

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ВИЩИЙ ДЕРЖАВНИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД УКРАЇНИ
«УКРАЇНСЬКА МЕДИЧНА СТОМАТОЛОГІЧНА АКАДЕМІЯ»
НАВЧАЛЬНО – НАУКОВИЙ ІНСТИТУТ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ
КАФЕДРА АКУШЕРСТВА І ГІНЕКОЛОГІЇ №2

Затверджено:
на засіданні кафедри
акушерства і гінекології №2
протокол № 10. від 10 січня 2017 року
Завідувач кафедри
д.м.н., проф. _____ В.К. Ліхачов

**МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ ДО ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ
З ЛІКАРЯМИ КУРСАНТАМИ ЦИКЛУ ТЕМАТИЧНОГО
УДОСКОНАЛЕННЯ
«Амбулаторна акушерсько-гінекологічна допомога»**

Навчальна дисципліна	Акушерство та гінекологія
Тема:	«Ендоетріоз. Консервативні методи лікування ендометріозу» (код курсу 8.3)
Курс	ТУ «Амбулаторна акушерсько-гінекологічна допомога»
Спеціальність	Акушерство і гінекологія

Полтава

Кількість навчальних годин: 2 години.

I. Мета заняття

Як свідчать статистичні дані 75-80 % жінок репродуктивного віку страждають на різні естрогенозалежні захворювання. Доброякісні процеси діагностуються у кожній 4-ої жінки віком до 30 років. Згідно даних літератури у жінок старше 40 років патологічні стани молочних залоз виявляють у 60 % випадків. Ендометріоз виявляється у 50-75% гінекологічних хворих, які без ефективно лікують хронічні запальні процеси геніталій.

Ендометріоз — це захворювання, що характеризується розростанням за межами ендометрія ендометріальної тканини, яка за морфологічними ознаками подібна до слизової оболонки матки.

II. Об'єм повторної інформації

1. Класифікація жіночих статевих органів.
2. Будова жіночих статевих органів.
3. Функції жіночих статевих органів.
4. Циклічні зміни в організмі жінки.
5. Регуляцію репродуктивної функції жінки.

III. Об'єм нової інформації

1. Сучасні методи діагностики, які використовуються в гінекології.
2. Діагностична цінність кольпоцитології .
3. Тести функціональної діагностики яєчників.
4. Регуляція репродуктивної функції жінки.
5. Гінекологічне обстеження;
6. Забор мазків на флору та цитологію.
7. Оцінити результати лабораторних та інструментальних методів дослідження.

IV. ПЛАН ПРОВЕДЕННЯ ЗАНЯТТЯ

№ п/п	ЗМІСТ ЗАНЯТТЯ	Тривалість, хвилин
1.	Вступне слово викладача про мету заняття.	5
2.	Усне опитування інтернів згідно теми по учбовим питанням.	25
3.	Опанування практичних навичок.	30
4.	Розв'язування ситуаційних задач.	10
5.	Оцінка знань і навичок інтернів по темі заняття.	15
6.	Підсумок заняття.	5

V. Умови для проведення заняття

1. Учбова кімната.
2. Відділення функціональної діагностики, лабораторія.
3. Жіноча консультація.
4. Гінекологічна відділення.

Методичні і ілюстративні матеріали

1. Методична розробка до практичного заняття.
2. Добірка ситуаційних задач.
3. Історії хвороби, амбулаторні картки.

VI. Перелік практичних навичок інтернів та ступінь опанування ними

№ п/п	Назва практичних навичок	Ступінь засвоєння		
		ознай	опан.	овол.
1.	Перерахуйте види і форми ендометріозу.		+	
2.	Визначити роль ЦНС, гіпоталамічної області в регуляції менструального циклу. .		+	
3.	Назвати гормони гіпофіза та вказати їх значення.		+	
4.	Вкажіть зміни, які відбуваються в яєчниках, слизовій оболонці матки та опишіть їх взаємозв'язок.		+	
5.	Вимірювання і інтерпретація даних базальної температури.		+	+
6.	Вкажіть основні методи діагностики ендометріозу.		+	+
7.	Визначте показання до консервативного та оперативного методів лікування ендометріозу.		+	+

VII. МЕТОДИ КОНТРОЛЮ ОПАНУВАННЯ ПРАКТИЧНИМИ НАВИЧКАМИ

Перевірка базових знань за темою (опитування, тестовий контроль).

