

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ВИЩИЙ ДЕРЖАВНИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД УКРАЇНИ
«УКРАЇНСЬКА МЕДИЧНА СТОМАТОЛОГІЧНА АКАДЕМІЯ»
НАВЧАЛЬНО – НАУКОВИЙ ІНСТИТУТ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ
КАФЕДРА АКУШЕРСТВА ТА 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

**МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА ЛЕКЦІЇ
ДЛЯ ЛІКАРІВ-КУРСАНТІВ ЦИКЛУ ТЕМАТИЧНОГО
УДОСКОНАЛЕННЯ**

«Амбулаторна акушерсько-гінекологічна допомога»

Навчальна дисципліна	Акушерство та гінекологія
Тема:	«Лейоміома матки. Консервативні методи лікування лейоміоми матки» (код курсу 8.2)
Курс	ТУ «Амбулаторна акушерсько-гінекологічна допомога»
Спеціальність	Акушерство та гінекологія

I. Науково-методичне обґрунтування теми

Пухлини внутрішніх статевих органів у жінок досить розповсюджені. Вони спостерігаються у різні вікові періоди життя жінки і становлять 6-8% всіх гінекологічних захворювань. Доброякісні пухлини матки – це пухлини, які часто можуть призводити до порушення менструальної функції, порушення функції сусідніх органів, супроводжуватися анемією та іншими симптомами, з якими хворі звертаються до лікарів різних спеціальностей. Спеціалісти, до яких звертаються хворі, повинні диференціювати пухлини матки та яєчників з пухлинами інших органів черевної порожнини та малого тазу. Зміни в організмі хворою, які спостерігаються при даній патології, часто сприймаються за терапевтичну патологію. Все це говорить про те, що питання діагностики захворювань, що розглядаються в цій темі, повинні вивчатись лікарями всіх спеціальностей.

II. Навчальні цілі лекції

Ознайомити курсантів з головними питаннями, що пов'язані з проблемами профілактики, діагностики та лікування лейоміоми матки. Виховати методологічний підхід до аналізу викладеного матеріалу, обґрунтування діагнозу, організації лікувальних та профілактичних заходів.

III. Цілі розвитку особистості фахівця

Використання етико-деонтологічних прийомів у процесі клінічного обстеження жінок та виконанні лікарських маніпуляцій.

Посилити почуття відповідальності у лікарів-курсантів за правильність дій на етапах обстеження та лікування жінок з лейоміомами матки та психологічної та фахової готовності до реальних умов професійної діяльності.

I V. Міждисциплінарна інтеграція:

Дисципліни	Знати	Вміти
<i>Попередні:</i>		
1. Анатомія	Будова внутрішніх статевих органів	
2. Фізіологія	Регуляція нормального менструального циклу	Оцінити результати методів дослідження менструального циклу
3. Патфізіологія	Етіологія та патогенез естрогенозалежної гінекологічної патології	Оцінити результати методів дослідження гормональної функції яєчників
<i>Наступні:</i>		
1. Гінекологічна ендокринологія	Механізми розвитку репродуктивних порушень при лейоміомі матки	Призначити консервативне лікування жінці з лейоміомою матки, призначити контрацепцію.
2. Терапія	Механізми порушення функції внутрішніх органів у жінок із з лейоміомою матки.	Визначати ступінь ризику виникнення порушення функції внутрішніх органів у жінок із з

		лейоміомою матки.
--	--	-------------------

V. План та організаційна структура лекції

№п/п	Основні етапи лекції та їх зміст	Тип лекції. Засоби активізації курсантів. Матеріали методичного забезпечення	Розподіл часу
1.	Підготовчий етап (актуальність теми, мотивація її вивчення, мета).		5 хв.
2.	Основний етап (викладення лекційного матеріалу). Визначення основних термінів. Короткі історичні відомості, роль вітчизняних вчених. Доброякісні пухлини матки, класифікація. Механізм виникнення доброякісних пухлин матки.	Клінічна лекція. Мультимедійний супровід Питання, ситуаційні задачі. Детальний клінічний розбір історій хвороб жінок з пухлинами матки; аналіз клінічних випадків.	75 хв.
3.	Заключний етап.: <ul style="list-style-type: none"> • резюме лекцій, загальні висновки; • відповіді на можливі питання; • завдання для самопідготовки курсантів. 	Навчальна література. Завдання, питання.	10 хв.

