

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

Навчально-науковий інститут громадського здоров'я та профілактичної медицини

Навчально-науковий інститут Медицини

**кафедра Госпітального акушерства і гінекології
та післядипломної освіти**

МЕТОДИЧНІ ВКАЗІВКИ З ДИСЦИПЛІНИ

«АКУШЕРСТВО ТА ГІНЕКОЛОГІЯ»

НРК5 «Лабораторна діагностика в клінічній практиці (в тому числі акушерство та гінекологія; неврологія; психіатрія та наркологія; оториноларингологія; офтальмологія)»

Модуль 1 «Акушерство та гінекологія з оцінкою результатів досліджень»

Тема: «Доброякісні новоутворювання жіночих статевих органів: матки, яєчників, шийки матки. Фонові та передракові захворювання зовнішніх статевих органів, шийки матки, ендометрію. Дисгормональні захворювання молочної залози»

ДЛЯ СТУДЕНТІВ ІV КУРСУ Навчально-наукового інституту громадського здоров'я та профілактичної медицини

Освітній рівень: перший (бакалаврський)

Галузь знань: 22 «Охорона здоров'я та соціального забезпечення»

Спеціальність: 224 «Технології медичної діагностики та лікування»

Освітня програма: «Лабораторна діагностика»

«Затверджено»

На методичній нараді кафедри
Госпітального акушерства і гінекології

Та післядипломної освіти
протокол №1 від 28.08.2026 р.

Завідувач кафедри
професор Говсєєв Д.О.



Методична вказівка Модуль 1 «Акушерство та гінекологія з оцінкою результатів досліджень»

Тема: «Доброякісні новоутворювання жіночих статевих органів: матки, яєчників, шийки матки. Фонові та передракові захворювання зовнішніх статевих органів, шийки матки, ендометрію. Дисгормональні захворювання молочної залози»

для студентів за освітнім рівнем перший (бакалаврський), спеціальність І6 «Технології медичної діагностики та лікування», 4 курсу, Навчально-наукового інституту громадського здоров'я та профілактичної медицини

Розробники:

- завідувач кафедри Госпітального акушерства і гінекології та післядипломної освіти, д.м.н., професор Говсєєв Д.О.,
- професор кафедри Госпітального акушерства і гінекології та післядипломної освіти, д.мед.н. Лакатош В.П.,
- доцент кафедри Госпітального акушерства і гінекології та післядипломної освіти, к.мед.н. Цапенко Т.В.,
- доцент кафедри Госпітального акушерства і гінекології та післядипломної освіти, д.мед.н. Прощенко О.М.,
- доцент кафедри Госпітального акушерства і гінекології та післядипломної освіти, к.мед.н. Купчік В.І.
- асистент кафедри Госпітального акушерства і гінекології та післядипломної освіти, к.мед.н. Антонюк М.І.,

Тема «Доброякісні пухлини жіночих статевих органів: матки, яєчників»

I. Актуальність теми

В теперішній час відзначається значний ріст доброякісних пухлин жіночих статевих органів (матки та яєчників), який пов'язаний із впливом на організм жінок несприятливих чинників навколишнього середовища, нервово-психічною перенапругою, підвищенням частоти ендокринопатій, порушень менструального циклу, абортів, що відбувається на гормональній функції статевих залоз (гіпер- або гіпофункція яєчників). Відзначається збільшення частоти міоми матки та кіст яєчників у жінок молодого віку – до 35 років. Міома матки діагностується у кожної 4-5-ї жінки, що звертається до гінеколога. Поширеність захворювання збільшується з віком, досягаючи максимуму у 40-річних жінок. Патолого-гістологічний аналіз показав наявність міоми матки в 77% видалених під час гістеректомії маток. У структурі гінекологічних захворювань частота пухлин яєчників складає приблизно 6 – 12% і займає друге місце серед новоутворень жіночих статевих органів.

Доброякісні пухлини жіночих статевих органів можуть порушувати всі специфічні функції жіночого організму, а ускладнення, що розвиваються можуть загрожувати життю жінки.

II. Навчальні цілі

Ознайомитись ($\alpha=1$):

- із частотою доброякісних пухлин жіночих статевих органів.

Засвоїти ($\alpha=2$):

- Причини та патогенез розвитку доброякісних пухлин матки та яєчників.
- Класифікацію доброякісних пухлин матки та яєчників.
- Клініку доброякісних пухлин матки та яєчників.
- Діагностику доброякісних пухлин жіночих статевих органів.
- Диференціальну діагностику доброякісних пухлин матки та яєчників.

Оволодіти та удосконалити навички ($\alpha=3$):

- Збирати гінекологічний анамнез.

- Виконувати гінекологічне дослідження.
- Оцінювати результати додаткових методів дослідження (лабораторних, ультразвукових, ендоскопічних, інструментальних, гістологічних).

Вміти ($\alpha=4$):

- Зібрати анамнез і виділити ознаки, притаманні доброякісним пухлинам жіночих статевих органів.
- Скласти план обстеження для діагностики доброякісних пухлин жіночих статевих органів.
- Оцінити результати основного та додаткового обстеження при доброякісних пухлинах жіночих статевих органів.
- Провести діагностику доброякісних пухлин жіночих статевих органів.
- Провести диференціальну діагностику при доброякісних пухлинах жіночих статевих органів.
- Визначити тактику ведення хворої з різними формами доброякісних пухлин жіночих статевих органів.

III. Виховні цілі

- Виховна - навчити студентів відповідальності і послідовності в роботі, чуйності та толерантного відношення до вагітної, роділлі, породіллі;
- Наукова - навчити студентів логічного клінічного мислення на підставі нових для нього методів діагностики і лікування;
- Творча - надати можливість студенту самостійно вирішити нетипову задачу з самостійним вибором шляху вирішення;
- Відповідальна - розвинути у студентів почуття відповідальності за правильність професійних дій.

IV. Міждисциплінарна інтеграція:

Таблиця №

№ № з/п	Дисципліни	Знати	Вміти
Забезпечуючі дисципліни			
11.	Анатомія людини	Анатомію зовнішніх та внутрішніх статевих органів	Дати характеристику будови жіночих статевих органів
22	Гістологія	Гістологічну будову матки та яєчників	Оцінити результати гістологічного дослідження
33	Патологічна анатомія	Гістологічну будову пухлин	Оцінити результати гістологічного дослідження
4	Топографічна анатомія	Взаєморозташування жіночих статевих органів з органами сечовидільної та травної системи.	Диференціювати утворення органів малого тазу
5	Хірургія	Клініку та діагностику «гострого» живота, геморагічного шоку	Надати невідкладну допомогу при кровотечі, визначити тактику лікування при гострому животі
Забезпечувані дисципліни			
11	Сімейна медицина	Клініку, діагностику, методи лікування доброякісних пухлин матки, яєчників	Діагностувати і скласти план обстеження та лікування при доброякісних пухлинах, ендометріозі
Внутрішньопредметна інтеграція			
11.	Методи дослідження в гінекології	Основні та додаткові методи обстеження в гінекології	Провести гінекологічне обстеження. Оцінити результати клініко-лабораторних досліджень та додаткових методів обстеження

V. Зміст навчального матеріалу

Доброякісні пухлини матки.

1. Міома матки — це доброякісна дисгормональна пухлина, що розвивається з міометрія тіла або шийки матки. Терміни «лейоміома», «фіброміома», «міома» є синонімами і позначають розповсюджену пухлину матки, що виявляється у 70-80 % жінок, які досягли 50-річного віку.

2. Етіологія і патогенез

- гіперестрогенні стани через гормональні порушення в системі гіпоталамус-гіпофіз-яєчники: ановуляція, недостатність лютеїнової фази;
- порушення співвідношення факторів росту IGF-I/IGF-2;
- метаболічні порушення, функціональна недостатність печінки, порушення вуглеводного, ліпідного обмінів, патологія щитоподібної залози, наднирників та інші стани, що супроводжуються гіперестрогенією.

3. Класифікація

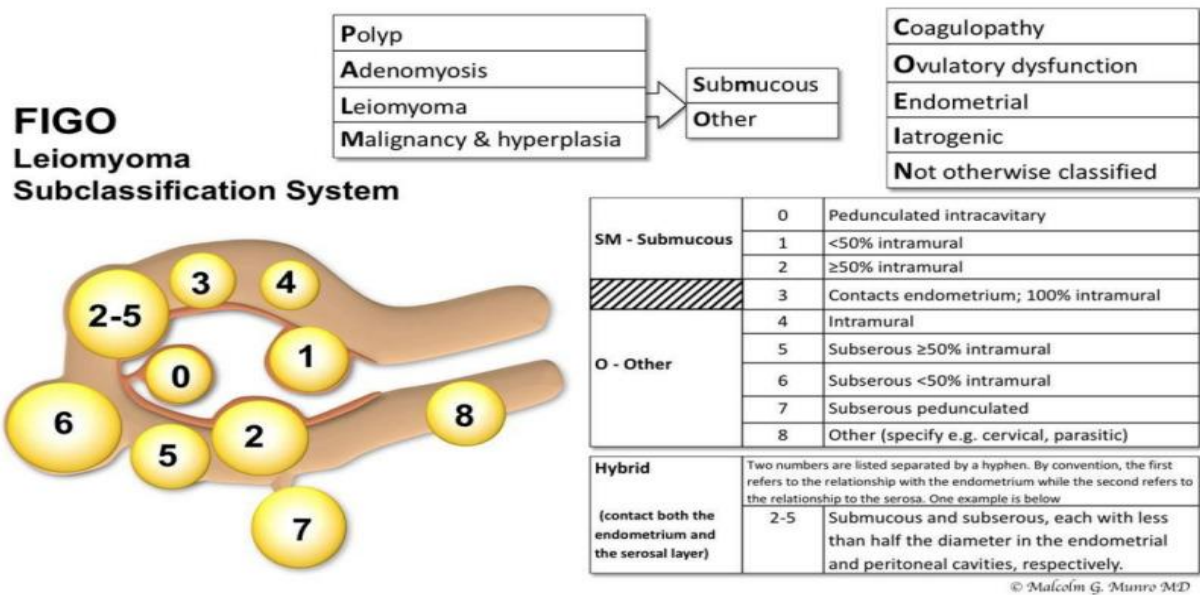
Відповідно до Міжнародної класифікації хвороб X перегляду лейоміома поділяється на:

- D25 Лейоміома матки;
- D25.0 Підслизова лейоміома матки;
- D25.1 Інтрамуральна лейоміома матки;
- D25.2 Субсерозна лейоміома матки;
- D25.9 Лейоміома матки неуточнена.