Самоконтроль лікаря-курсанта.

Вирішення ситуаційних задач.

Комп'ютерний контроль.

Питання

1. Ендометріоз, класифікація.
2. Гормональні методи діагностики при едометріозі.
3. Ендоскопічні методи дослідження при ендометріозі.
4. Комп'ютерна томографія як перспективний метод дослідження в гінекології.
5. Особливості УЗ-діагностики при ендометріозі.
6. Гормональні методи лікування ендометріозу.
7. Негормональні методи лікування ендометріозу.
8. Частота захворюваності ендометріозом.
9. Клініка і диференційна діагностика ендометріозу жіночих статевих органів.
10. Лабораторні методи діагностики ендометріозу.
11. Указати найчастіші локалізації ендометріозу у жінок.
12. Гормональні методи лікування.
13. Хірургічні методи лікування ендометріозу.

Завдання для самостійної роботи по темі заняття

1. Зібрати анамнез у хворої.
2. Оцінити стан жінки.
3. Діагностувати клінічні прояви методи ендометріозу.
4. Призначити додаткове обстеження при підозрі на ендометріоз.
5. Оцінити результати клініко-лабораторних досліджень у жінки з ендометріозом.
6. Визначити тактику ведення пацієнтки з ендометріозом.
7. Диспансерне спостереження хворої з ендометріозом.

Тестові завдання

1. Ознаки фізіологічного менструального циклу

а) двофазність; ациклічність; тривалість не менше, як 15 і не більше як 40 днів; крововтрата 200 – 250 мл.

б) однофазність; циклічність; порушення загального стану; крововтрата 50 мл.; тривалість менструації 5 днів;

в) двофазність; циклічність; тривалість не менше 20 днів і не більше 35 днів; тривалість менструації 2 – 7 днів; крововтрата 50 – 150 мл; відсутність болісних явищ, порушення загального стану.

2. Вкажіть фази маточного циклу:

а) десквамація, регенерація, секреція;

б) регенерація, секреція, проліферація, десквамація;

в) десквамація, регенерація, проліферація, секреція;

г) фолікулінова, лютеїнові.

3. Як називаються фази яєчникового циклу?

а) десквамації, проліферації, секреції;

б) фолікулінова, лютеїнові;

в) регенерації, проліферації.

4. Тривалість нормального менструального циклу:

а) не менш як 15 днів і не більш як 40 днів;

б) не менш як 20 днів і не більш як 35 днів;

в) не менш як 25 днів і не більш як 30 днів.

5. Яка тривалість менструації?

а) 2 – 7 днів;

б) 1 – 2 дні;

в) 5 – 9 днів;

г) 9 – 12 днів.

6. Яка крововтрата під час менструації?

а) 25 – 50 мл.;

б) 50 – 150 мл.;

в) 200 – 300 мл.;

г) 500 мл і більше.

Ситуаційні задачі

Задача 1

Хвора 15 років, звернулася до лікаря з скаргами на відсутність менструації, щомісячні болі внизу живота і в поясниці. Статевим життям не живе. При огляді: молочні залози і статеві органи розвинуті нормально, ріст волосся по жіночому типу. Вхід в піхву закритий слизовою оболонкою синюшного кольору, яка дещо випячується. При ректо-абдомінальному дослідженні матки і придатки без патології. В ділянці піхви пальпується еластичне утворення.

Який найбільш вірогідний діагноз?

А. Відсутність отвору в дівочій перетинці. Гематокольпос.

Б. Аплазія піхви.

В. Кіста гартнерового ходу.

Г. Гематома вульви.

Д. Атрезія піхви.

Задача 2

У жінки 28-ми років в період менструації виникає біль в низу живота, розпираючого характеру; шоколадні виділення з піхви. В анамнезі - хронічний аднексит. При

бімануальному огляді: зліва від матки визначається пухлиноподібне утворення розмірами 7x7 см нерівномірної консистенції, болюче при зміщенні, обмежено рухоме.

Який найбільш вірогідний діагноз?