VI. Зміст лекційного матеріалу

Лейоміома - гормонзалежна доброякісна пухлина міометрію.

Класифікація за МКХ-10:

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

Класифікація лейоміоми матки за локалізацією вузлів [Г.Б. Безнощенко, 2001]:- міжм`язові (інтрамуральні);

- підочеревинні (субсерозні);
- підслизові (субмукозні).

Розрізняють атипові форми за локалізацією: зашийкова, передшийкова, заочеревинна, надочеревинна, парацервікальна, міжзв'язкова.

Ріст вузла може бути: центрипетальним (усередину), експансивним (розмежування тканин), ексцентричним (назовні), інтралігаментарним (у листках широкої зв'язки).

Клініко-ультразвукова класифікація лейоміоми матки [D. Wildemeersch, E. Schacht, 2002]:

Тип I - один або множинні дрібні інтрамуральні вузли чи субсерозні вузли (менше 3 см). Відсутність субмукозних вузлів.

Тип II - один або множинні інтрамуральні або субмукозні вузли (3-6 см). Відсутність субмукозних вузлів.

Тип III - один або множинні інтрамуральні або субмукозні вузли (більше 6 см). Відсутність субмукозних вузлів.

Тип IV - один або множинні інтрамуральні або субсерозні вузли. Підозра або наявність доведеного субмукозного вузла.

Клініка.

У більшості жінок міома матки має безсимптомний перебіг, однак 20-50% пацієнток виявляють скарги, які є клінічними проявами ускладнень міоми:

- тазовий біль, тяжкість внизу живота;
- при виникненні таких ускладнень, як некроз вузла, інфаркт, перекрут ніжки вузла, може розвинутися картина "гострого живота". Можуть бути різкі болі внизу живота та у попереку, ознаки подразнення очеревини (блювота, порушення функції сечового міхура та прямої кишки), лейкоцитоз, прискорення ШОЕ, підвищення температури тіла;
- збільшення частоти сечовипускання;
- інші симптоми здавлювання суміжних органів: здавлювання оточуючих тканин вузлом міоми, який росте, сприяє виникненню порушень кровообігу з варикозними розширеннями, тромбозами судин пухлини, набряком, геморагічними інфарктами, некрозом пухлини, які проявляються постійно вираженим больовим синдромом, іноді високою температурою тіла;
- при субсерозній локалізації міом у залежності від їх розташування можуть виникати порушення функцій суміжних органів (сечового міхура, сечоводів, прямої кишки);

- при збільшенні розмірів пухлини більше як 14 тижнів вагітності можливий розвиток мієлопатичного та радікулалгічного синдромів:

у випадку мієлопатичного варіанту, який є результатом спінальної ішемії, хворі скаржаться на слабкість та тяжкість у ногах, парестезії, які починаються через 10-15 хвилин після початку ходьби та зникають після короткочасного відпочинку;

при радікулалгічному синдромі, який розвивається внаслідок здавлювання маткою сплетень малого тазу або окремих нервів, жінок хвилюють болі у

попереково-крижовій ділянці та нижніх кінцівках, розлад чутливості у вигляді парестезій або гіперпатій.

Маткові кровотечі з відповідним розвитком анемії. Маткові кровотечі - одне з найбільш частих ускладнень лейоміоми, обумовлене наступними причинами: - патологічна трансформація матки зі збільшенням її порожнини та площі ендометрію;

- порушення скоротливості матки внаслідок наявності субмукозних вузлів або великих поліпів ендометрію;

- нерівномірність морфофункціональних змін ендометрію та порушення процесу його розташування, що призводить до передчасного відшарування ще не підготовленого до відторгнення ендометрію;

- порушення функції яєчників;

- міжм'язова локалізація вузлів, крім збільшення порожнини матки та площі ендометрію, нерідко призводить до порушення регіонарного кровообігу і також сприяє розвитку гіперполіменореї або дисменореї.