3.2. За кількістю вузлів:

- множинна міома – декілька вузлів різного розміру та локалізації;
- вузлова міома – один вузол однієї локалізації.

Класифікації FIGO (відома також як класифікація Мунро), PALM-COEIN



FIGO Leiomyoma Subclassification System, 2018 [30609040]. From: Fertility Sparing Management In Uterine Fibroids

4. Клінічна картина

4.1. Неускладнена міома

- при невеликих вузлах клінічні симптоми можуть бути відсутніми – асимптомна міома;
- аномальні маткові кровотечі (метрорагії, менорагії), характерні для субмукозних та інтерстиціальних вузлів;
- біль внизу живота, рідше в попереку;
- ознаки стиснення, порушення функцій сусідніх органів (дизурія, закрп, радикулалгічний синдром, парестезії), характерні для субсерозних та інтерстиціальних вузлів великого розміру, особливо при початкових стадіях дегенерації, перекруту вузла;
- безпліддя;
- вторинна анемія.

4.2. Ускладнена міома

- картина «гострого живота» - при некрозі, інфаркті, нагноєнні вузла, перекруті ніжки субсерозного вузла;
- різкий переймоподібний біль в нижніх відділах живота, часто з кровотечею, характерний для субмукозних вузлів, що народжуються;
- маткові кровотечі значного об'єму, що призводять до гіповолемії і потребують невідкладної допомоги.

5. Діагностика

- Бімануальне дослідження - визначається збільшення матки щільної консистенції з вузлуватою поверхнею.
- Ультразвукове дослідження (трансабдомінальне, трансвагінальне та контрастна соногістерографія) є найуживанішим методом через доступність, простоту використання та економічність.
- МРТ (за необхідності) є найбільш точним методом оцінки додатків та матки, оскільки вона також надає інформацію про розміри, розташування, кількість та васкуляризацію лейоміом, а також наявність іншої патології матки, включаючи аденоміоз та/або аденоміому.
- Гістероскопія – виявляються субмукозні вузли, стан ендометрія.
- Гістологічне дослідження зіскрібка з цервікального каналу та порожнини матки (для диференціальної діагностики при аномальних маткових кровотечах).

6. Диференціальна діагностика

- З кістами та пухлинами яєчників – на підставі УЗД, в складних випадках проводиться лапароскопія.
- З пухлинами суміжних органів (сечового міхура та кишечника) – на підставі УЗД, гістероскопії, МРТ, лапароскопії.

7.Тактика ведення

Більшість міом матки є безсимптомними і не потребують лікування. Проте, від 20 до 50% міом симптоматичні, що потребують лікування. У більшості жінок відбувається зменшення міоматозних вузлів і регрес симптомів в

постменопаузальному періоді; тому в залежності від тяжкості симптомів, жінки, які наближаються до менопаузи, можуть віддати перевагу очікуванню менопаузи до прийняття рішення про лікування.

7.1. Консервативне (медикаментозне) лікування:

- при бажанні хворої зберегти репродуктивну функцію;
- при малосимптомній міомі без ускладнень розміром менше 10-12 тижнів, інтерстиціальних та субсерозних (на широкій основі) вузлах;
- при наявності протипоказань до хірургічного лікування або інформованій відмові від нього;
- як підготовчий етап до операції.

7.2. Хірургічне лікування:

- при виражених симптомах міоми (значні кровотечі з анемізацією, порушення функції суміжних органів, больовий синдром);
- при розмірі міоми більше 12-13 тижнів;
- при швидкому рості (підозрі на малігнізацію);

8. Методи лікування

8.1. Консервативне (медикаментозне) лікування

8.1.1. Негормональні засоби:

8.1.2. Гормональне лікування:

8.2. Хірургічне лікування

Доброякісні пухлини яєчників.

1. Частота пухлин яєчників — 6-12% від кількості усіх гінекологічних захворювань, вони займають друге місце серед новоутворень жіночих статевих органів.

2. Етіологія і патогенез. Чітко не вивчені. Можливі причини: порушення нейроендокринної регуляції в гіпоталамо-гіпофізарно-яєчниковій системі. Пухлини яєчників можуть розвиватися із різних складових елементів і відрізняються поліморфізмом структури. Основна кількість (до 70-75%) пухлин яєчників є епітеліальними. Їх частіше іменують **кістомами** (ростуть за рахунок проліферації клітин, що їх утворюють).

Крім того, в яєчнику можуть розвиватися пухлиноподібні (непроліферативні, ретенційні, збільшуються у розмірі пасивно, за рахунок накопичення вмісту) утворення, які іменуються **кістами**. Ці утворення не є істинними пухлинами, але їх можна диференціювати між собою тільки при гістологічному дослідженні.

5. Діагностика

- Бімануальне дослідження - визначається збільшення яєчників (придатків матки) з одного або з обох боків від матки.
- Ультразвукове дослідження (трансвагінальне більш інформативне) – основний метод діагностики.
- МРТ (рідко).
- Лапароскопія - високоінформативний метод діагностики кіст і пухлин яєчників.
- Гістологічне дослідження матеріалу (частки яєчника або видаленого яєчника) після операції для оцінки ступеня ризику потенційної малігнізації.

6. Диференціальна діагностика

- З пухлинами матки – на підставі УЗД, в складних випадках проводиться лапароскопія.
- З пухлинами суміжних органів (сечового міхура та кишечника) – на підставі УЗД, гістероскопії, МРТ, лапароскопії.
- Диференціальна діагностика між кістами і пухлинами (кістомами) яєчників затруднена, проводиться на підставі УЗД (кісти мають невеликий розмір до 5 см, анехогенну структуру без включень, чіткі контури капсули), оцінки онкомаркерів (СА 125, HE -4), лапароскопії.

7. Тактика ведення

- Динамічне спостереження за утвореннями яєчників можливе тільки у молодих жінок (до 25 років) при відсутності їх росту не більше 6-12 місяців.

Методи хірургічного лікування

- Метод і обсяг операції залежить від віку хворої і характеру пухлини. За наявності невеликої пухлини у молодих жінок може бути виконана ендоскопічна операція чи лапаротомія. У випадку кісти яєчника можливо її видалення в обсязі здорових тканин (резекція).
- За наявності серозних пухлин, папілярних розростань на поверхні капсули, гормоно-продуктивних пухлин, у молодих жінок видаляється один яєчник, у жінок понад 45 років — обидва.

VI. План та організаційна структура заняття.

Таблиця №

№ з/п	Основні етапи заняття, їх функції та зміст	Цілі	Методи контролю і навчання	Матеріали методичного забезпечення	Час
1	2	3	4	5	6
Підготовчий етап					
I	Організаційні заходи				2%
II	Постановка навчальних цілей та мотивація			Див.п.2 Навчальні цілі” Див.п.1 Актуальність теми	3%
III	Контроль вихідного рівня знань, навиків, вмінь: -Причини та патогенез розвитку доброякісних пухлин матки та яєчників. -Класифікація доброякісних пухлин матки та яєчників. -Клініка доброякісних пухлин матки та яєчників -Діагностика доброякісних пухлин жіночих статевих органів -Диференціальна діагностика доброякісних пухлин матки та яєчників -Лікарська тактика при доброякісних пухлинах жіночих статевих органів -Методи лікування доброякісних пухлин матки та яєчників (консервативні, оперативні) -Методи профілактики виникнення доброякісних пухлин жіночих статевих органів	($\alpha=2$)	- індивідуальне теоретичне опитування - тестовий контроль - рішення типових задач	- питання для теоретичного опитування - тести - типові задачі -структурно-логічні схеми, таблиці - муляжі	15%
Основний етап					
IV	<i>Формування професійних навичок:</i> - Збирати гінекологічний анамнез - Виконувати гінекологічне дослідження.	($\alpha=3$)	Метод формування навичок: практичний тренінг	Алгоритми методів обстеження гінекологічних хворих, муляжі для тренінгу,	65%

	<i>Формування професійних вмінь:</i> -Зібрати анамнез і виділити ознаки, притаманні доброякісним пухлинам жіночих статевих органів -Скласти план обстеження для діагностики доброякісних пухлин жіночих статевих органів -Оцінити результати основного та додаткового обстеження при доброякісних пухлинах жіночих статевих органів -Провести діагностику доброякісних пухлин жіночих статевих органів -Провести диференціальну діагностику при доброякісних пухлинах жіночих статевих органів -Визначити тактику ведення хворої з різними формами доброякісних пухлин жіночих статевих органів -Призначити лікування при наявності показань до консервативної терапії міоми матки -Визначати показання до хірургічного лікування при доброякісних пухлинах жіночих статевих органів -Скласти план щодо реабілітації хворих з доброякісними пухлинами жіночих статевих органів	($\alpha=4$)	Метод формування вмінь: тренінг у вирішенні типових і нетипових ситуаційних задач - реальних клінічних, імітованих, тестових	гінекологічний інструментарій, Тематичні хворі, історії хвороби; УЗД –знімки або УЗД в реальному часі, результати інших додаткових методів обстеження, ситуаційні задачі IV рівня, інтерактивні завдання.	
Підсумковий етап					
V	Контроль та корекція рівня практичних навиків.	($\alpha=3$)	Індивідуальний контроль практичних навиків	Тематичні хворі, муляжі Гінекологічний інструментарій	20%
	Контроль та корекція рівня професійних вмінь	($\alpha=4$)	Аналіз результатів клінічної роботи студентів, рішення задач і тестів IV рівня	Результати клінічної роботи, нетипові задачі і тести IV рівня	
	Підведення підсумків заняття: Теоретичного, практичного, організаційного		Підсумкове оцінювання студентів за критеріями знань, навиків, вмінь		
VI	Домашнє завдання			Орієнтовна карта для самостійної роботи з літературою. Рекомендована література (основна, додаткова, електронні джерела)	

VII. Матеріали методичного забезпечення заняття

7.1. Матеріали контролю для підготовчого етапу заняття

Питання ($\alpha=2$):

1. Причини та патогенез розвитку доброякісних пухлин матки та яєчників.
 1. Класифікація доброякісних пухлин матки та яєчників.
 2. Клініка доброякісних пухлин матки та яєчників
 3. Діагностика доброякісних пухлин жіночих статевих органів
 4. Диференціальна діагностика доброякісних пухлин матки та яєчників
 5. Лікарська тактика при доброякісних пухлинах жіночих статевих органів

Типові ситуаційні задачі ($\alpha=2$):

1. Жінка, 35 років, звернулась до лікаря жіночої консультації з приводу рясних, довготривалих менструацій. При вагінальному обстеженні встановлено, що матка збільшена до 9-10 тижнів вагітності, щільна, нерівної поверхні. Придатки матки не визначаються. Параметрії вільні, склепіння глибокі. Який імовірний діагноз? Які додаткові методи дослідження для встановлення кінцевого діагнозу?
2. Жінка, 38 років, звернулась до лікаря жіночої консультації із скаргами на відчуття тяжкості внизу живота. З анамнезу – вагітності не було, лікувалася з приводу безпліддя. Менструації регулярні. При вагінальному обстеженні встановлено: матка не збільшена, безболісна, справа від матки пальпується утворення розміром 12-15 см, рухоме, безболісне, тугоеластичної консистенції. Ліві придатки не визначаються; параметрії вільні, склепіння глибокі. Який імовірний діагноз? Які додаткові методи дослідження для встановлення кінцевого діагнозу?