- A. Фолікулярна кіста лівого яєчника
- B. Ендометріодна кіста лівого яєчника
- C. Фіброматозний вузол
- D. Загострення хронічного аднексита
- E. Пухлина сигмовидної кишки

VIII. Методичні матеріали до практичного заняття

Гіперпластичні процеси ендометрію (ГПЕ)-доброякісна патологія ендометрію, що характеризується прогресуванням клініко-морфологічних проявів від простої та комплексної гіперплазії до атипових передракових станів ендометрію і розвивається на тлі абсолютної чи відносної гіперестрогенії.

Проблема діагностики та лікування гіперплазії ендометрію викликає підвищений науковий та практичний інтерес, зумовлений не тільки високою частотою, а й ризиком малігнізації, оскільки в 30-70% випадків рак ендометрію в пери- і постменопаузі розвивається на тлі гіперпластичних процесів.

Крім того, гіперпроліферативні процеси ендометрію є частою причиною виникнення аномальних маткових кровотеч, частота яких становить 10-25% серед гінекологічних захворювань.

За міжнародною класифікацією(ВООЗ, 1982), до доброякісних(фонових) захворювань ендометрія належать такі:

- залозиста гіперплазія ендометрія;
- залозисто-кістозна гіперплазія ендометрія;
- поліпоз ендометрія.

До передракових станів належать:

- гіперплазія залоз із проліферацією клітин;
- аденоматоз та аденоматозні поліпи.

Залозисто-кістозна гіперплазія, якщо вона спостерігається в постменопаузі або неодноразово рецидивує у репродуктивному віці, теж належить до передракових станів.

Залозиста та залозисто-кістозна гіперплазія ендометрія— це різні ступені того самого процесу. Різниця між ними полягає у наявності чи відсутності кіст у гіперплазованому ендометрії.

Ознак атипії клітин при цих захворюваннях немає. Поліпоз утворюється в результаті прогресуючого розвитку гіперплазії.

Атипова гіперплазія (аденоматоз) характеризується структурною перебудовою і більш інтенсивною проліферацією залоз, порівняно з іншими видами гіперплазії. Циліндричний епітелій

залоз багатоядерний, утворює вирости в просвіт залоз, ядра збільшені, значна кількість патологічних мітозів. При вираженій формі аденоматозу залози щільно прилягають одна до одної, строма між

ними майже відсутня, у багаторядному епітелії залоз відмічається поліморфізм. Деякі форми цієї

патології мають схильність до малігнізації.

Етіологія.

Причини виникнення гіперпластичних процесів— різноманітні гормональні порушення нарівні гіпоталамус-гіпофіз-яєчники. Гіперплазія ендометрія виникає на тлі ановуляції, при монофазних циклах, що супроводжуються абсолютною чи відотною гіперестрогенією. Часто

гіперпластичні процеси виникають у хворих із гіперглікемією та ожирінням. У жінок з надмірною масою тіла естрогени(естрон) утворюються в жировій тканині з андрогенів (андростендіону). Це призводить до гіперестрогенемії, тому в худорлявих жінок ризик захворіти на естрогенозалежні захворювання удвічі нижчий.

До групи ризику виникнення гіперпластичних процесів також належать жінки із цукровим діабетом, пізнім початком менопаузи, жінки, що не народжували, з обтяженим сімейним анамнезом, хронічною ановуляцією.

Класифікація

Гіперпроліферативних процесів ендометрію:

- Проста неатипова гіперплазія ендометрію
- Комплексна неатипова гіперплазія ендометрію
- Проста атипова гіперплазія ендометрію
- Комплексна атипова гіперплазія ендометрію
- Аденокарцинома

Морфологічні ознаки простої неатипової гіперплазії- збільшення кількості як залозистих, так і стромальних елементів, при незначному переважанні перших:

- Ендометрій збільшений в об'ємі
- Структурно відрізняється від нормального ендометрія (залози і строма активні, залози розташовані нерівномірно, деякі кістозно розширені)
- Має місце баланс між проліферацією строми і залоз
- Кровоносні судини у стромі рівномірно розподілені
- Атипія ядер відсутня

Морфологічні ознаки комплексної неатипової гіперплазії- наявність тісного розташування залоз поширеного або вогнищового характеру:

- Більш виражена проліферація
- Залози структурно неправильної форми
- Порушений баланс між проліферацією строми і залоз
- Більш виражена багаторядність епітелію
- Атипія ядер відсутня

Морфологічні ознаки простої атипової гіперплазії ендометрію- наявність атипії клітин залоз, що проявляється втратою полярності розташування і незвичайною конфігурацією ядер, які часто набівають округлої форми. Ядра клітин по даному виді гіперплазії поліморфні, і них нерідко виділяються великі ядраця

Ознаки клітинної атипії:

- Клітинна дисполярність
- Неправильна стратифікація ядер
- Анізоцитоз
- Гіперхроматизм ядер
- Збільшення ядер
- Розширення вакуолей
- Еозинофілія цитоплазми

Комплексна атипова гіперплазія ендометрія характеризується вираженою проліферацією епітеліального компонента, що поєднується із тканинною та клітинною атипією без інвазії базальної мембрани залозистих структур. Залози втрачають звичну для нормального ендометрія регулярність розташування, вони вкрай різноманітні за формою і розмірами. Епітелій, який вистилає залози, складається із крупних клітин з поліморфними, округлими або витягнутими ядрами з порушеною полярністю та багаторядністю їх розташування.

Обстеження жінок з гіперпроліферативними процесами ендометрія за наявності клінічних показань включає:

1. Бактеріологічне та бактеріоскопічне дослідження.
2. Гормональне обстеження стану гіпофізарно-гонадної системи.
3. Дослідження функції щитоподібної залози.
4. Проведення тесту толерантності до глюкози.

При інтерпретації гістологічних заключень надзвичайно важливим є застосування уніфікованих методів оцінки ендометрія клініцистами і гістологами з використанням єдиної класифікації його патологічних станів та оцінки їх функціональної категорії (див.табл.1).

Таблиця 1. – Функціональні категорії різних видів гіперпроліферативних процесів ендометрія (G.L.Mutter et al.,2000) (В)

ВООЗ номенклатура (1994)	Функціональна категорія	Лікування
Проста неатипова гіперплазія	Ефект відносної або абсолютної	Гормонотерапія

Комплексна неатипова гіперплазія	гіперестрогенії	
Проста атипова гіперплазія	Предрак	Гормональне або хірургічне лікування
Комплексна атипова гіперплазія		
Аденокарцинома	Рак	Базується на стадії

Клініка

Клінічними проявами гіперпроліферативних процесів ендометрія є маткові кровотечі по типу метро- або менорагії, однак у 10-30% випадків відмічається асимптомний перебіг захворювання (С).

Діагностика

Основні задачі діагностики:

1. Виявлення гіперпластичного процесу та клінічна інтерпретація результатів гістологічного дослідження ендометрія.

2. Встановлення гормонозалежності гіперпластичного процесу та оцінка особливостей гормонального дисбалансу у конкретної пацієнтки.

Основним методом скринінгу та моніторингу стану ендометрія є ультразвукове дослідження з використанням трансвагінального датчика.

Ультразвукове дослідження:

- товщина ендометрія;
- його структура;
- рельєф порожнини матки;
- наявність супутньої патології біометрія;
- анатомічні особливості додатків матки.

У пацієнок в пери- та постменопаузі доцільно обчислювати ендометріально-маткове співвідношення (ЕМС) - відношення товщини ендометрія до передньо-заднього розміру матки, яке дозволяє враховувати більш швидкий темп інволюції ендометрія у порівнянні з міометрієм.

Ультразвукові ознаки різних видів патології ендометрія наведені у таблиці 2.

Таблиця 2.

Види патології ендометрія	Ультразвукові ознаки				
	Структура	Включення	Звукопровідність	Зовнішній контур М-ехо	Рельєф порожнини
Проста гіперплазія	неоднорідна (+)	дрібні багаточисельні ехопозитивні	підвищена	рівний	не змінений
Комплексна гіперплазія (аденоматозна)	неоднорідна (++)	дрібні багаточисельні ехонегативні	незначно підвищена	рівний	не змінений
Поліпи	неоднорідна (+++)	різної щільності та розмірів	середня або різко підвищена	округлі утворення різного діаметру	деформований
Атипова гіперплазія	неоднорідна (+++)	дрібні ехопозитивні або ехонегативні	підвищена	переважно нерівний, іноді відсутній розподіл з міометрієм	незмінений або деформований

Діагноз гіперплазії ендометрія може бути встановлений лише у результаті гістологічного дослідження.