Діагностика.

1. Бімануальне дослідження.

2. Ультразвукове дослідження органів малого тазу, яке дозволяє встановити розміри, кількість, локалізацію, ехогенність, структуру вузлів, виявити наявність супутньої гіперплазії ендометрію, патології додатків.

3. В окремих випадках проводиться МРТ.

4. Гістологічне дослідження зіскрібка із цервікального каналу та порожнини матки.

5. Гістероскопія застосовується для виявлення наявності підслизових фіброматозних вузлів, стану ендометрію, у деяких випадках-гістеросальпінгографія. Перевагою гістероскопії є можливість одночасної біопсії ендометрію, видалення поліпів та субмукозних вузлів, абляції та резекції ендометрію.

6. Порівняно рідко виникає необхідність у діагностичній лапароскопії, переважно при необхідності диференційної діагностики (лейоміома або пухлина додатків) та для розпізнання вторинних змін в міомі та доплеросонографії, що використовується для виявлення особливостей васкуляризації вузлів.

Принципи ведення пацієнток:

Жінкам із невизначеним діагнозом лейоміоми після проведення трансвагінального ультразвукового дослідження та трансвагінальної соногістерографії або тим, які відмовляються від проведення трансвагінальної ультрасонографії у зв'язку з можливим дискомфортом, можна рекомендувати МРТ.

Жінкам, у яких діагностовано лейоміому матки, доцільно обстежувати стан щитоподібної залози, зважаючи на те, що у 74% випадках міома розвивається на тлі патології щитоподібної залози.

При розмірах лейоміоми більше 12 тижнів слід надавати перевагу трансабдомінальному ультразвуковому дослідженню.

Метод трансвагінальної ехографії є високоінформативним у діагностиці гіперплазії ендометрію, але за допомогою цього методу часто неможливо розрізнити субмукозну міому та поліпи.

Застосування трансвагінальної ехографії та трансвагінальної соногістерографії має більшу діагностичну цінність при визначенні локалізації субмукозних вузлів у порівнянні із гістероскопією. Попереднє проведення трансвагінальної соногістерографії у жінок із внутрішньоматковою патологією у 40% випадків дозволяє уникнути гістероскопії.

При проведенні гістероскопії виконуються наступні рекомендації:

- більш доцільним є використання фізрозчину;
- процедура виконується під анестезією.

Жінки із безсимптомним перебігом міоми розмірами до 12 тижнів при відсутності інших патологічних утворень органів малого тазу потребують подальшого поглибленого обстеження для виявлення іншої патології, що спричиняє розвиток лейоміоми матки та відповідно її лікування. Вони повинні звертатися до лікаря 1 раз на рік, або у разі виникнення симптомів захворювання - частіше.

Жінки із асимптомною міомою більше 12 тижнів повинні консультиватися у спеціалістів індивідуально в узгодженому режимі спостереження, але не рідше одного разу на рік та отримувати консервативну терапію у разі відмови від операції або при наявності протипоказань до неї. Навіть при відсутності клінічних проявів захворювання, у зв'язку із несприятливим прогнозом перебігу міоми розмірами більше 12 тижнів, зважаючи на зниження гальмуючої дії гормональної терапії при великих розмірах міом, консервативна міомектомія рекомендується жінкам, зацікавленим у збереженні репродуктивної функції.

Медикаментозне лікування міоми.

Медикаментозна терапія є методом вибору у жінок, які не підлягають хірургічному лікуванню або відмовляються від нього. Варто відмітити, що розміри міоми повертаються до попередніх протягом 6 місяців після припинення терапії.

Медикаментозне лікування включає негормональні засоби та препарати гормональної терапії.