Типові тестові завдання ($\alpha=2$):

1. Основним етіологічним фактором розвитку міоми матки вважається:
 - A. Надлишок андрогенів.
 - B. Надлишок естрогенів.
 - C. Надлишок гестагенів.
 - D. Надлишок кортикостероїдів.

2. Якої локалізації міоматозні вузли найчастіше супроводжуються матковою кровотечею (метрорагією, менорагією)?
 - A. Субмукозні.
 - B. Субсерозні.
 - C. Інтралігаментарні.
 - D. Шийкові.

Типові тестові задачі ($\alpha=2$):

1. Жінка, 37 років, спостерігається в жіночої консультації з приводу множинної міоми матки 9-10 тижнів, один з вузлів величиною до 5 см, розташований субсерозно, на ніжці. На час огляду скарг немає. Які можливі ускладнення міоми матки?
 - A. Перекрут ніжки субсерозного вузла.
 - B. Некробіоз вузла.
 - C. Нагноєння вузла.
 - D. Всі відповіді вірні.
 - E. Всі відповіді невірні.

2. Жінка, 24 роки, доставлена в гінекологічне відділення з ознаками «гострого живота». Після обстеження встановлений діагноз: перекрут ніжки кісти лівого яєчника, показано оперативне лікування. Які утворення входять в «хірургічну» ніжку кісти яєчника, при її перекруті?
 - A. Власна зв'язка яєчника, воронкотазова зв'язка, кругла маткова зв'язка.

В. Власна зв'язка яєчника, воронкотазова зв'язка, крижево-маткова зв'язка.

С. Власна зв'язка яєчника, воронкотазова зв'язка, маткова труба.

Д. Воронкотазова зв'язка, маткова труба, широка зв'язка матки.

Завдання для формування вмінь ($\alpha=4$):

1. Зібрати анамнез і виділити ознаки, притаманні доброякісним пухлинам жіночих статевих органів.
2. Скласти план обстеження для діагностики доброякісних пухлин жіночих статевих органів.
3. Оцінити результати основного та додаткового обстеження при доброякісних пухлинах жіночих статевих органів.
4. Провести діагностику доброякісних пухлин жіночих статевих органів.
5. Провести диференціальну діагностику при доброякісних пухлинах жіночих статевих органів.

Використана література:

1. Електронний документ «Клінічна настанова, заснована на доказах «Лейоміома матки», КН 2023-147 від 25.01.2023.
2. Стандарти медичної допомоги «Лейоміома матки», ГС 2023-147 від 25.01.2023
3. Уніфікований клінічний протокол «Тактика ведення пацієнток із генітальним ендометріозом» Наказ Міністерства охорони здоров'я України 06.04.2016 № 319
4. Клінічний протокол «Гінекологічна ендоскопія. Лапароскопія» Наказ Міністерства охорони здоров'я України №676 від 31-12-2004
5. Marshall LM, Spiegelman D, Barbieri RL, Goldman MB, Manson JE, Colditz GA, et al. Variation in the incidence of uterine leiomyoma among

- premenopausal women by age and race. *Obstet Gynecol* 1997;90:967–73.
6. Cramer SF, Patel A. The frequency of uterine leiomyomas. *Am J Clin Pathol* 1990;94:435–8.
 7. Munro, M. G., Critchley, H. O., Broder, M. S., Fraser, I. S., & FIGO Working Group on Menstrual Disorders. (2011). FIGO classification system (PALM-COEIN) for causes of abnormal uterine bleeding in nongravid women of reproductive age. *International Journal of Gynecology &Obstetrics*, 113(1), 3-13.
 8. Maruo T, Ohara N, Yoshida S, Nakabayashi K, Sasaki H, Xu Q, et al. Translational research with progesterone receptor modulator motivated by the use of levonorgestrel-releasing intrauterine system. *Contraception* 2010;82:435–41.
 9. Englund K, Blanck A, Gustavsson I, Lundkvist U, Sjöblom P, Norgren A, et al. Sex steroid receptors in human myometrium and fibroids: changes during the menstrual cycle and gonadotropin-releasing hormone treatment. *J Clin Endocrinol Metab* 1998 11;83:4092–6.
 10. Magalhães J, Aldrighi JM, de Lima GR. Uterine volume and menstrual patterns in users of the levonorgestrel-releasing intrauterine system with idiopathic menorrhagia or menorrhagia due to leiomyomas. *Contraception* 2007;75:193–8.
 11. Verspyck E, Marpeau L, Lucas C. Leuprorelin depot 3.75 mg versus lynestrenol in the preoperative treatment of symptomatic uterine myomas: a multicentre randomised trial. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2000;89:7–13.
 12. Sangkomkamhang US, Lumbiganon P, Laopaiboon M, Mol BW. Progestogens or progestogenreleasing intrauterine systems for uterine fibroids. *Cochrane Database Syst Rev* 2013;2:CD008994.
 13. Carranza-Mamane B, Havelock J, Hemmings R; Society of Obstetrics and Gynaecology Canada Reproductive Endocrinology and Infertility

- Committee. The management of uterine fibroids in women with otherwise unexplained infertility. SOGC Clinical Practice Guidelines. J Obstet Gynaecol Can 2015
14. Sangkomkamhang US, Lumbiganon P, Laopaiboon M, Mol BW. Progestogens or progestogen-releasing intrauterine systems for uterine fibroids. Cochrane Database Syst Rev 2013;2:CD008994
 15. Friedman AJ, Daly M, Juneau-Norcross M, Rein MS, Fine C, Gleason R, et al. A prospective, randomized trial of gonadotropin-releasing hormone agonist plus estrogen-progestin or progestin “add-back” regimens for women with leiomyomata uteri. J Clin Endocrinol Metab 1993;76:1439–45.
 16. Ke LQ, Yang K, Li J, Li CM. Danazol for uterine fibroids. Cochrane Database Syst Rev 2009;3:CD007692.
 17. Kawaguschi K, Fujii S, Konishi I, Nanbu Y, Nonogaki H, Mori T. Mitotic activity in uterine leiomyomas during the menstrual cycle. Am J Obstet Gynecol 1989;160:637–41. 82. Kawaguschi K, Fujii S, Konishi I, Iwai T, Nanbu Y, Nonogaki H, et al. Immunohistochemical analysis of oestrogen receptors, progesterone receptors and Ki-67 in leiomyoma and myometrium during the menstrual cycle and pregnancy. Virchows Arch A Pathol Anat Histopathol 1991;419:309–15.
 18. Donnez J, Tatarchuk TF, Bouchard P, Puscasiu L, Zakharenko NF, Ivanova T, et al. Ulipristal acetate versus placebo for fibroid treatment before surgery. N Engl J Med 2012;366:409–20
 19. Lefebvre G, Allaire A, Jeffrey J, Vilos G. Hysterectomy; Society of Obstetricians Clinical Practice Committee. SOGC Clinical Practice Guidelines, No. 109, January 2002. J Obstet Gynaecol Can 2002;24:37–48
 20. O-RADS US Risk Stratification and Management System: A Consensus Guideline from the ACR Ovarian-Adnexal Reporting and Data System Committee

21. Rochelle F. Andreotti, Dirk Timmerman, Lori M. Strachowski, Wouter Froyman, Beryl R. Benacerraf, Genevieve L. Bennett, Tom Bourne, Douglas L. Brown, Beverly G. Coleman, Mary C. Frates, Steven R. Goldstein, Ulrike M. Hamper, Mindy M. Horrow, Marta Hernanz-Schulman, Caroline Reinhold, Stephen L. Rose, Brad P. Whitcomb, Wendy L. Wolfman, and Phyllis Glanc Radiology 2020 294:1, 168-185

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

I. Актуальність теми

Рання діагностика злоякісних пухлин жіночих зовнішніх статевих органів та молочних залоз є одною з актуальних проблем, в зв'язку з тим, що у 75% відсотках випадків захворювання виявляють у занедбаних стадіях, хоча ця локалізація рака відноситься до візуальних форм, тобто таких, які можливо побачити встановити діагноз на ранніх стадіях та провести лікування. Тому найбільш актуальним є профілактика та лікування фонових захворювань та дисплазії вульви. Треба звернути увагу на появу у молодих жінок дисплазій зовнішніх статевих органів, що обумовлено великим рівнем інфікованості цієї вікової категорії на вірусні інфекції, а саме вірус папіломи людини та віруси герпесу

II. Навчальні цілі

Ознайомитись ($\alpha=1$),

- із частотою фонових та передракових станів жіночих статевих органів та молочних залоз .

Засвоїти ($\alpha=2$) :

- Причини та патогенез розвитку фонових та передракових станів шийки матки та ендометрію та молочних залоз

- Фактори ризику фонових та передракових станів шийки матки та ендометрію та молочних залоз

- Класифікацію фонових та передракових станів шийки матки та ендометрію та молочних залоз.

- Діагностику фонових та передракових станів шийки матки та ендометрію та молочних залоз.

- Клініку фонових та передракових станів шийки матки та ендометрію та молочних залоз

•Методи профілактики виникнення фонових та передракових станів шийки матки та ендометрію та молочних залоз

Оволодіти та удосконалити навички ($\alpha=3$):

•Збирати гінекологічний анамнез

•Виконувати гінекологічне дослідження.