Ультразвукові показання до взяття матеріалу для морфологічного дослідження ендометрія (А)

У перименопаузі та репродуктивному періоді:

- збільшення товщини ендометрія більш 16 мм або УЗД-ознаки порушення структури ендометрія;
- ЕМС більше 0,33.

У постменопаузі:

- збільшення товщини ендометрія більше 5 мм;
- ЕМС більше 0,15.

Основним методом отримання зразків ендометрія для гістологічного дослідження є **діагностичне вишкрібання порожнини матки**, яке за умови відсутності протипоказань проводиться за 7 днів до місячних, діагностична можливість його значно розширюється при використанні гістероскопії.

Застосування гістероскопії дозволяє:

- візуалізувати патологічні зміни ендометрія і визначати їх особливості і локалізацію;
- контролювати якість діагностичного вишкрібання з прицільним видаленням можливих залишків гіперпроліферативного ендометрія або поліпів при мінімальному травматизмі здорової тканини.

- виконувати внутрішньоматкові операції з застосуванням електро і лазерної хірургії.

Аспіраційна біопсія ендометрія проводиться за допомогою Pipelle та рекомендується для моніторингу стану ендометрія у разі проведення гормонотерапії. Застосування її на етапі скринінгового обстеження не рекомендується у зв'язку з неспівпаданням результатів гістологічного дослідження зразків ендометрія, отриманих при біопсії і кюретажі, у 18-42% випадків (С).

Етапи лікування пацієток з гіперплазією ендометрія

I етап - видалення зміненого ендометрія з наступним морфологічним дослідженням та визначенням подальшої тактики залежно від виду патології ендометрія.

II етап - гормональна терапія, спрямована на супресію ендометрія.

Тривалість даного етапу гормональної терапії - 6 місяців з повторним гістологічним дослідженням через 3 та 6 місяців. За умови гістологічного підтвердження гіперплазії ендометрія через 3 місяці на тлі гормонотерапії проводиться корекція лікування, а у жінок із атипovими формами гіперплазії – метод лікування погоджується з онкогінекологом.

Гормонотерапія проводиться у репродуктивному періоді, а у пери- та постменопаузі – лише при неатипових формах гіперплазії ендометрія.

Групи препаратів, які застосовуються для гормонотерапії гіперпластичних процесів ендометрія

Гестагени:

- дідрогестерон (лише при неатиповій гіперплазії ендометрія у репродуктивному віці з 5 по 25 день в дозі 20-30мг на добу);

- медроксипрогестерона ацетат (режими та дози див. табл.3);
- гестонорону капроат (режими та дози див. табл.3);
- 12,5% 17 оксипрогестерону капронат (режими та дози див. табл.3).

Агоністи ГнРГ :

- гозерелін 3,6 мг підшкірно 1 раз у 28 днів;
- бусерелін 3,75 в/м 1 раз у 28 днів;
- бусерелін спреї назальний 900мг на добу щоденно.

Показання до застосування агоністів ГнРГ у жінок з гіперплазією ендометрія (В):

- проста неатипова ГЕ у пери- та постменопаузі;
- рецидивуючий перебіг простої неатипової ГЕ у репродуктивному віці після монотерапії гестагенами;

- неатипова комплексна ГЕ у репродуктивному віці та перименопаузі;
- рецидивуюча комплексна неатипова ГЕ в репродуктивному віці;
- проста і комплексна атипова ГЕ в репродуктивному віці;
- ГЕ у сполученні із лейоміомою матки або аденоміозом.

Застосування агоністів ГнРГ у поєднанні із гестагенами доцільно протягом 3 місяців, а у разі необхідності (за умови відсутності атрофії ендометрія при контрольному гістологічному дослідженні ендометрія після 3-х місяців терапії) - до 6 місяців. У разі підтвердженної атрофії ендометрія через 3 місяці у подальшому проводиться призначення монотерапії гестагенами ще 3 місяці. Агоністи у цих випадках використовуються з метою підвищення ефективності консервативної терапії та профілактики метаболічних і психопатологічних порушень у результаті тривалого застосування високих доз (див.табл.3) пролонгованих гестагенів (гестонорона капроат, медроксипрогестерон, депо-провера, 17-оксипрогестерону капроната).