Негормональні засоби – переважно симптоматична терапія: гемостатики (при кровотечі) та спазмолітики, нестероїдні протизапальні препарати (при больовому синдромі), а також заходи, направлені на лікування патологічних станів, що можуть сприяти росту лейоміоми матки (патологія щитоподібної залози, запальні процеси геніталій) та на нормалізацію обміну речовин (антиоксиданти, антиагреганти, полівітаміни, фітотерапія).

Гормональна терапія – основа медикаментозного лікування лейоміоми, являє собою корегуючу гормональну терапію, направлену на зменшення як системної, так і локальної дисгормонемії.

Оральні контрацептиви не призводять до зменшення розмірів лейоміоми, але можуть зменшувати менструальну крововтрату зі значним підвищенням гематокриту та інших показників гемограми і можуть застосовуватися для гемостазу.

Даназол не рекомендується як початкове лікування фіброміоми, оскільки він не є таким ефективним як аГн-РГ та має андрогенні побічні ефекти.

Прогестагени застосовуються у комплексі медикаментозного лікування лейоміоми, яка супроводжується гіперпластичними процесами ендометрію з метою зменшення локальної гіперестрогенемії. Використовуються препарати, дози та режими, що забезпечують стромальну супресію ендометрію (дідрогестерон 20-30мг з 5 по 25 день менструального циклу (МЦ)), норетістерон (10 мг з 5 по 25 день МЦ) та лінестрол (20мг з 5 по 25 день МЦ).

Лікування агоністами Гн-РГ ефективно зменшує розмір вузлів та матки, але застосовується не більше 6 місяців у зв'язку із розвитком синдрому медикаментозної менопаузи при тривалому застосуванні. Жінкам із міомою, що мають гіперпластичні процеси ендометрію, рекомендується застосування Гн-РГ (гозерелін) сумісно із призначенням дідрогестерону по 20мг з 5 по 25 день (протягом першого циклу).

Лікування агоністами Гн-РГ (гозерелін) у комбінації із ЗГТ (“add-back” терапія естрогенами та прогестинами) призводить до зменшення розмірів міоми, не викликає проявів медикаментозної менопаузи та є альтернативним методом лікування для жінок, які мають протипоказання до хірургічного лікування або поінформоване відмовлення від операції.

Жінкам із діагностованою лейоміомою, які мають кров'янисті виділення при застосуванні ЗГТ, рекомендується зменшити дозу естрогенів, або збільшити дозу прогестерону.

Спостережень щодо підтвердження зменшення розмірів міоми при застосуванні ВМС, що виділяють прогестагени, недостатньо, однак позитивна динаміка клінічних проявів дозволяє рекомендувати цей метод у лікуванні лейоміоми.

Таблиця – Рекомендовані засоби гормональної терапії міоми

	Рівень достовірності ефективності	Покращення симптомів	Зменшення розмірів міоми	Максимальна тривалість застосування	Можливі побічні ефекти
КОК (при наявності важкої менструальної кровотечі)	б	Позитивний вплив	Відсутність ефекту	Не обмежена при відсутності протипоказань з боку екстрагенітальних захворювань	Нудота, головний біль, масталгія
Аналоги Гн-Рг (гозерелін 3,75мг 1 раз на 28 днів)	а	Позитивний вплив	Позитивний ефект	6 міс	Симптоми медикаментозної менопаузи
ВМС із левоноргестрелом	в	Позитивний вплив	Вплив не доведено	5 років	Нерегулярні мізерні місячні, експульсія
Прогестагени із вираженим впливом на ендометрій (при	в	Позитивний вплив	Вплив не доведено	6 міс	Нудота, головний біль, масталгія

супутній гіперплазії ендометрію)					
Даназол	а	Досліджень не достатньо	Позитивний ефект	6 міс	Андрогенні побічні ефекти

Хірургічне лікування.

Рішення про проведення гістеректомії або міомектомії приймається у залежності від: віку жінки, перебігу захворювання, бажання зберегти репродуктивний потенціал, розташування та кількості вузлів:

Жінкам із великими розмірами матки (більше 18 тижнів) або наявністю анемії до проведення хірургічного лікування рекомендується призначення агоністів Гн-РГ (гозерелін, тріпторелін) протягом 2 місяців за умови відсутності онкогінекологічного анамнезу.