•Оцінювати результати додаткових методів дослідження (лабораторних, ультразвукових, ендоскопічних, інструментальних, гістологічних).

Вміти ($\alpha=4$):

•Зібрати анамнез і виділити ознаки, притаманні фонових та передраковим станам шийки матки та ендометрію та молочних залоз.

•Скласти план обстеження для діагностики фонових та передракових станів шийки матки та ендометрію та молочних залоз.

•Оцінити результати основного та додаткового обстеження при фонових та передракових станах шийки матки та ендометрію та молочних залоз.

•Провести діагностику фонових та передракових станів шийки матки та ендометрію та молочних залоз.

•Визначити фактори ризику виникнення фонових та передракових станів шийки матки та ендометрію та молочних залоз.

№ п/п	Дисципліни	Знати	Вміти
Забезпечуючі дисципліни			
1.	Анатомія людини	Анатомію зовнішніх та внутрішніх статевих органів	Дати характеристику будови жіночих статевих органів
2	Гістологія	Гістологічну будову матки ,молочних залоз	Оцінити результати гістологічного дослідження
3	Патологічна анатомія	Гістологічну будову фонових та передракових станів шийки матки та ендометрію та молочних залоз	Оцінити результати гістологічного дослідження
	Топографічна анатомія	Взаєморозташування жіночих статевих органів з органами сечовидільної та травної системи.	Диференціювати утворення органів малого тазу
	Хірургія	Клініку та діагностику «гострого» живота, геморагічного шоку	Надати невідкладну допомогу при кровотечі, визначити тактику лікування при гострому животі
Забезпечувані дисципліни			
1	Сімейна медицина	Клініку, діагностику, методи лікування фонових та передракових станів шийки матки та ендометрію та молочних залоз	Діагностувати і скласти план обстеження та лікування при фонових та передракових станах шийки матки та ендометрію та молочних залоз
Внутрішньопрідметна інтеграція			
1.	Методи дослідження в гінекології	Основні та додаткові методи обстеження в гінекології	Провести гінекологічне обстеження. Оцінити результати клініко-лабораторних досліджень та додаткових методів обстеження

III. Виховні цілі

- Виховна (навчити студентів відповідальності і послідовності в роботі, чуйності та толерантного відношення до вагітної, роділлі, породіллі, гінекологічної хворої);
- Наукова (навчити студентів логічного клінічного мислення на підставі нових для нього методів діагностики і лікування);
- Творча (надати можливість студенту самостійно вирішити нетипову задачу з самостійним вибором шляху вирішення);
- Відповідальна (розвинути у студентів почуття відповідальності за правильність професійних дій).

IV. Міждисциплінарна інтеграція:

V. Зміст навчального матеріалу

Групи високого ризику по раку жіночих статевих органів:

I – жінки, яким загрожує рак ЗСО, крауроз, лейкоплакія, еритроплакія вульви і піхви.

II – жінки, яким загрожує рак ш/м, ектопія, ерозійований ектропіон, лейкоплакія і дисплазія ш/м.

III – жінки, яким загрожує розвиток раку тіла матки, ускладнений онкологічний анамнез, нейроендокринні порушення, порушення овуляції, гіперплазія ендометрія, гормонально активні пухлини яєчників, міома матки.

IV – жінки, яким загрожує рак яєчників, операції на яєчниках, кісти яєчників, хронічні запалення придатків, дисфункція яєчників, дброякісні пухлини яєчників

V – жінки, яким загрожує рак маткових труб, хронічні рецидивуючі запалення придатків матки

Фактори ризику раку шийки матки

-Інфікування вірусом папіломи людини (ВПЛ). ДНК ВПЛ визначається в 75 - 100% випадків раку шийки, в 77 - 94% випадків цервікальної інтраепітеліальної неоплазії (дисплазії) різного ступеня та в 30 - 70% при нормальній цитологічній картині.

Нині відомо понад 150 типів ВПЛ, майже 40 з яких інфікують аногенітальну ділянку. Їх поділено на 2 великі групи: високоонкогенні віруси, що спричиняють рак у багатошаровому плоскому та циліндричному епітеліях (їх відомо вже 15 типів: 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 56, 68, 73, 82, 26, 52, 53-й), і низькоонкогенні, які найчастіше призводять до пухлинних і передракових захворювань у багатошаровому плоскому епітелії. Детально вивчено нині 14 типів: 6, 11, 34, 40, 42, 43, 44, 54, 55, 61, 62, 70, 71 Найбільший ризик розвитку раку шийки матки пов'язаний з типами **16, 18, 31**, а також **33, 35, 45** ВПЛ. У той же час кількість інфікованих ВПЛ значно більше порівняно з частотою випадків передракових захворювань і раку шийки матки.

Щорічно у світі реєструються десятки і сотні мільйонів інфікованих ВПЛ, і у більшості вірус елімінується самостійно без будь-якого лікування. Тільки у незначної частини жінок з'являється цервікальна інтраепітеліальна неоплазія II і III ступеня.

- **Ранній початок статевого життя (до 16 років).** Вважається, що в молодому віці епітелій вагінальної частини шийки матки має більшу сприйнятливість до канцерогенних факторів, насамперед за рахунок підвищеної кількості глікогену. Можливо, має значення більш тривалий вплив канцерогенних факторів на шийку матки. Проте зазначений фактор ризику визнається не всіма дослідниками.

-**Велика кількість статевих партнерів.** Частота інвазивного раку шийки матки прямо пропорційна кількості статевих партнерів протягом життя пацієнта.

-**Чоловічий фактор.** Висока зустрічальність ВПЛ у чоловіків відзначена в тих країнах, де виявлено найбільшу кількість інвазивного раку шийки матки. Відзначено, що у пацієнтів з раком шийки матки чоловіки частіше хворіли секс трансмісивними інфекціями, були схильні до ризикованої статевої поведінки, мали контакти з повіями.

-**Велика кількість вагітностей.** Зі збільшенням кількості вагітностей зростає і ризик розвитку цервікальної карциноми: у жінок, що мали 4 і більше вагітностей ризик розвитку раку шийки матки в середньому в 2 рази вище, а при наявності 4 і більше пологів в 3 рази вище, ніж у жінок, які не мали вагітності

-**Низький соціально - економічний статус.** Близько 80% всієї онкологічної патології шийки матки зустрічається в країнах, що розвиваються, що пов'язано як з браком коштів для проведення скринінгу, так і з низьким культурним рівнем населення в цих державах. Крім того, у жінок низького соціального статусу в цервікальному слизі частіше визначаються ВПЛ онкогенних штамів.

-**Куріння,** в тому числі пасивне. У жінок, які палять, а також у тих, які не курять, але перебувають в оточенні тютюнового диму протягом не менше ніж

3 години на добу, в цервікальному слизі визначаються нікотин, контінін і тютюн-специфічні N -нітрозаміни, які викликають пошкодження ДНК шийного епітелію і порушують локальний клітинну імунну відповідь. Доведено, що у таких жінок частота розвитку раку шийки матки вище, в порівнянні з загальною популяцією в 3 - 8 разів.

-Інфікування ВІЛ. Інвазивний рак шийки матки входить до переліку станів, характерних для синдрому набутого імунodefіциту (СНІДу). У ВІЛ інфікованих частота народження патології шийки матки вище, ніж без ВІЛ інфекції. ВІЛ є також кофактором ВПЛ у розвитку патології шийки матки, хоча механізм їх взаємодії до кінця не ясний.

-Прийом імуносупресантів. Імуносупресанти (глюкокортикоїди, цитостатики) пригнічують клітинну імунну відповідь і сприяють виникненню і прогресуванню цервікального раку.

-Контрацепція. Використання бар'єрних методів, особливо в поєднанні зі сперміцидами, знижує ризик захворювання на рак шийки матки. Вплив на частоту захворювання прийому комбінованих оральних контрацептивів (КОК) не доведено.

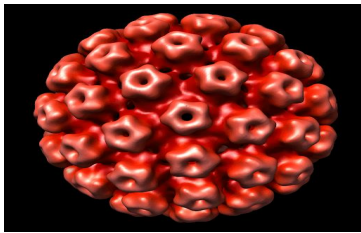
-Раса. Вихідці з Африки та Латинської Америки захворюють в 2 рази частіше порівняно з європейцями. Представники народів Азії захворюють з однаковою з європейцями частотою або рідше.

Слід зазначити: зв'язок захворювання цервікальної неоплазії та інфікування *Chlamydia trachomatis*, *Herpesvirus 2* типу, *Cytomegalovirus* не доведена.

Вірус папіломи людини - це поширена інфекція генітального тракту. Даний збудник зустрічається практично у кожного шостого жителя планети. При зараженні збудник потрапляє в епітеліальні клітини, порушуючи процес ділення, активує розвиток різних захворювань. Переважно, вірус вражає органи сечостатевої системи, аноректальну область. Захворювання, які виникають при зараженні ВПЛ:

1. Формування гострих кондилом.
2. Розвиток папіломатозу респіраторного тракту.
3. Ураження статевих органів з розвитком пухлинного процесу.

Практично 70% населення є носіями збудника без клінічних проявів захворювань. Також можливе повторне зараження інфекцією протягом життя. Бо не у всіх перехворілих папіломовірусною інфекцією виникає стійкість до вірусу.



Типи ВПЛ

В даний час відомо більше 150 типів ВПЛ. Деякі з них відносно безпечні для здоров'я людини, інші можуть активувати розвиток онкологічних процесів. Найчастіше клінічні ознаки захворювання на перших етапах не проявляються. Зазвичай перші симптоми виникають після дії провокуючих факторів.

За онкологічною активністю такі віруси класифікують на:

1. Штами з високим онкогенним ризиком (18, 16, 31, 33 і т.д.)
2. Штами з низьким онкогенним ризиком (6, 11, 32, 40-44, 72)

Низькоонкогенні штами вірусів призводять до виникнення бородавок і папілом шкірних покривів на поверхні тіла.

Високоонкогенні штами викликають утворення кондилом в аногенітальній зоні, на поверхні шийки матки у жінок і статевого члена у чоловіків. Тривала дія на організм 16,18, 31,33 типів вірусу може призвести до дисплазії шийки матки і більш небезпечного захворювання - раку шийки матки.

