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

Навчально-науковий інститут психічного здоров,я

Навчально-науковий інститут Медицини

кафедра Госпітального акушерства і гінекології
та післядипломної освіти

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ З ДИСЦИПЛІНИ

«АКУШЕРСТВО І ГІНЕКОЛОГІЯ»

ТЕМА «Доброякісні новоутворення жіночих статевих органів: матки, яєчників. Психологічні аспекти»

ДЛЯ СТУДЕНТІВ IV КУРСУ Навчально-наукового інституту психічного здоров,я

Освітній рівень: другий(магістерський)

Галузь знань: 22 «Охорона здоров'я»

Спеціальність: 225 «Медична психологія»

Освітня програма: «Акушерство і гінекологія»

«Затверджено»
На методичній нараді
Кафедри Госпітального акушерства і гінекології
та післядипломної освіти
протокол №1 від 28.08. 2026 р.
Завідувач кафедри
Член-кор. НАМН України
Д.м.н., професор Говсєєв Д.О.

КИЇВ 2026-27

УДК 618 (072)
Методична рекомендація «Доброякісні новоутворення жіночих статевих органів: матки, яєчників. Психологічні аспекти» для студентів IV курсу Навчально-наукового інституту психічного здоров,я з «Акушерство і гінекологія». Київ 2026-27

Авторський колектив кафедри Госпітального акушерства і гінекології та післядипломної освіти:

Член-кореспондент НАМН України, професор, завідувач кафедри Говсєєв Д.О.

Професор, д.мед.н. Лакатош В. П.

Професор, д.мед.н. Загородня О. С.

Професор, д.мед.н. Прощенко О. М.

Доцент, к.мед.н. Авраменко С. О.

Доцент, к.мед.н. Бурка О. А.

Доцент, д.мед.н. Бондаренко Н. П.

Доцент, к.мед.н. Вітовський Я. М.

Доцент, к.мед.н. Жабіцька Л. А.

Доцент, к.мед.н. Жегулович В. Г.

Доцент, к.мед.н. Костенко О. Ю.

Доцент, к.мед.н. Купчік В.І.

Доцент, д.мед.н. Леуш С. С.

Доцент, к.мед.н. Наритник Т. Т.

Доцент, к.мед.н. Поладич І. В.

Доцент, к.мед.н. Прилуцька А. Б.

Доцент, к.мед.н. Слободяник О. Я.

Доцент, к.мед.н. Ткаліч В. О.

Доцент, к.мед.н. Цапенко Т.В.

Асистент, к.мед.н. Антонюк М І.

Асистент, к.мед.н. Осадчук С. В.

Асистент, доктор філософії Синиця М.В.

ТЕМА «Доброякісні новоутворення жіночих статевих органів: матки, яєчників. Психологічні аспекти»

І. 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 відбивається 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. Патологогістологічний аналіз показав наявність міоми матки в 77% видалених під час гістеректомій 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.

ІІ. Навчальні цілі

Ознайомитись (α=1):

- із частотою доброякісних пухлин жіночих статевих органів.

Засвоїти (α=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.
- Лікарську тактику при доброякісних пухлинах жіночих статевих органів.

- Методи лікування доброякісних пухлин матки та яєчників (консервативні, оперативні).
- Методи профілактики виникнення доброякісних пухлин жіночих статевих органів.

Оволодіти та удосконалити навики (α=3):

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

Вміти (α=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.
- Призначати 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.

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			
1.	Анатомія людини	Анатомію зовнішніх та внутрішніх статевих органів	Дати характеристику будови жіночих статевих органів
2	Гістологія	Гістологічну будову матки та яєчників	Оцінити результати гістологічного дослідження
3	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			
1	Сімейна медицина	Клініку, діагностику, методи лікування доброякісних пухлин матки, яєчників	Діагностувати і складати план обстеження та лікування при доброякісних пухлинах, ендометріозі
Внутрішньопредметна 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

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. Поширеність захворювання збільшується з віком і досягає максимуму у віці 40-50 років. Лейоміома матки – це моноклональна пухлина, що виникає з гладкої м'язової тканини матки. Це доброякісне новоутворення, що складається з невпорядкованих «міофібробластів», заглиблених у великій кількості позаклітинного матриксу, що становить значну частину об'єму пухлини. Лейоміома матки може зростати, залишатися стабільною та/або регресувати, наприклад у постменопаузі.