Жінкам із діагностованою субмукозною лейоміомою та значними кровотечами, як альтернатива гістеректомії, також проводиться гістероскопічна міомектомія, абляція або резекція ендометрію.

Жінкам віком до 45 років із субсерозними або інтрамуральними симптомними лейоміомами, зацікавленим у збереженні матки, як альтернатива гістеректомії рекомендується міомектомія із обов'язковим інтраопераційним гістологічним експрес-дослідженням видаленого вузла.

Не застосовується лапароскопічна міомектомія жінкам, які планують завагітніти, у зв'язку із даними про збільшення ризику розриву матки.

Немає достатніх даних рекомендувати застосування адгезивних засобів при кровотечах на тлі лейоміоми.

Немає достатніх даних про ефективність використання окситоцину, вазопресину під час операції для зменшення крововтрати.

Немає достатніх даних для оцінки ефективності лазеріндукованої інтерстинціальної термотерапії, міолізісу або кріоміолізісу.

Емболізація міоми може бути ефективною альтернативою міомектомії або гістеректомії.

Оперативне лікування випадково виявленої безсимптомної міоми з метою профілактики її малігнізації - не рекомендується.

Основні принципи лікування лейоміом матки:

1. Усі види впливу на функцію яєчників, які знижують продукцію естрадіолу та нормалізують співвідношення факторів росту (IGF-1/IGF-2), є патогенетично обґрунтованими методами лікування міом матки.

2. Вилучення "сторонніх" (аномальних) гормонозалежних мас (вузлів міоми, гіперплазії ендометрію) із матки розкриває хибне коло "стимуляції споживанням", різко знижує інтенсивність локальної гіпергормонемії матки та веде до інволюції гіпертрофованого міометрію.

3. Профілактика розвитку лейоміоми полягає у попередженні розвитку гіперестрогенних станів - вчасна корекція порушень менструального циклу, ановуляції, діагностика та лікування гіперплазії ендометрію як естрадіолспоживаючого субстрату.

Показання до консервативної терапії лейоміоми матки:

1. Бажання хворої зберегти репродуктивну функцію.
2. Клінічно малосимптомний перебіг захворювання.
3. Міома матки, яка не перевищує розмірів 12 тижнів вагітності.
4. Інтерстиціальне або субсерозне (на широкій основі) розташування вузла.
5. Міома, що супроводжується екстрагенітальними захворюваннями із високим анестезіологічним та хірургічним ризиком.
6. Консервативне лікування як підготовчий етап до операції або як реабілітаційна терапія у післяопераційному періоді після консервативної міомектомії.

Комбінована терапія міоми.

Полягає у застосуванні хірургічного лікування у обсязі консервативної міомектомії на тлі медикаментозної терапії (використання аналогів Гн-РГ у до- та післяопераційному періоді).

Показання для комбінованої терапії (застосування агоністів та лейоміомектомії):

1. Зацікавленість жінки у збереженні матки та репродуктивній функції.
2. Міома з великою кількістю вузлів.
3. Міома з вузлом розміром понад 5 см.

Етапи комбінованої терапії:

I етап – 1 ін'єкція аГн-РГ із інтервалом 28 днів.

II етап – консервативна міомектомія.

III етап - друга ін'єкція аГн-РГ.

Показання до міомектомії, як II етап комбінованого лікування:

1. Відсутність динаміки зменшення розмірів міоматозного вузла після 2-х ін'єкцій аналогів Гн-РГ. Зважаючи на дані літератури про високий ризик малігнізації аГн-РГ резистентних вузлів, вважається доцільним проводити термінове хірургічне втручання.

2. Збереження клінічної симптоматики (біль, розлади функції суміжних органів тощо) навіть при позитивній динаміці розмірів вузла.