Інфікуються даними збудником однаково часто жінки і чоловіки.

Основним шляхом передачі прийнято вважати статевий. Зазвичай ВПЛ заражаються після першого статевого контакту, але виділяють і інші шляхи передачі інфекції:

1. Вертикальний. Тобто, під час проходження по родових шляхах жінки інфікованої ВПЛ, новонароджений може заразитися.
2. Аутоінокуляційний. Можливе самозараження (перенесення з однієї ділянки тіла на іншу) під час проведення епіляції або гоління.
3. Контактно-побутовий. Вірус папіломи людини деякий час залишається життєздатним в навколишньому середовищі. Тому ним можна заразитися після відвідування громадських місць (лазня, спортивний зал, басейн).
4. Контактний. Можливе зараження через ранову поверхню на шкірі або слизових оболонках (ссадна, рани, забої).
5. Статевий. Найпоширеніший шлях зараження.

Заразитися вірусною інфекцією може кожен. Щоб своєчасно її діагностувати, потрібно проходити профілактичні огляди у лікаря, для визначення перших симптомів патології.



Основні прояви інфекції

Наявність папіломовірусної інфекції може тривалий час не мати клінічних проявів. Інкубаційний період хвороби може тривати кілька років, протягом яких пацієнт може заражатися різними типами вірусу. Тільки після

впливу провокуючих факторів (імунодефіцит, переохолодження, стресові ситуації) можна спостерігати ознаки ВПЛ інфекції. У більшості випадків протягом 1-2 років відбувається самолікування від цієї інфекції, але у деяких пацієнтів патологія переходить в хронічну форму.

Захворювання може проявлятися такими утвореннями:

1. **Генітальні бородавки** (гострі кондиломи). Зовні - це сосочкоподібні розростання, які за формою нагадують цвітну капусту або гребінь. Вони мають тілесний або рожевий колір, можуть бути одиничними або множинним. Можуть утворюватися повсюдно, але частіше за все зустрічаються на шкірі та слизовій статевих органів. Утворення характеризуються низьким онкогенним потенціалом. Вони рідко перетворюються в злоякісні новоутворення, зазвичай не заподіюють дискомфорту пацієнту.



2. **Плоскі кондиломи**. Мають характерну будову - не виступають над поверхнею слизової оболонки ураженого органу. Такі утворення мають високий онкологічний потенціал, тому вимагають більш ретельної діагностики. Зазвичай розташовуються на слизовій оболонці стінок піхви, уретри, шийки матки. Для діагностики характеру кондиломи потрібне проведення біопсії.



3. Дисплазія. Характеризується порушенням диференційованої будови тканини. Часто виникає наявність нетипових клітин, які можуть стати причиною розвитку онкологічної патології. Вимагає ретельного спостереження, а при необхідності, хірургічної корекції.



Кожна з форм патології повинна ретельно спостерігатися лікарем. Для зниження ризику розвитку онкологічного процесу рекомендується видаляти такі розростання на шкірі та слизових.

Діагностика ВПЛ

Діагностувати наявність ВПЛ потрібно поетапно, для цього використовується ряд фізикальних, лабораторних та інструментальних досліджень.

1. Огляд лікарем. З його допомогою можна виявити наявність бородавок. При виявленні кондилом в аногенітальній області, проводиться обов'язково дослідження шийки матки. Також можливе проведення уретроскопії.

2. Кольпоскопія. Проводять специфічні тести з оцтовою кислотою і розчином Люголя. З їх допомогою можна визначити наявність атипових клітин, ознаки ВПЛ інфекції та раку шийки матки.

3. Цитологічне дослідження. Забирають мазки слизової шийки матки по Папаніколау. Це скринінгове дослідження на наявність передракових і онкологічних клітин в стінці піхви або шийки матки.

Також можуть проводитися гістологічне дослідження тканин, виявлення захворювань, що передаються статевим шляхом з якими часто асоціюється

ВПЛ інфекція. Високу діагностичну цінність має метод ПЛР. З його допомогою можна ідентифікувати штам ВПЛ.

Лікування ВПЛ

Повністю усунути вірус з організму пацієнта неможливо. Лікар може боротися тільки з наслідками життєдіяльності інфекційного агента. В якості загальної терапії можуть застосовуватися симптоматичні засоби, протівірусні та препарати, що стимулюють імунні процеси.

Для боротьби з різними видами кондилом можуть застосовуватися:

1. Кріодеструкція, електрокоагуляція, припікання лазером або хімічними речовинами. Такі методи ефективні для позбавлення від гострих кондилом.
2. Для видалення ураженої ділянки на поверхні шийки матки (дисплазія, кондилома) застосовують електрохірургічні методи лікування.



Профілактика ВПЛ

Для того, щоб запобігти розвитку захворювання використовуються різні методи. Найефективніші - це:

1. Моногамні відносини. Ви займаєтеся сексом тільки з людиною, для якого Ви - єдиний статевий партнер. Цей метод дозволить убезпечити себе від всіх інфекцій, що передаються статевим шляхом, в тому числі і ВПЛ.
2. Застосування бар'єрної контрацепції. Це легкий, доступний, але не завжди 100% для запобігання від інфекції. Пацієнт може заразитися вірусом, навіть при зіткненні з ділянкою пошкоджених шкірних покривів.

3. Періодичні профілактичні огляди. Дівчатам необхідно регулярно проходити огляд у гінеколога. Таким чином можна виявити перші ознаки захворювання і вчасно почати його лікування.

4. Вакцинація. Це ефективний і зручний профілактичний метод. Вакцинація може проводитися і у чоловіків і у жінок. Існують наступні вакцини:

Церварикс (бівалентна проти 16 і 18 типу).

Гардасил (тетравалентна 16, 18, 6, 11 тип).

Найбільш ефективно проведення вакцинації до початку статевого життя (застосування дозволено з 9 років). Або особам живуть статевим життям при відсутності протипоказань

Скринінг раку шийки матки

У перекладі з англійської мови слово screening означає відбір, просіювання або убезпечення від чого-небудь неприємного. Під скринінгом в онкології розуміють систему заходів вторинної профілактики, яка спрямована на діагностику передракових і ранніх стадій ракових захворювань.

ACS рекомендує розпочинати скринінг раку шийки матки жінкам у віці 25 років та проходити первинне тестування на вірус папіломи людини (ВПЛ) кожні 5 років у віці до 65 років (бажано). Якщо первинне тестування на ВПЛ недоступне, особи у віці від 25 до 65 років повинні проходити котестинг (тестування на ВПЛ у поєднанні з цитологією) кожні 5 років або лише цитологію кожні 3 роки (прийнятно). (Сильна рекомендація). Котестинг або лише цитологічне дослідження є прийнятними варіантами скринінгу на рак шийки матки, оскільки доступ до первинного тесту на ВПЛ, затвердженого FDA, може бути обмеженим в певних умовах. Оскільки Сполучені Штати здійснюють перехід до первинного тестування на ВПЛ, використання як котестингу, так і цитології для скринінгу на рак шийки матки не буде включено до майбутніх рекомендацій.

Часто скринінгу повинна бути **один** раз в рік. При наявності 3 послідовних негативних результатів частота може становити **1 раз на 3 роки**.

Методи виявлення попередників цервікального раку.

Що робити, якщо виявлено патологічний тип мазка?

Треба звернутися до лікаря-гінеколога для детального обстеження. Річ у тому, що результат цитологічного скринінгового дослідження не є підставою для встановлення діагнозу й тим більше призначення лікування!

Які додаткові обстеження проводить лікар, щоб поставити точний діагноз?

1) Кольпоскопію — це огляд шийки матки за допомогою оптичного приладу з додатковим освітленням і збільшенням. Метод дає змогу виявити передрак і початковий рак шийки матки, яких не видно під час звичайного гінекологічного огляду. Завдання кольпоскопії:

- адекватний огляд зони трансформації - місця зіткнення багат шарового плоского незроговілого епітелію вагінальної частини шийки матки і одношарового циліндричного епітелію цервікального каналу, яка є джерелом 90% онкологічної патології шийки матки

- уточнити топографію процесу
- вибрати місце для проведення прицільної біопсії.

Застосування кольпоскопії як процедури скринінгу не рекомендується !!!

2) Прицільну біопсію — за допомогою щипчиків беруть зразок тканини шийки матки з патологічного вогнища для гістологічного дослідження та встановлення діагнозу.

3) Зіскрібок цервікального каналу (кюретаж) і порожнини матки (за показаннями) — це зіскрібання тканини цервікального каналу для гістологічного дослідження, щоб визначити поширення ураження шийки матки. Усі ці процедури практично безболісні й не вимагають знеболення.

- Матеріал з вагінальної частини шийки матки береться шпателем Ейра відповідного розміру, а з цервікального каналу ендоцервікальної щіткою; в матеріалі обов'язково повинні бути присутніми клітини із зони трансформації;

- Взяття матеріалу необхідно виробляти на 10 - 18 день циклу (від 1 - го дня останньої менструації);

- Не спринцюватися протягом 48 годин перед тестом;

- Не застосовувати тампони, вагінальні креми за 48 годин перед тестом;

- Утримуватися від статевих контактів протягом 48 годин перед тестом.

Для інтерпретації PAP - мазків в даний час користуються рекомендаціями Американського товариства з кольпоскопії та патології шийки матки, які були затверджені в 1988 році, переглянуті і доповнені в 2001 році (таблиця 2).

4)Визначення онкогенних штамів ВПЛ

Встановлено, що від 30 до 70% всіх жінок, що ведуть статеве життя, інфіковані вірусом папіломи людини, з яким пов'язана більшість випадків CIN II, CIN III, а також доінвазивної та інвазивної карциноми. Механізм онкогенного дії ВПЛ до кінця не зрозумілий, однак проведеними дослідженнями показано, що вбудовується в геном господаря ДНК вірусу блокує ген E2 і починає відтворювати так звані онкобілки E6 і E7, які інгібують природні онкосупресори, приводячи до активації клітинного росту (мал. 1).

ВПЛ-тест застосовують:

- під час первинного скринінгу в жінок, віком понад у поєднанні з цитологічним дослідженням у країнах з організованим цитологічним скринінгом;

- як самостійний тест у тих країнах, де немає або не організовано цитологічний скринінг;

- у разі невизначеного результату цитологічного дослідження;

- для моніторингу після лікування ЦІН 2–3 і початкових форм РШМ.