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, надниркових та інші стани, що супроводжуються гіперестрогенією

3. Класифікація

3.1. За локалізацією вузлів

3.1.1. В тілі матки (95%):

- **субсерозні (підочеревинні) - під серозним шаром матки;**
- інтерстиціальні (інтрамуральні) - в товщі стінки матки;

- субмукозні (підслизові) - під слизовим шаром матки;
- атипові - заочеревинні, інтралігаментарні.

3.1.2. В шийці матки (5%)

- зашийкові, передньошийкові, парацервікальні.

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.

Всесвітня організація охорони здоров'я запропонувала класифікувати лейоміоми матки залежно від ступеня їх диференціювання: Лейоміома неуточнена (8890/0) Гістологічні варіанти:

– мітотично активний варіант;

– клітинний варіант (8892/0);

– геморагічний клітинний варіант;

– епітеліоїдний варіант (8891/0);

– міксоїдний варіант (8896/0);

– атиповий варіант (8893/0);

– ліполейоміоматозний варіант (8890/0).

Варіанти росту:

– дифузний лейоміоматоз (8890/1);

– лейоміома, яка розшаровує;

– внутрішньовенозний лейоміоматоз (8890/1);

– лейоміома, яка метастазує (8898/1).

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, закреп, 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);
- при ускладненні міоми;
- при субмукозних вузлах, включаючи вузли, що народжуються;
- при безплідді, пов’язаному з міомою для відновлення репродуктивної функції;

- при міомі у сполученні з передпухлинною патологією ендометрію чи яєчників.

7.3. Комбіноване лікування (консервативне + хірургічне) для збереження репродуктивної функції:

- при множинній міомі;
- при міомі з вузлом понад 5 см.

8. Методи лікування

8.1. **Консервативне (медикаментозне) лікування**

8.1.1. **Негормональні засоби**:

- симптоматична терапія (гемостатики, спазмолітики, нестероїдні протизапальні препарати);
- лікування патологічних станів, що сприяють росту міоми (патології щитоподібної залози, наднирників, ожиріння), антистресові препарати, антиоксиданти, венотоники, імунокоректори, полівітаміни;
- фітотерапія.

8.1.2. **Гормональне лікування**:

Оскільки за естрогенною регуляцією рецепторів естрогену та прогестерону під час фолікулярної фази слідує прогестерон-індукований мітогенез протягом лютеїнової фази, всі гормональні методи лікування для контролю маткових кровотеч мають на меті регуляцію дії цих статевих гормонів. Ефективні медикаментозні методи лікування жінок з аномальними матковими кровотечами, пов'язаними з міомою матки, включають внутрішньоматкову систему з левоноргестрелом (I) аналоги гонадотропінрилізинг гормону, (I) селективні модулятори рецепторів прогестерону, (I) оральні контрацептиви, (II-2) прогестини, (II-2) і даназол. (II-2). Ефективні медичні методи лікування жінок із симптомами, пов'язаними з міомою, включають селективні модулятори рецепторів прогестерону та аналоги гонадотропін-рилізинг гормону. (I)

- **оральні контрацептиви** - не зменшують розміру міоми, але можуть зменшувати менструальну крововтрату, впливати на згортальну функцію крові, можуть застосовуватися для гормонального гемостазу;