Переваги проведення хірургічних втручань на тлі призначення аГн-РГ:

- зменшення розмірів вузлів, васкуляризації та крововтрати;
- зменшення часу операції;
- зменшення часу нормалізації функціональної маси та розмірів матки після консервативної міомектомії.

Показання до хірургічного лікування лейоміоми:

1. Симптомна лейоміома (із геморагічним та больовим синдромом, наявністю анемії, симптомів здавлення суміжних органів).
2. Величина лейоміоми 13-14 тижнів та більше.
3. Наявність субмукозного вузла.
4. Підозра на порушення живлення вузла.
5. Наявність субсерозного вузла міоми на ніжці (у зв'язку із можливістю перекрута вузла).

6. Швидкий ріст (на 4-5 тижнів на рік та більше) або резистентність до терапії аналогами Гн-РГ).
7. Лейоміома у сполученні із передпухлинною патологією ендометрію чи яєчників.
8. Безпліддя внаслідок лейоміоми матки.
9. Наявність супутньої патології додатків.

Показання до субтотальної гістеректомії (надпівкової ампутації матки):

1. У випадках, коли пацієнтка наполягає на збереженні шийки матки при відсутності патології епітелію піхвової частини її та ендocerвіксу.

2. Тяжка екстрагенітальна патологія, що потребує скорочення терміну операції.

3. Виражений спайковий процес або тазовий ендометріоз у зв'язку із підвищеним ризиком травмування сигмовидної кишки чи сечоводу або інших ускладнень.

4. Необхідність термінової гістеректомії у надзвичайних випадках (відсутність етапу видалення шийки скорочує тривалість операції, що має суттєве значення при виконанні термінового оперативного втручання).

Об'єм оперативного втручання у відношенні додатків базується на основі принципів:

На *користь* профілактичної оваріоектомії є наступні аргументи:

Перший - у 1-5% випадків виникає необхідність у повторній операції доброякісних пухлин яєчників.

Другий - функція яєчників після гістеректомії дещо погіршується і вже після двох років у більшості жінок розвивається синдром виснаження яєчників.

Проти профілактичної оваріоектомії свідчать наступні аргументи:

Перше - високий ризик розвитку синдрому хірургічної менопаузи після видалення яєчників, підвищення смертності від остеопорозу та серцево-судинних захворювань, що потребують у більшості випадків тривалого застосування ЗГТ.

Друге - психологічні аспекти, пов'язані із видаленням яєчників.

Емболізація є перспективним методом лікування симптомної лейоміоми матки - як самостійний метод, так і у якості передопераційної підготовки до наступної міомектомії, який дозволяє зменшити об'єм інтраопераційної крововтрати.

Переваги емболізації судин:

- менший об'єм крововтрати;
- нижча частота інфекційних ускладнень;
- нижчий рівень летальності;
- скорочення термінів одужання;
- збереження фертильності.

Можливі ускладнення емболізації:

- тромбоемболічні ускладнення;
- запальні процеси;
- некроз субсерозного вузла;
- аменорея.

VII. Матеріали активізації курсантів під час викладання лекції

Перелік питань внесених на підсумковий контроль:

1. Етіологія і патогенез пухлиноутворення.
2. Клініка, діагностика, лікування пухлин епітеліального походження.
3. Що таке лейоміома матки?
4. Яка частота лейоміома матки?
5. Назвіть класифікацію лейоміома матки.
6. Етіологія і патогенез лейоміома матки.
7. Які клінічні прояви пухлин матки?
8. Перерахуйте ускладнення при лейоміомах?
9. Які методи діагностики лейоміоми матки?
10. Назвіть показання до хірургічного лікування лейоміоми матки.
11. Які основні види і техніка операцій при лейоміомі матки?
12. Яка консервативна терапія при лейоміомі матки?
13. Диспансерне спостереження за хворими на лейоміому матки.