Первинний скринінг із використанням ВПЛ self-testing. У багатьох країнах (зокрема у Швеції) проводять пілотні та когортні дослідження нового способу отримання клітинного матеріалу для ВПЛ-тестування. Скринінг на основі «самостійного мазка», взятого вдома, з подальшим цитологічним дослідженням, проведеним у лікувальному закладі, виявився економічно

ефективним. Однак ці методики вимагають клінічного підтвердження очікуваних результатів.

Методи визначення ВПЛ в цервікальному слизі:

- блот
- гібридизація in situ
- жидкофазна гібридизація (гібридний захват). Чутливість 59 - 86% відносно визначення CIN у жінок з цитологічної картиною неспецифічних атипових плоскоклітинних змін і ППП легкого ступеня.
- полімеразна ланцюгова реакція (ПЛР). У визначенні CIN чутливість досягає 98 - 100%, специфічність - не більше 10%. Позитивна прогностична цінність у відношенні CIN II, CIN III, carcinoma in situ також становить не більше 10%.
- у стадії розробки знаходяться тести з визначення білка E7 в цервікальному слизі, що дозволить з'ясувати глибину впровадження ВПЛ в клітину хазяїна і, можливо, буде служити більш надійним тестом з виявлення ВПЛ - залежних змін шийки матки.

Профілактика рака шийки матки

В Україні вакцинація проти раку шийки матки (РШМ) рекомендована для жінок і дівчаток з 9 років. Програма розроблена у співпраці з Європейською асоціацією раку шийки матки (ЕССА).

Профілактикою запобігання онкологічних захворювань, викликаних ВПЛ, є дотримання правил сексуальної поведінки, використання бар'єрних методів контрацепції, регулярні гінекологічні огляди і цитологічне обстеження (ПАП-тест) навіть при відсутності скарг і, безумовно, ВАКЦИНАЦІЯ.

На сьогодні **ефективного лікування від ВПЛ не існує**. У віці до 25 років найчастіше вірус зникає самостійно, завдяки роботі імунної системи.

Фактори ризику та профілактика раку молочної залози.

Усі жінки віком старше 18 років, які отримують допомогу у лікаря загальної практики — сімейної медицини, мають бути внесені до реєстру, пройти анкетування з метою оцінки генетичного ризику. Першочерговим завданням для лікаря загальної практики — сімейної медицини є роз'яснення жіночому населенню доцільності участі у скринінгу та залучення якомога більшої кількості жінок віком 50–69 років, без скарг та без генетичного ризику раку молочної залози (РМЗ), до мамографії. Саме вік є найвагомішим фактором ризику для більшості жінок.

Профілактика пухлин молочної залози розподіляється на первинну та вторинну.

Первинна профілактика полягає у надання інформації щодо уникнення факторів ризику профілактиці тютюнопаління, надмірного вживання алкоголю, надмірної ваги, гіподинамії, стресових ситуацій, надмірного сонячного опромінення.

Вторинна профілактика полягає у ранньому виявленні доброякісних дисгормональних захворювань молочної залози та у своєчасній корекції гормональних розладів, які є передумовою розвитку пухлин. А також регулярне щомісячне самообстеження МЗ починаючи з 20-ти років. Клінічне обстеження МЗ у лікаря загальної практики/сімейної медицини 1 раз у три роки (усі вікові групи).

«Золотим стандартом» профілактичного обстеження МЗ є білатеральна мамографія у програмі скринінгу на рак молочної залози, що зумовлено високою ефективністю діагностики безсимптомних злоякісних пухлин: у 85–90 % випадків.

Третинна профілактика – Специфічна третинна профілактика полягає у призначенні гормональної терапії жінкам у менопаузі терміном до 5-ти років, приводить до зменшення можливості виникнення повторної пухлини (у

випадку гормонозалежних пухлин), але може провокувати тромбоемболічні ускладнення та рак ендометрію

До групи високого ризику належать особи з поєднанням певних генетичних, фенотипічних факторів та особливостей стилю життя.

Основними факторами, що підвищують ризик захворювання на рак молочної залози, є:

- вік (понад 40 років);
- спадкова і сімейна схильність (жінки, у яких матері або сестри хворіли на рак молочної залози, мають значно більше шансів захворіти на цю хворобу);
- пізня менопауза;
- ранній початок менструацій (до 12 років);
- народження першої дитини у віці понад 30 років;
- переривання вагітності;
- у жінок, які ніколи не народжували;
- наявність фіброзно-кістозної мастопатії та інших проліферативних захворювань молочних залоз;
- ожиріння (понад 40% нормальної ваги);
- цукровий діабет, гіпертонічна хвороба;
- систематичне паління та вживання алкоголю. Рак молочної залози у жінок віком до 25-ти років практично не зустрічається.

Скринінг на рак молочної залози

Усі жінки, прикріплені до лікаря загальної практики — сімейної медицини, віком старше 18 років повинні:

- 1) отримувати інформацію щодо факторів ризику РМЗ, пов'язаних зі способом життя;
- 2) бути навчені методиці самообстеження молочної залози (МЗ) з віку 20 років (щомісячно з 7-го по 14-й день циклу);

3) отримувати інформацію щодо випадків сімейного раку МЗ та можливості консультування стосовно генетичних факторів.

Існують докази щодо вирішального впливу на зниження смертності від РМЗ загальнодержавних скринінгових програм,

1. Інформування пацієток про скринінг на РМЗ та доцільність участі в ньому осіб віком 50–69 років.

2. Клінічне обстеження МЗ здійснюється 1 раз на 3 роки лікарем загальної практики — сімейної медицини, фельдшером, медичною сестрою (яка пройшла спеціальну підготовку) перед направленням на мамографічне обстеження.

ПРОГРАМА СКРИНІНГУ НА РАК МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ

Основні завдання лікаря загальної практики/сімейної медицини

1. Ведення реєстру жіночого населення, що отримує допомогу у лікаря загальної практики/сімейної медицини.

2. Заповнення «Анамнестичної анкети» усім жінками, які отримують допомогу сімейного лікаря, з метою виявлення «сімейного» РМЗ.

3. Роз'яснення жіночому населенню доцільності участі у скринінгу на РМЗ та залучення якомога більшої кількості жінок у віці 50 – 69 років, без 22 скарг щодо МЗ та без генетичного ризику РМЗ до мамографії. Саме **вік** є найбільш важливим фактором ризику для більшості жінок.

4. Надання інформації усім жінкам щодо методики самообстеження МЗ, що проводиться щомісячно починаючи з 20-ти років (на 7-14 дні циклу).

5. Клінічне обстеження молочних залоз здійснюється **1 раз на три роки** лікарем загальної практики/сімейної медицини, фельдшером, медичною сестрою, яка пройшла спеціальну підготовку, у ЗОЗ, що надають первинну медичну допомогу, перед скеруванням на мамографічне обстеження.

6. Організація лікарем загальної практики/сімейної медицини **направлення** жінки на **мамографію** у регіональний діагностичний центр або диспансер. (телефоном чи за допомогою інших форм особистих запрошень). .

7. Внесення сімейним лікарем даних до реєстру жіночого населення щодо проходження жінкою маммографічного скринінгу.

Основним завданням онкологів та рентгенологів є забезпечення проведення якісної маммографії з наданням письмового заключення усім жінкам, які звернулися до них щодо програми маммографічного скринінгу.

8. Проведення маммографії:

- до 35-ти років не призначати жінкам маммографію, якщо для цього немає переконливих підстав, (використовувати УЗ дослідження);

- за наявності **сімейного анамнезу** РМЗ - маммографію рекомендують проводити 1 раз на 1-2 роки (регулярно обстежуючи груди самостійно та у кабінеті лікаря), починаючи з **віку 35 років**;

- у віковому діапазоні **35-40 років** усім жінкам одноразово проводиться первинна маммографія, для визначення структури тканини молочної залози;

- у віці **40-49 років** пропонується проводити маммографію в залежності від показань (клінічних обстежень та самообстежень МЗ);

- у віці **50 – 69-ти** років маммографію проводять 1 раз на 2 роки, враховуючи результати попередніх обстежень, самообстежень та клінічних обстежень МЗ.

9. Регулярне надання інформації для сімейного лікаря стосовно списків жінок, які пройшли маммографічний скринінг.

ЗАГАЛЬНИЙ АЛГОРИТМ ДІАГНОСТИКИ ТА ДИФЕРЕНЦІЙНОЇ ДІАГНОСТИКИ

1. Обов'язкові дослідження:

1. Огляд (звернути увагу на колір шкіри, симетричність МЗ, зміни в ділянках аксілярних, над- та підключичних лімфатичних вузлів.

2. Фізикальне обстеження: 1. Клінічне обстеження молочних залоз;

2. Вимір артеріального тиску та пульсу.

3. Лабораторні дослідження: 1. Розгорнутий аналіз крові з формулою;

2. Направити на біохімічний аналіз крові (білок, білірубін, сечовина, креатинін, глюкоза, електроліти, лужна фосфатаза, Ca^{2+} , АЛТ, АСТ, альбумін);

3. Загальний аналіз сечі.

4. Інструментальні дослідження: 1. УЗД дослідження: обох молочних залоз та регіонарних лімфатичних вузлів, органів черевної порожнини, заочеревинного простору та малого тазу;

2. Рентгенографія ОГП;

3. Направити на мамографію обох молочних залоз у 2-х проекціях;

4. Направити на тонкоголкову біопсію чи трепан-біопсію пухлини з цитологічним, морфологічним та імуногістохімічним дослідженням пунктату молочних залоз, лімфатичних вузлів, біоптату молочних залоз та лімфатичних вузлів;

5. Консультації суміжних фахівців: 1.5.1. хірурга-онколога, лікаря з променевої терапії, лікаря гінеколога-онколога, за необхідності – анестезіолога, кардіолога.

6. За показаннями: 1. КТ органів грудної, черевної порожнини, заочеревинного простору та малого тазу з в/венним контрастуванням;

2. Цитологічне дослідження виділень із соска та з виразкових пухлин; післяопераційного матеріалу;

3. МРТ молочних залоз, головного мозку;

4. Сканування кісток та інші радіоізотопні обстеження (при занедбаному процесі, наявності болю в кістках та підвищенні лужної фосфатази в сироватці крові);

Самообстеження молочних залоз

Огляд



Станьте перед дзеркалом спочатку з опущеними, а потім з піднятими догори руками

Зверніть увагу на такі ознаки:

- втягнення або випинання ділянки шкіри;
- втягнення соска;
- зміна звичної форми або розміру однієї з МЗ;
- наявність жовтуватих або кров'янистих виділень з соска;
- почервоніння та припухлість ділянок шкіри МЗ.