- **прогестагени** - при супутніх гіперпластичних процесах ендометрія з метою зменшення локальної гіперестрогенії та стромальної супресії ендометрія Прогестагени – натуральні або синтетичні гестагени, що потенційно можуть мати подвійну дію на ріст ММ. У той час, як природний гормон прогестерон збільшує синтез епідермального фактору росту, що стимулює ріст міоми, він також інгібує інсуліноподібний фактор росту-1, що може сприяти пригніченню росту. Прогестагени також знижують експресію рецепторів до естрогену та прогестерону в міометрії, що може діяти в якості ще одного механізму для розвитку і росту міоми. І натуральний прогестерон, і синтетичні прогестини викликають атрофію ендометрія, що зменшує менструальні крововтрати у жінок з міомами. (левоноргестрел-вивільнюючі внутрішньоматкові системи значно знижують менструальну крововтрату і об'єм матки у жінок з менорагіями, з міоматозними вузлами і без них, в той же час несуттєво знижуючи розміри міоми, дідрогестерон по 20-30 мг з 5-го по 25-й день менструального циклу (МЦ) або в неперервному режимі 3-6 місяців, або норетістерон 10 мг на добу, або лінестренол 25 мг на добу в тому ж режимі, або 17-ОПК 12,5% по 2 мл 1-2 рази на тиждень);
- **агоністи Гн-РГ** (гонадолиберінів) – зменшують розмір вузлів та матки, але можливий розвиток синдрому медикаментозної менопаузи, міома зменшиться на 50% від початкового об'єму протягом 3 місяців терапії, однак лікування агоністами ГнРГ обмежується інтервалом від 3 до 6 місяців, після чого відновлення міоми зазвичай відбувається протягом 12 тижнів. агоністи ГнРГ корисні перед операцією для зменшення розмірів міоми та зменшення тяжкості анемії, пов'язаної з матковою кровотечею. (гозерелін по 3,6 мг підшкірно 1 раз на 28 днів №3-6; або тріпторелін 3,75 мг в\м №3-6, існують також форми у вигляді назального спрею), при супутній гіперплазії ендометрія рекомендується одночасне призначення дідрогестерону по 20 мг з 5-го по 25-й день МЦ протягом першого циклу;
- агоністи Гн-РГ в комбінації з замісною гормонотерапією ("add-back"терапія) не викликають проявів медикаментозної менопаузи та є

альтернативним лікуванням при протипоказаннях до хірургічного лікування або інформованій відмові від операції, однак є докази того, що add-back терапія з прогестином негативно впливає на ефективність агоністів ГнРГ щодо розмірів міоми;

- **селективний модулятор прогестеронових рецепторів** – зменшує розмір міоми, припиняє кровотечі: уліпристата ацетат (есмія) по 5 мг 1 раз на добу протягом 3-х місяців. У порівнянні з міометрієм, міома матки гіперекспресує рецептори естрогенів та прогестерону, створюючи синергічний взаємозв'язок між ними, міоми ростуть в основному протягом секреторної фази менструального циклу, екзогенний прогестерон збільшує мітотичну активність міоми. Отже, прогестерон сприяє росту міоми, і ці спостереження стимулювали дослідження ефективності антагоністів прогестерону та/або селективних модуляторів рецепторів прогестерону - є лігандами рецепторів прогестерону та можуть здійснювати агоністичну, антагоністичну, часткову або змішану дію на прогестеронові рецептори в тканинах-мішенях.
- **андрогени** (Даназол) – похідне 17-α етинілтестостерону. Він конкурує в зв'язуванні рецепторів з природними андрогенами, прогестероном, глюкокортикоїдами і діє на різних рівнях гіпоталамо-гіпофізарно-яєчникової вісі регуляції стану матки. Крім своїх андрогенних ефектів, він також знижує рівень естрогену, пригнічуючи секрецію гонадотропіну на рівні гіпоталамуса, і пригнічує стероїдогенез яєчників, викликає зниження об'єму міоми на 20-25%

8.2. **Хірургічне лікування**

8.2.1. **Консервативне** (у жінок репродуктивного віку) Міомектомія є варіантом для жінок, які бажають зберегти матку або покращити фертильність, але несе ризик потреби подальшого втручання. (II-2)

- **міомектомія** (лапароскопічна, лапаротомічна, гістероскопічна при субмукозних вузлах з аблацією або резекцією ендометрію), асоціюється з кращими результатами вагітності, ніж інші методи, що зберігають фертильність Частота рецидивів міоми становить 15%, і 10% жінок, які

перенесли міомектомію, зрештою потребують гістеректомії протягом 5-10 років. Ризик рецидиву пов'язаний з віком, кількістю міом перед операцією, розміром матки, супутнім захворюванням та пологами після міомектомії.

- **емболізація судин матки** (альтернатива міомектомії) ЕМА – це процедура, яку проводять інтервенційні радіологи і складається з ін'єкції оклюзійного агента в одну або обидві маткові артерії, вперше описаний у 1995 році;
- **системи доставки сфокусованої енергії** – МРТ-керований фокусований ультразвук, керована високочастотним ультразвуком черезшкірна абляція сфокусованим ультразвуком, радіочастотний міоліз. Основним недоліком усіх систем і методів, що використовуються для знекровлення або абляції міоматозних вузлів, є те, що вони фокусуються на центрі міоми, а, як було показано, вузли ростуть переважно по периферії.