Завдання для самостійної роботи по темі лекції

1. Провести збір анамнестичних даних;
2. Провести піхвове дослідження;
3. Провести пальпацію молочних залоз;
4. Підготувати хвору до операції;
5. Вибрати оптимальний об'єм оперативного лікування;
6. Засвоїти методи збору матеріалу для лабораторних методів дослідження;
7. Знати схему гормонального лікування фіброміоми;
8. Вияснити можливі оперативного лікування при фіброміомах

Тестові завдання

1. 44-літня жінка знаходиться на обліку з приводу міоми матки 10 років, за останній рік відмічено швидкий ріст пухлини, менструальний цикл складає 35-40 днів з 8-10-тиденними значними кровотечами. В міжменструальний період спостерігаються мажучі кров'яністі виділення. Проведення якого із нижчевказаних методів дослідження обов'язкове для визначення подальшої тактики ведення пацієнтки?

- A** * Біопсія ендометрія
- B** УЗД органів малого тазу
- C** Внутрішня пієлографія
- D** Гістеросальпінгографія
- E** Кольпоцитологія

2. Хвора 45 років скаржиться на помірні кров'яні виділення з піхви, Переймоподібний біль протягом останнього місяця, загальну слабкість, головокружіння. Жінка знаходиться на диспансерному обліку 5 років з приводу фіброміоми матки розмірами в 7 тижневу вагітність. Аналіз крові: Нв-65 г/л. Який діагноз найбільш імовірний на основі анамнестичних даних?

- A** * Фіброматозний вузол, що народжується
- B** Рак шийки матки

- C* Кровоточаща ерозія шийки матки
- D* Кровоточащий поліп шийки матки
- E* Ендометріоз шийки матки

3. До гінеколога звернулася жінка 42 років зі скаргами на тривалі менструації протягом 1 року, зниження працездатності, загальну слабкість. Об'єктивно: шкіряні покриви бліді, гемоглобін 80 г/л. При бімануальному дослідженні визначається збільшене до 15 тижнів вагітності тіло матки, щільне, рухоме. Додатки не визначаються. Склепіння піхви глибокі, безболісні. Виділення кров'яні, помірні. Проведено лікувально-діагностичне вишкрябування слизової матки. Гістологічне дослідження зіскребу – залозево-кистозна гіперплазія ендометрію. Що є причиною постгеморагічної анемії.

- A* * Міома матки, менорагія.
- B* Гостре запалення додатків матки.
- C* Рак тіла матки
- D* Рак тіла матки.
- E* Позаматкова вагітність

4. Хвора 3. 49 років знаходиться на диспансерному спостереженні з приводу фіброміоми матки. За останній рік пухлина матки збільшилася до 20 тижнів вагітності. Який раціональний метод лікування?

- A* * Екстирпація матки з додатками
- B* Гормональне лікування
- C* Подальше спостереження
- D* Ампутація матки без додатків
- E* Лікування інгібіторами простогландинів

5. Хвора 42 років звернулася до лікаря зі скаргами на ниючі болі внизу живота, слабкість, тривалі та рясні місячні. Стан задовільний. При бімануальному дослідженні виявлено збільшену матку до 10 тижнів, щільну, безболісну, з нерівними контурами. Який імовірний діагноз?

- A* * Міома матки
- B* Дісфункціональна маткова кровотеча
- C* Кістома яєчника
- D* Рак тіла матки
- E* Маткова вагітність

VIII. Матеріали для самопідготовки

A. По темі викладеної лекції «Лейоміома матки. Консервативні методи лікування лейоміоми матки»

1. Лихачов В.К. Практическая гинекология/ В.К.Лихачов.- Руководство для врачей.- М.: ООО «Медицинское информационное агенство», 2007.-664 с.
2. Лихачов В.К. Практическая гинекология с неотложными состояниями: Руководство для врачей / В.К.Лихачов.- М.: ООО «Медицинское информационное агенство», 2013.-840 с.
3. Наказ МОЗ України №676 від 31.12.2004 р. "Про затвердження клінічних протоколів з акушерства та гінекології". 2004.

4. Наказ МОЗ України № 59 від 21 січня 2014 р. «Планування сім'ї. Адаптована клінічна настанова, зоснована на доказах»