Прощупування

Здійснюється у положенні лежачи на спині. Під лопатку з того боку, що обстежується, підкладіть валик таким чином, щоб грудна клітка була трохи піднята. Пальпуйте кожну молочну залозу протилежною рукою. Уникайте грубого прощупування та захоплення великої ділянки тканини молочної залози, оскільки це може створити враження ущільнення, якого насправді немає.

Обстеження проводиться у трьох положеннях:



- рука з обстежуваного боку спрямована вздовж тулуба;

- рука спрямована уверх за голову;
- рука спрямована у бік.

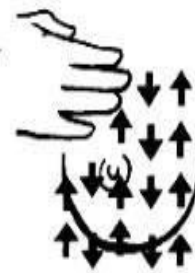
Пальцями другої руки МЗ пальпують у такий спосіб: ви можете вибрати кругові рухи (мал. 1); рухи лінійні вверх та вниз (мал. 2); клиноподібні рухи (мал. 3). Завжди пальпуйте молочні залози в одній і тій самій послідовності. Це допоможе Вам не пропустити жодної ділянки, а також запам'ятати, якими Ваші молочні залози звичайно є на дотик. Окремо обстежується сосок. Його стискають між пальцями, починаючи з краю ареоли, для того, щоб переконатися, що з соска не з'являються виділення (мал. 4).



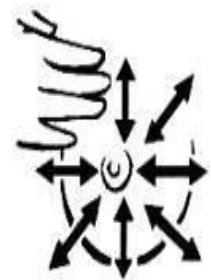
Мал. 1



Мал. 2



Мал. 3



Мал. 4

Слід пам'ятати, що при виявленні змін у молочних залозах необхідно звернутись до лікаря – мамолога, який проведе клінічний огляд молочних залоз і, за необхідності, направить пацієнтку на УЗД молочних залоз чи мамографію.

Ефективність раннього виявлення. Ретроспективні дослідження з ефективності самообстеження МЗ у ранньому виявленні РМЗ показують різні результати. Проте доведено, що якщо жінка проводить регулярні самообстеження, то у неї менше шансів виявлення ракових потовщень розміром 2 см. та більше або переходу метастазів у лімфатичні вузли.

Клінічне обстеження молочної залози

Клінічне обстеження МЗ здійснює лікар, фельдшер, медична сестра, яка пройшла підготовку за темою «Медсестринство в онкології» у закладах охорони здоров'я — 1 раз на 3 роки, із врахуванням даних попередніх самообстежень та обстежень МЗ.

Обстеження проводять за таким планом:

При клінічному обстеженні молочних залоз визначаючим є принцип онкозастереженості.

Клінічні ознаки малігнізації наступні

- пухлина, яка виявляється при пальпації;
- втягування соска або шкіри соска;
- асиметрія соска;
- ерозія соска;
- біль у МЗ;
- аксилярна лімфаденопатія;
- набряк верхньої кінцівки;
- набряк шкіри МЗ – ”лимонна шкіра”;
- біль в аксилярній ділянці.

Огляд: оцінюють симетричність залоз і сосків, зміни на шкірі — локальне розширення вен, почервоніння, симптом «лимонної шкірки», симптом «площини», зморшкуватість шкіри та її втягнення, ретракцію соска та ареоли. Оглядають МЗ у вертикальному положенні пацієнта із закладеними за голову й опущеними руками.

Пальпація: починають пальпацію симетрично з над- та підключичних ділянок обома руками одночасно, потім — ковзкими погладжувальними рухами руки переміщують вниз до сосків. Злегка стискають соски і при появі виділень прикладають до них предметні скельця й готують мазки для

цитологічного дослідження. Фіксують колірвиділень. Продовжують пальпацію кожної МЗ окремо: розмістивши залозу на долоні однієї руки й підтримуючи її знизу, пальцями іншої руки прощупують зверху всю товщу її тканин. Для обстеження регіонарних лімфатичних вузлів лікар складені пальці однієї своєї долоні прикладає до пахвової ділянки (рука жінки піднята вгору), а іншу кладе на надпліччя. Жінка повільно опускає руку, а лікар ретельно пальпує пахвову ділянку ковзкими вертикальними рухами. Аналогічно все повторюють із протилежного боку. Далі пропонують жінці лягти горілиць на кушетку й продовжують пальпацію розпластаної на грудній клітці МЗ. Ретельно, послідовно пальпують усі ділянки залози по колу, починаючи з периметра й закінчуючи ділянкою навколо ареоли. Ще раз перевіряють наявність виділень із сосків, пальпують пахвові, над- і підключичні ділянки. Після закінчення фізикального обстеження лікар у медичній документації (амбулаторній карті, історії хвороби) описує його результати: зазначає квадрант МЗ, де виявлено патологію, розміри новоутворення, його консистенцію, контури, поверхню, рухомість, фіксацію до шкіри чи прилеглих тканин, болючість, асиметричність залоз, стан сосків і ареол, характер виділень із сосків, розміри лімфатичних вузлів — усі симптоми порівнюють із протилежною залозою.

При обстеженні молочних залоз та веденні жінки при виявленні патології МЗ застосовується **правило "семи позицій" (В):**

- 1) **положення** - обстеження жінки проводиться спочатку у положенні сидячи, далі - стоячи, після цього - лежачи з піднятими руками;
- 2) **розміру** - звертають увагу на асиметрію розмірів залоз;
- 3) **пальпації** - проводиться "за часовою стрілкою годинника" подушечками пальців;
- 4) **тиску** - відмічають щільність молочної залози, за умови наявності утворення - його щільність та зміщення;
- 5) **методика обстеження** - повинна відповідати прийнятому алгоритму ;

- б) **зворотного зв'язку** - передбачає узгодженість та наступність дії спеціалістів різного фаху;
- 7) **диспансерне спостереження**

При виявленні патології під час проведення скринінгу, здійснюється подальше обстеження стану молочної залози, яке проводиться з використанням “ **потрійного тесту** ”, що включає:

- ◎ Клінічне обстеження МЗ;
- ◎ Білатеральну мамографію;
- ◎ При наявності об'ємних утворень – тонкогільчату аспіраційну біопсію під контролем УЗД із послідуною цитологією.

У жінок молодше 40 років з метою зниження променевого навантаження на організм жінки при пальпаторному виявленні об'ємного новоутворення у молочній залозі для діагностики доцільно використовувати замість мамографії УЗД молочних залоз.

Також можна визначити онкомаркери та генетичні фактори:

Онкомаркер Са 15-3. Показання до призначення: диференціальна діагностика раку молочної залози і доброякісної мастопатії (гормональної); моніторинг ефективності лікування карциноми молочної залози раннє виявлення рецидивів і метастазів. **Норма до 25,0 Ед/мл.** Застосовується в комбінації з визначенням раково - ембріонального антигену (РЕА). Концентрація в сироватці може подвоюватися під час менструації, при ендометріозі, при вагітності (1 триместр).

Раково – ембріональний антиген РЕА- Визначення РЕА в сироватці крові не може бути застосовано для діагностики початкових стадій раку молочної залози через його низьку специфічність, але може бути використано для виявлення рецидивів і метастазів у віддалений період після операції, оцінки ефективності лікування. **Норма: некурящі (віком 20-69 років) до 3,8 Од / мл, що палять (вік 20-69 років) до 5,5 Од / мл.** венозна кров.

Гени BRCA-1 і BRCA-2 належать до класу генів-супресорів, які кодують білки, що пригнічують клітинний ріст. У жінок — носіїв мутантної форми гена BRCA відмічають до 90% імовірність розвитку РМЗ протягом життя. При цьому ризик захворіти на рак яєчника становить близько 40%. Відзначено, що пухлини, асоційовані з мутаціями генів BRCA-1 і BRCA-2, мають більш високий ступінь злоякісності (переважно ІІІ) порівняно зі спорадичним РМЗ. Запропонувати генетичні дослідження щодо мутацій генів **BRCA1, BRCA2 і TP53** впродовж 4 тижнів після встановлення діагнозу раку молочної залози

Діагностичні критерії — пухлина в молочній залозі

Рак (вузлова форма РМЗ) — щільна, горбкувата пухлина неправильної форми, обмежено рухома, прогресуюча в рості, неболюча в більшості випадків. Якщо в процес втягується шкіра, з'являються симптоми «площини», «лимонної шкірки», умбілікації. Гіперемія шкіри над пухлиною — це ознаки специфічного лімфангіїту; потовщення складок ареоли (симптом Краузе) — це локальний лімфостаз внаслідок ураження лімфатичного сплетення субареолярної ділянки.

Симптом Кеніга: при натисканні долонею на МЗ пухлина відчувається під долонею і не зміщується; у разі доброякісної пухлини вона зміщується за межі долоні. Найчастіше раковий вузол локалізується у верхньозовнішньому квадранті. При локалізації пухлини під соском відзначають ретракцію, деформацію чи відхилення соска, патологічні виділення. Пухлина середніх або великих розмірів деформує контур МЗ. У пахвових, під- і надключичних ділянках можуть пальпуватися збільшені лімфатичні вузли щільно-еластичної консистенції.

Фібroadенома — доброякісна пухлина щільно-еластичної консистенції, овальної (еліпсоподібної) чи округлої форми з гладкою поверхнею і чіткими

контурами, відносно рухома, інколи болюча при пальпації. Розміри: від 5 мм до кількох сантиметрів. Тривалий анамнез росту.

Кіста — доброякісна пухлина округлої форми, гладка, еластична, пружна, рухома. В анамнезі: лактаційний період, травми, кістозні зміни яєчників. Кіста має менше 1,0 % ймовірності переродження в рак.

Набряково-інфільтративний рак: уражена МЗ збільшена в розмірах, шкіра напружена, має характерний вигляд «лимонної шкірки», пальпаторно відзначається дифузне набрякове ущільнення залози, пастозність.