У разі комплексного застосуванні гестагенів з агоністами ГнРГ можливе застосування непролонгованих форм гестагенів.

III етап-оптимізація гормонального статусу з метою попередження розвитку гіперестрогенемії.

У репродуктивному віці:

- відновлення двохфазного менструального циклу за умови необхідності збереження репродуктивної функції (див.протокол лікування ановуляторної неплідності);
- використання гормональних контрацептивів із гестагеном, що має виражений антипроліферативний ефект на ендометрій (монофазні естроген-гестагенні препарати: етінілестрадіол (0,03 мг) – левоноргестрел (0,15 мг), етінілестрадіол (0,03 мг) – дезогестрел (0,15 мг), етінілестрадіол (0,03 мг) – діногест (2,0 мг)) (С);
- локальне використання гестагенів (внутрішньоматкова система з левоноргестрелом) (В).

У перименопаузі – меностаз із застосуванням агоністів ГнРГ (бусерелін- 3 місяці) на тлі прийому гестагенів протягом 6 місяців.

IV етап - диспансерне спостереження протягом 5 років після ефективної гормональної терапії та 6 місяців після оперативного лікування (УЗД органів малого тазу 2 рази на рік, див. наказ МОЗ від 28.12.2002 №503).

Паралельно з гормонотерапією за клінічними показаннями проводиться корекція обмінно-ендокринних порушень, нормалізація стану центральної і вегетативної нервових систем, корекція імунного статусу (див.табл.4).

За умови неефективності консервативної терапії ГЕ показано хірургічне лікування. У разі неатипових формах ГЕ, особливо у жінок репродуктивного віку, доцільно використання гістероскопічної резекції або абляції ендометрія (В), а при атипових – перевага віддається гістеректомії. Однак у репродуктивному віці та у будь-якому віці за умови наявності соматичної патології можливо застосування абляції ендометрія і при атипових формах (С).

Показання до оперативного лікування хворих із гіперпластичними процесами ендометрія

У репродуктивному віці:

- комплексна атипова ГЕ за умови відсутності ефекту від консервативної терапії через 3 місяці,
- проста атипова та комплексна неатипова гіперплазія за умови неефективності терапії через 6 місяців.

У клімактеричному періоді:

- комплексна атипова гіперплазія – при встановленні діагнозу,
- проста атипова та комплексна неатипова гіперплазія – за умови відсутності ефекту від консервативної терапії через 3 місяці.

ІХ. Основна література для опрацювання

1. Ліхачев В.К. Громова А.М. Методи обстеження та принципи лікування гінекологічних хворих в умовах ЖК.-Полтава,2000.
2. Гормонодиагностическая патология репродуктивной системы. Руководство для врачей./С.В.Зяблицев,Е.А.Бочерова/.-Донецк;Каштан,2009.
3. Ліхачов В.К. Практическая гинекология/ В.К.Лихачов.- Руководство для врачей.- М.: ООО «Медицинское информационное агенство», 2007.-664 с.

4. Гинекология./Под ред.. Г.М.Савельевой/.-М.,2004.
5. Гінекологія:підручник для ВМНЗУ III-IV рівнів-В.І.Грищенко М.О., Щербига Б.М., Венцківський та ін./-Медицина,2007.
6. Жилиев Н.И. Оперативная хірургія в акушерстве и гинекологии: учебное пособие для студентов мед.вузов.- М.:МИА, 2004.
7. Наказ МОЗ України від 15.12.2003 № 582 «Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги» (генітальний ендометріоз).
8. Наказ МОЗ України від 29.12.2003 № 620 «Про організацію надання акушерсько-гінекологічної та неонатологічної допомоги в Україні»
9. Гинекологическая диагностика и лечение // Под. общ. ред. Л.А.Сулопарова. - М.: 2006.
10. *Баскаков В.П.* Эндометриоз и малигнизация // Журнал акушерства и женских болезней. – СПб, 2003. – С. 20–27.
11. *Вовк И.Б., Корнацкая А.Г., Чайка В.К.* Опухолевидные поражения яичников. – Киев, 2007. – 32с.