8.2.2. **Радикальне** (при відсутності необхідності збереження репродуктивної функції) Гістеректомія є найбільш ефективним методом лікування симптоматичної міоми матки. (III):

- **екстирпація (гістеректомія)** матки з придатками або без придатків (питання про видалення придатків вирішується індивідуально, в залежності від віку хворої та стану яєчників, при видаленні яєчників показана ЗГТ); Вибір і тип гістеректомії, незалежно від того, чи виконується вона абдомінальним, лапароскопічним або вагінальним шляхом, повинні ґрунтуватися на підготовці, досвіді та зручності для хірурга, а також на рекомендаціях з клінічної практики. Слід використовувати найменш інвазивний підхід.
- **надпіхвова ампутація матки** (субтотальна гістеректомія) за відсутності патології епітелію шийки матки при відмові хворої видалити шийку, а також при спайковому процесі в малому тазі, при необхідності скоротити час операції (важкий стан пацієнтки).

8.3. **Комбіноване лікування**

- І етап – 2 ін'єкції аГН-РГ із інтервалом 28 днів;

- II етап - консервативна міомектомія при відсутності динаміки зменшення вузла, або збереженні клінічної симптоматики;
- III етап – третя ін'єкція аГН-РГ.

9. Профілактика

- попередження формування умов гормонального гомеостазу, при якому виникає локальна гіперестрогенія;
- профілактика небажаної вагітності;
- систематична боротьба з хронічними стресовими випадками, які сприяють виникненню патологічних і психосоматичних факторів, що впливають на геніталії;
- раннє виявлення і своєчасна корекція лютеїнової недостатності;
- повноцінна терапія запальних захворювань придатків матки;
- широке застосування оральних контрацептивів та гестагенів як "підтримуючої" терапії при патологічних станах, які порушують локальний гормональний гомеостаз матки;
- проведення профілактичних оглядів жінок до 30 років 1 раз на рік, після 30 - двічі на рік з цитологічним дослідженням вмісту цервікального каналу, УЗД, своєчасним лікуванням виявлених захворювань.

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.

3. Класифікація пухлин яєчників за гістологічним типом була затверджена ВООЗ (1973) і є провідною дотепер. З огляду на її складність рекомендована спрощена класифікація для практичного застосування.

4. Клініка.

- Специфічних симптомів пухлин яєчника не існує.
- При розвитку великих пухлин можуть спостерігатися ознаки здавлення суміжних органів (сечоводів, сечового міхура, прямої кишки).
- При пухлинах яєчників, які продукують гормони, можуть з'являтися ознаки впливу андрогенів (аменорея, вірілізація) або естрогенів (кровотечі).
- Клінічний перебіг пухлин яєчників може супроводжуватись ускладненнями: розривом капсули пухлини, перекрутом її ніжки, нагноєнням. Клінічна картина цих станів характеризується наявністю симптомів "гострого живота".

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, НЕ -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.
- Можливий розрахунок ризику розвитку злоякісної пухлини яєчника - ROMA (Risk of Ovarian Malignancy Algoritm). Для встановлення ступеня ROMA спочатку розраховують прогностичний індекс (ПІ) окремо для жінок в пременопаузі та в постменопаузі на підставі рівня СА-125 та НЕ-4 з використанням наступних формул.

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, гормонопродуктивних пухлин, у молодих жінок видаляється один яєчник, у жінок понад 45 років — обидва.
- При виконанні операції на яєчниках слід мати поняття про «анатомічну» і «хірургічну» ніжки пухлини яєчника:

  - анатомічна» ніжка: власна зв'язка яєчника, лійко-тазова зв'язка, мезоваріум;
  - хірургічна» ніжка: до вказаних анатомічних утворень додається маткова труба.

9. Профілактика.

- Регулярні огляди (двічі на рік) у гінеколога із застосуванням ультразвукового дослідження малого таза.
- Динамічне спостереження за хворими підвищеної групи ризику (хронічні запальні захворювання статевих органів, порушення менструальної функції, наявність ендокринопатій в анамнезі)
- лікування безпліддя і синдрому полікістозних яєчників;
- застосування комбіновних протизаплідних засобів, які містять естрогени і прогестерони протягом 5 років, знижує ризик виникнення раку яєчників;
- пологи і грудне вигодовування;
- при наявності раку яєчників у родичів I лінії і визначенні мутації в одному з двох генів BRCA1 чи BRCA2, можливе профілактичне видалення

VI. План та організаційна структура заняття.

№ 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	(α=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	*Формування професійних навичок:*	(α=3)	Метод формування	Алгоритми методів	65%