Лікування раку молочної залози

Вирішення питання щодо лікування у разі злоякісних новоутворень МЗ здійснюється лише в онкологічному закладі за місцем проживання. Вибір методу лікування РМЗ визначається стадією захворювання, клінічною формою пухлини, віком та загальним станом, а також додатковими даними, що характеризують окремі властивості пухлини та організму жінки. Перед призначенням лікування обов'язкова морфологічна верифікація діагнозу і максимально точне визначення стадії захворювання.

Спеціалізовану допомогу онкологічним хворим надають виключно у закладах онкологічного профілю

VI. План та організаційна структура заняття.

\п	Основні етапи заняття, їх функції та зміст	ілі	Методи контролю і навчання	Матеріали методичного забезпечення	ас
	2		4	5	
Підготовчий етап					
	Організаційні заходи				%
I	Постановка навчальних цілей та мотивація			Див.п.2”Навч альні цілі” Див.п.1”Акту альність теми”	%
II	Контроль вихідного рівня знань, навиків, вмінь: -Причини та патогенез	$\alpha=2$)	- індивідуальне теоретичне опитування	- питання для теоретичного опитування	5%

	розвитку фонових та передракових станах шийки матки та ендометрію, молочних залоз та трофобластичних захворювань -Класифікація фонових та передракових станах шийки матки та ендометрію, молочних залоз та трофобластичних захворювань -Клініка фонових та передракових станах шийки матки та ендометрію, молочних залоз та трофобластичних захворювань -Діагностика фонових та передракових станах шийки матки та ендометрію, молочних залоз та трофобластичних захворювань -Лікарська тактика при фонових та передракових станах шийки матки та ендометрію, молочних залоз та трофобластичних захворювань -Методи лікування фонових та передракових станах шийки матки та ендометрію, молочних залоз та трофобластичних захворювань -Методи профілактики виникнення фонових та передракових станах шийки матки та ендометрію, молочних залоз та трофобластичних захворювань		- тестовий контроль - рішення типових задач	- тести - типові задачі -структурно-логічні схеми, таблиці - муляжі	
Основний етап					
V	Формування професійних навичок: - Збирати гінекологічний анамнез - Виконувати гінекологічне дослідження. Формування професійних вмінь: -Зібрати анамнез і виділити ознаки, притаманні фонових та передракових станах шийки матки та ендометрію, молочних залоз та трофобластичних захворювань -Скласти план обстеження для діагностики фонових та передракових станах шийки матки та ендометрію, молочних залоз та трофобластичних захворювань -Оцінити результати основного та додаткового обстеження при фонових та передракових станах шийки матки та ендометрію,	$\alpha=3$) $\alpha=4$)	Метод формування навичок: практичний тренінг Метод формування вмінь: тренінг у вирішенні типових і нетипових ситуаційних задач - реальних клінічних, імітованих, тестових	Алгоритми методів обстеження гінекологічних хворих, муляжі для тренінгу, гінекологічний інструментарій, Тематичні хворі, історії хвороби; УЗД – знімки або УЗД в реальному часі, результати інших додаткових методів обстеження ситуаційні задачі IV рівня, інтерактивні завдання.	5%

- Причини та патогенез розвитку фонових та передракових станів шийки матки та ендометрію, молочних залоз та трофобластичних захворювань

-Класифікація фонових та передракових станів шийки матки та ендометрію, молочних залоз та трофобластичних захворювань

-Клініка фонових та передракових станів шийки матки та ендометрію, молочних залоз та трофобластичних захворювань

-Діагностика фонових та передракових станів шийки матки та ендометрію, молочних залоз та трофобластичних захворювань

- Фактори ризику фонових та передракових станів шийки матки та ендометрію, молочних залоз та трофобластичних захворювань

Тестові задачі

1.Хвора 40 років, при профогляда на шийці матки утворення 2х2 см блідо-жовтого кольору, контури нерівномірні, межі зі здоровою слизовою шийки матки чіткі. На поверхні – незначні папіломатозні розростання. Тіло матки без патологічних змін, параметрії вільні з обох сторін. Зліва близько до стінок тазу – щільне нерухоме утворення 3х4 см. Який найбільш доцільний метод обстеження для уточнення діагнозу?

1. Прицільна біопсія
2. Цитологія мазків шийки матки
3. Розширена кольпоскопія
4. Лапароскопія
5. Мазки на мікрофлору

2.Жінка 42 роки звернулася до гінеколога зі скаргами на контактні кровотечі з зовнішніх статевих шляхів. При огляді – гіпертрофія вагінальної частини шийки матки, поверхня ерозована. Який метод діагностики найбільш показаний для верифікації діагнозу?

1. Кольпоскопія
2. Реакція Васермана
3. Біопсія тканини шийки матки

4. Цитологічне дослідження мазка з поверхні шийки матки
5. Цервікоскопія

3. До преклінічного раку шийки матки відносять:

1. Екзо- і ендоцервіцити.
2. Ендо метріоз шийки матки
3. Ектопія циліндричного епітелія
4. Передпухлинна зона трансформації

4. Який з перерахованих пухлин-асоційованих антигенів доцільно використовувати у хворих на РМЗ:

1. CA 15.3
2. CA 19.9
3. CA 125
4. CA 72.4

5. Серед перерахованих факторів виділіть найбільш вагомий щодо ризику виникнення у жінок РМЗ :

1. Метаболічні порушення(ожиріння)
2. Екзогенні фактори (паління, висококалорійна їжа)
3. Генетичні фактори BRCA
4. Ендокринні порушення(діабет, гіпотиріоз)

Ситуаційні задачі ($\alpha=2$)

1. Хвора К., 19 років, звернулася до лікаря зі скаргами на те, що у неї тривалий час спостерігаються рясні світлі слизові виділення. Менструація без відхилень від норми. При огляді в дзеркалах на шийці матки виявляється яскраво-рожева ділянка. Кольпоскопічно в зоні I і II, частково III, виявлено яскраво-рожеву ділянку з зернистою поверхнею, яка нагадує гроно винограду.

Змін з боку матки, додатків, параметрія не виявлена. Встановіть попередній діагноз. Які сучасні методи лікування можна використати при даній патології?

2. У хворої А., 36 років, на профілактичному огляді в дзеркалах виявлено деформацію шийки матки старими післяпологовими розривами. При кольпоскопічному дослідженні на задній губі в зоні II на 16.00 виявлені поля дисплазії. Попередній діагноз. Що необхідно зробити для уточнення діагнозу?

3. Хвора 46 років має ожиріння і розлади менструального циклу. За останні 3 роки з лікувальною і діагностичною метою 5 разів проводилося роздільне вишкрібання цервікального каналу і порожнини матки. Результат гістологічного дослідження після кожного вишкрібання — поліпоз ендометрія. Консервативне лікування неефективне. Діагноз. План подальшого лікування.

4. Хвора 35 років звернулась до гінеколога зі скаргами на рясні і часті місячні. До цього до гінеколога не зверталась. В анамнезі: двоє пологів і 2 штучних аборти. При бімануальному дослідженні патології не виявлено. УЗД: тіло матки та додатки нормальних розмірів, структура не змінена. М - луна 25 мм. Діагноз. План обстеження і лікування..

5. Хвора 45 років, звернулась до лікаря обласного онкологічного диспансеру зі скаргами на наявність болючих припухлості у лівій грудній залозі. З анамнезу відомо, що в неї відбулися пологи 1 місяць тому назад, лактаційний період триває місяць. У хворої протягом останніх двох діб спостерігається гарячка гектичного характеру. При огляді і пальпації визначається різка болючість і припухлість у лівій грудній залозі в ділянці нижнього внутрішнього квадранту, шкіра над цією ділянкою гіперемічна. Регіонарні лімфатичні вузли не збільшені.

Попередній діагноз? Яке лікування їй необхідно призначити?

7.2. Матеріали методичного забезпечення основного етапу заняття

Завдання для формування навичок ($\alpha=3$) :

1. Зібрати скарги і гінекологічний анамнез.

2. Провести основні методи гінекологічного обстеження: огляд зовнішніх статевих органів, огляд в дзеркалах, бімануальне дослідження

Завдання для формування вмінь ($\alpha=4$)

1.Зібрати анамнез і виділити ознаки, притаманні фоновим та передраковим станам шийки матки та ендометрію, молочних залоз та трофобластичних захворювань

2.Скласти план обстеження для діагностики фонових та передракових станів шийки матки та ендометрію, молочних залоз та трофобластичних захворювань

3.Оцінити результати основного та додаткового обстеження при фонових та передракових станів шийки матки та ендометрію, молочних залоз та трофобластичних захворювань

4.Провести діагностику фонових та передракових станів шийки матки та ендометрію, молочних залоз та трофобластичних захворювань. Визначити фактори ризику виникнення фонових та передракових станів шийки матки та ендометрію..

Література.

1. Гінекологія: підручник (за ред. Б.М.Венцківського, Г.К.Степанківської, В.П.Лакатоша).- К.: ВСВ Медицина, 2012.- 648 с.

2. Акушерство і гінекологія (у 2-х книгах): підручник (за ред. Грищенко В.І., Щербини М.О.)// Книга І Акушерство.-К.: Медицина, 2011.- 422 с.; Книга ІІ Гінекологія. - К.Медицина,2011.- 375 с.

3. Запорожан В.М., Чайка В.К., Маркін Л.Б. Акушерство і гінекологія (у 4-х томах): національний підручник: 2013

Допоміжна:

3. Акушерство: підручник (ВУЗ ІІІ — ІV р.а.) / Б. М. Венцківський, І. Б. Венцківська та ін.; під ред. Б. М. Венцківського, Г. К. Степанківської, М. Є. Яроцького. «Медицина». 2012.— 648с.

5. Ross S Berkowitz, MD. Hydatidiform mole: Management / Ross S Berkowitz, MD, Donald Peter Goldstein, MD, Neil S Horowitz, MD // Sep. 2017.

6. Ross S Berkowitz, MD. Hydatidiform mole: Epidemiology, clinical features, and diagnosis / Ross S Berkowitz, MD, Donald Peter Goldstein, MD, Neil S Horowitz, MD.— Sep. 2017.

7. Rebecca N Baergen, MD. Gestational trophoblastic disease: Pathology.— Sep. 2017.

8. Акушерство и гинекология. / Current Obstetric & Gynecologic Diagnosis & Treatment. Eleven Edition / Лорен Натан, Алан Х. ДеЧерни. 2012.
<https://almostadoctor.co.uk/about> <https://geekymedics.com/category/medicine/og/>