвора 32 років скаржиться на тягнучий біль внизу живота, особливо перед і під час менструації, мажучі коричневі виділення перед менструацією. При бімануальному обстеженні матка збільшена в розмірах, болюча при зміщенні, щільної консистенції. Додатки з обох боків без змін. Який найбільш ймовірний діагноз?

- А. Метроендометрит
- В. Лейоміома матки
- С. Внутрішній ендометріоз
- Д. Рак матки
- Е. Позаматкова вагітність

10. У жінки 28 років, в період менструації з'являються болі внизу живота, шоколадні виділення з піхви. В анамнезі - хронічний аднексит. При бімануальному огляді зліва від матки визначається пухлиноподібне утворення розмірами 7×7 см нерівномірної консистенції, болюче при зміщенні, обмежено рухоме. Який найбільш вірогідний діагноз?

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

Х. Ситуаційні задачі

№1. Г., 24 роки. Ниючі, тягнучі болі внизу живота, які посилюються під час менструації і в перші дні після неї. Хворіє 2 роки. До того часу менструації були нормальними. Статеве життя з 20 років без порушень. Три роки тому родила здорову доношену дитину. Для запобігання вагітності користується презервативами. У дитинстві хворіла на кір. Нормальний сомато-сексуальний розвиток. Пульс - 76 уд./хв., АТ 120/70 мм.рт.ст. Живіт м'який, безболісний. Гінекологічний стан: матка нормальних розмірів, в антефлексії, рухома, безболісна; в ділянці лівих додатків пальпується мало рухома пухлина, помірно болюча, елатсичної консистенції, 10×15 см; на кістки тазу пухлина не переходить. Аналіз крові: ШОЕ - 14 мм/год, лейкоцитів - 8×10^9 . Помічено, що в середині менструального циклу пухлина менша, ніж безпосередньо перед менструаціями. Діагноз? Що робити?

№ 2. Г., 34 роки. Скаржиться на різкі болі внизу живота, які віддають у пряму кишку, періодичні закрепи. Болі циклічного характеру, різко посилюються під час дефекації, фізичної праці. В міжменструальному періоді незначні, а під час менструації - нестерпні. Хворіє 2 роки. Статеве життя з 24 років, останні 2 роки - болюче. Пологів - 2, абортів - 1. Останні пологи 8 років тому. Кілька разів у калі спостерігався слиз і кров. Пульс - 76 уд./хв., АТ - 120/80 мм.рт.ст. Живіт м'який, безболісний. Гінекологічний стан: матка нормальних розмірів, в антефлексії, додатки - без змін; позаду шийки матки пальпується твердий, болючий інфільтрат

з нерівною поверхнею та нечіткими межами; інфільтрат переходить на заднє склепіння та пряму кишку. Аналіз крові: ШОЕ - 16 мм/год, лейкоцитів - 8×10^9 .
Діагноз? Що робити?

№3. Хвора 26 років, поступила в клініку за направленням лікаря жіночої консультації для хірургічного лікування з приводу пухлини яєчника. Менструації були без відхилень від норми, остання менструація — 7 днів тому. Пологів — 2, абортів не було. Об'єктивно: шийка матки циліндрична, чиста. Матка нормальних розмірів, з гладкою поверхнею, обмежено рухома. Справа від матки визначається пухлина $12 \times 15 \times 10$ см, туго-еластичної консистенції, нерухома, чутлива при пальпації. Зліва додатки не визначаються. Виділення слизові. Під час операції встановлено ендометріоз яєчника. Діагноз? Що робити?

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. Магован, 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, V.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 № 319 «Уніфікований клінічний протокол первинної та спеціалізованої медичної допомоги «Тактика ведення пацієнток з генітальним ендометріозом» від 06.04.2016

4. МОЗ України Наказ № 2264 «Клінічна настанова, заснована на доказах «Аномальні вагінальні виділення»» від 15.12.2022
5. EAU. Guidelines of chronic pelvic pain. 2014. 132 p.
6. 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.
7. ESHRE guideline: management of women with endometriosis. Hum Reprod. 2014:400-12.
8. A practical guide to obstetrics and gynecology/ Richa Saxena, 2015
9. DC Duttas textbook on gynecology, six edition/ New Dehli-London-Philadelphia, 2013
10. Кравченко О.В, Карлійчук Є.С., Ясинська С.М. Акушерство і гінекологія. Obstetrics and Gynecology: (Educational manual). - Чернівці: БДМУ, 2012.