	- Збирати гінекологічний анамнез - Виконувати гінекологічне дослідження.		навичок: практичний тренінг	обстеження гінекологічних хворих, муляжі для тренінгу, гінекологічний інструментарій,	
	Формування професійних вмінь: -Зібрати анамнез і виділити ознаки, притаманні доброякісним пухлинам жіночих статевих органів -Скласти план обстеження ля 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	(α=4)	Метод формування вмінь: тренінг у вирішенні типових і нетипових ситуаційних задач - реальних клінічних, імітованих, тестових	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.	(α=3)	Індивідуальний контроль практичних навиків	Тематичні хворі, муляжі Гінекологічний інструментарій	20%
	Контроль та корекція рівня професійних вмінь	(α=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 (α=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
6. Методи лікування доброякісних пухлин матки та яєчників (консервативні, оперативні)
7. Методи профілактики виникнення доброякісних пухлин жіночих статевих органів

Типові ситуаційні задачі (α=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 (α=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.

3. Показанням до хірургічного лікування міоми матки є:

A. Розмір матки більше 12-13 тижнів

B. Аномальні маткові кровотечі, що призводять до анемії.

C. Тазовий біль, порушення функції суміжних органів дизуричні симптоми, закрепи, тощо).

D. Всі відповіді вірні.

E. Всі відповіді невірні.

4. Кіста яєчника це:

A. Істинна пухлина яєчника.

B. Пухлиноподібне утворення яєчника.

5. Найчастішою гістологічною формою пухлин яєчників є:

A. Пухлини строми статевого тяжа.

B. Герміногенні пухлини.

C. Ліпідноклітинні пухлини.

D. Епітеліальні пухлини.

E. Гонадобластоми.

Типові тестові задачі (α=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.

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

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

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

7.2. Матеріали методичного забезпечення основного етапу заняття

Завдання для формування навичок (α=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 (α=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.
6. Визначити тактику ведення хворої з різними формами доброякісних пухлин жіночих статевих органів.
7. Призначати лікування при наявності показань до консервативної терапії міоми матки.
8. Визначати показання до хірургічного лікування при доброякісних пухлинах жіночих статевих органів.

Інтерактивне завдання (α=4):

1. Групу студентів поділити на 3 підгрупи, завдання для формування вмінь надати кожній підгрупі.
2. Групу студентів поділити на 3-4 підгрупи, кожній групі надати різні знімки ультразвукових досліджень з різними формами міоми матки, пухлинами яєчників, на підставі яких пропонувати встановити діагноз.

3. Групу студентів поділити на 2 підгрупи:

Підгрупа 1- проводить аналіз ведення тематичної хворої на підставі наданої історії хвороби.

Підгрупа 2 - оцінює правильність проведеного аналізу.

Нетипові ситуаційні задачі (α=3):

1. Жінка, 38 років, звернулась до лікаря жіночої консультації зі скаргами на відчуття тяжкості внизу живота, дизурію. Менструації регулярні, але стали більш рясними. При вагінальному обстеженні встановлено, що матка збільшена до 18-19 тижнів вагітності, щільна, нерівної поверхні, на передній стінці матки пальпується кулясте утворення розміром до 10 см, щільне, безболісне. Придатки матки не визначаються. Параметрії вільні, склепіння глибокі. Який імовірний діагноз? які додаткові методи дослідження для встановлення кінцевого діагнозу?

2. Жінка, 46 років, доставлена машиною швидкої допомоги в гінекологічне відділення зі скаргами на різкий біль внизу живота, більше зліва, слабкість, слизові виділення з статевих шляхів. В анамнезі: 2 пологів, 4 аборти, 2 місяці тому діагностовано пухлину ячника, рекомендовано оперативне лікування, від якого жінка відмовилась. УЗД: пухлина лівого яєчника 10х12 см, в порожнині малого тазу – вільна рідина. Який імовірний діагноз. Що робити?

Нетипові тестові задачі (α=3) :

1. Пацієнтка, 32 роки, доставлена машиною швидкої допомоги в гінекологічне відділення зі скаргами на рясні кров'янисті виділення з піхви, загальну слабкість, порушений загальний стан. Загальний аналіз крові: гемоглобін – 96 г/л; еритроцити – $2,76 \cdot 10^{12}$/л; ШОЕ – 15 мм/год, колірний показник – 0,7. Діагноз: лейоміома матки з

геморагічним синдромом. Яка з форм лейоміоми може бути причиною цієї клінічної картини?

A. Субмукозна міома матки.
B. Субсерозна міома матки на ніжці.
C. Некроз інтрамурального вузла.
D. Інфаркт субсерозного вузла.
E. Перекрут ніжки субсерозного вузла.

2. Жінка, 30 років, звернулася до гінеколога на профогляд. Скарг не має. Пологів - 1, аборт - 1. Місячні регулярні. Об'єктивно: шийка матки циліндрична, тіло матки нормальних розмірів, щільне, рухоме, безболісне. В ділянках матки пальпуються пухлини (8х10см зліва, 10х12см справа) тугоеластичної консистенції, з гладкою поверхнею, рухомі, безболісні, параметрії вільні. Рідина в черевній порожнині не визначається. Який найбільш імовірний діагноз?

A. Двосторонні кістоми яєчників.
B. Ендометріоз яєчників.
C. Рак Крукенберга.
D. Черевна вагітність.
E. Фіброматозні вузли на ніжці.

7.2. Матеріали методичного забезпечення підсумкового етапу заняття

1. Оцінити результати виконання наданих інтерактивних завдань в підгрупах студентів.

Нетипові ситуаційні задачі (α=4):

1. Хвора, 33 роки, скаржиться на болісні менструації, дискомфорт в нижніх відділах живота перед менструацією, диспареунію, безпліддя. Лікар запідозрив ендометріоз. На який день менструального циклу потрібно

провести гістеросальпінгографію і визначення рівня СА-125 для підтвердження діагнозу?

2. Хвора, 50 років, госпіталізована в гінекологічне відділення для хірургічного лікування з приводу підслизової міоми матки, анемії легкого ступеня. При піхвовому дослідженні: шийка матки ерозована, тіло матки збільшене до 8-9 тижнів вагітності, щільне, не болюче, придатки з обох сторін не змінені, виділення слизові. Який оптимальний об'єм операції?

3. Жінка, 23 роки, спостерігається в жіночій консультації. Діагноз: ендометріоїдна кіста лівого яєчника (за даними УЗД розміром 5 см). Вагітностей не було. Менструальний цикл не порушений. Протягом 10 місяців отримувала гормональну терапію (КОК в режимі 24+4). В останні місяці встановлено, що кіста збільшилась до 8 см на фоні лікування. Яка подальша тактика ведення?

Нетипові тестові задачі (α=4):

1. Хвора, 38 років, поступила в гінекологічне відділення зі скаргами на рясні кров'яні виділення, які з'явилися за 10 днів до передбачуваної менструації і продовжуються 2 тижні. Піхвове дослідження: зовнішні статеві органи розвинуті нормально. Шийка матки циліндричної форми, чиста, зовнішнє вічко закрите. Тіло матки збільшене до 10 тижнів, рухоме, щільної консистенції з нерівною поверхнею. Склепіння глибокі, параметрії вільні. Виділення з піхви кров'яні, рясні. Який діагноз найбільш імовірний?

   A. Рак шийки матки.

   B. Овуляційна кровотеча.

   C. Субмукозна міома матки.

   D. Неповний викидень.

   E. Рак ендометрію.

2. Хвора, 20 років, доставлена в стаціонар доставлена машиною швидкої

допомоги із скаргами на раптовий, інтенсивний біль внизу живота справа, який з'явився після фізичного навантаження. Остання менструація три тижні тому, цикл регулярний. АТ 100/70 мм рт.ст. Ps-90 уд/хв, Т-36,9, бліда. Живіт болючий в нижніх відділах. Симптом Щоткіна-Блюмберга слабо позитивний. При вагінальному дослідженні: шийка матки конічної форми, зовнішнє вічко закрите. Матка не збільшена, чутлива. Придатки зліва не пальпуються. Справа пальпується пухлиноподібне утворення, розміром 7х8см, тугоеластичної консистенції, різко болюче. Склепіння нависаючі, болючі. Який найбільш імовірний діагноз?

A. Апоплексія яєчника.

B. Перекрут ніжки міоматозного вузла матки.

C. Порушена позаматкова вагітність.

D. Перекрут ніжки пухлини яєчника.

E. Гострий апендицит.

Використана література:

1. Електронний документ «Клінічна настанова, заснована на доказах «Лейоміома матки», КН 2023-147від 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 progestogenreleasing 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; Socoiety 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