

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ВИЩИЙ ДЕРЖАВНИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД УКРАЇНИ
«УКРАЇНСЬКА МЕДИЧНА СТОМАТОЛОГІЧНА АКАДЕМІЯ»
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 СЕМІНАРСЬКОГО ЗАНЯТТЯ
ДЛЯ ЛІКАРІВ-КУРСАНТІВ ПЕРЕДАТЕСТАЦІЙНОГО ЦИКЛУ
ЗА ФАХОМ «АКУШЕРСТВО І ГІНЕКОЛОГІЯ»**

Навчальна дисципліна	Акушерство та гінекологія
Тема:	Доброякісні пухлини матки та гіперпластичні процеси ендометрію (код курсу 13.2.)
Курс	Передатестаційний цикл
Факультет	Післядипломної освіти
Спеціальність	Акушерство і гінекологія

Полтава

Кількість навчальних годин: 2 години.

I. Мета заняття

Фіброма матки – одна з найбільш поширених пухлин статевих органів жінки. Хворі з фіброміомою складають від 4 до 10% загальної кількості гінекологічних хворих. Це захворювання досить часто супроводжується такими ускладненнями, які призводять до зниження і тимчасової втрати працездатності. Хворі на фіброміому часто підлягають оперативному втручанню. В них можливі такі ускладнення, як анемія, зміни серцево-судинної діяльності, в зв'язку з чим лікарям інших спеціальностей (терапевт, гематолог, хірург) доводиться зустрічатися з хворими фіброміомою матки, тому знання цього захворювання необхідно лікарям всіх спеціальностей.

II. Об'єм повторної інформації

1. Будову жіночих статевих органів
2. Класифікацію передракових станів ендометрію
3. Етіологія даних процесів
4. Фактори ризику доброякісних утворень матки

III. Об'єм нової інформації

1. Лейоміома матки, класифікація.
2. Гормональні методи діагностики лейоміоми матки.
3. Ендоскопічні методи дослідження при лейоміомі матки.
4. Комп'ютерна томографія як перспективний метод дослідження в гінекології.
5. Особливості УЗ-діагностики при лейоміомі матки.
6. Гормональні методи лікування лейоміоми матки
7. Класифікація передракових станів ендометрію
8. Етіологія даних процесів.
9. Методи діагностики.
10. Методи лікування.

IV. План проведення заняття

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

V. Умови для проведення заняття

1. Учбова кімната.
2. Жіноча консультація.

Методичні і ілюстративні матеріали

1. Методична розробка до практичного заняття.
2. Добірка ситуаційних задач.
3. Історії пологів з наявністю післяпологових ускладнень легкого ступеню.
4. Обладнання і інструменти для гінекологічного обстеження породіллі.

VI. Перелік практичних навичок та ступінь опанування ними

№ п/п	Назва практичних навичок	Ступінь засвоєння		
		ознай	опан.	овол.

1.	Зібрати і оцінити анамнез жінки. Бімануальне обстеження жінки		+	
2.	Оцінити результати лабораторних досліджень		+	
3.	Оцінити результати УЗД		+	

VI. МЕТОДИ КОНТРОЛЮ ОПАНУВАННЯ ПРАКТИЧНИМИ НАВИЧКАМИ

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

Самоконтроль лікаря-інтерна.

Вирішення ситуаційних задач.

Комп'ютерний контроль.

Питання

1. Лейоміома матки, класифікація.
2. Гормональні методи діагностики лейоміоми матки.
3. Ендоскопічні методи дослідження при лейоміомі матки.
4. Комп'ютерна томографія як перспективний метод дослідження в гінекології.
5. Особливості УЗ-діагностики при лейоміомі матки.
6. Гормональні методи лікування лейоміоми матки
7. Класифікація передракових станів ендометрію
8. Етіологія даних процесів.
9. Методи діагностики.
10. Методи лікування.

Завдання для самостійної роботи по темі заняття

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 забору матеріалу для лабораторних методів дослідження;
7. Знати схему гормонального лікування фіброміоми;
8. Вияснити можливі оперативного лікування при фіброміомах.

Тестові завдання

1. Жінка 54 років скаржиться на мажучі кров'яністі виділення з піхви та диспареунію. Менопауза протягом 3 років. При ультразвуковому дослідженні виявлена атрофія ендометрія. При огляді в дзеркалах – слизова оболонка піхви бліда, суха, відмічаються виразки на слизовій оболонці. Виберіть найбільш підходяще лікування або процедуру.

1. Роздільне діагностичне вишкрібання порожнини матки
2. Призначення медроксипрогестерон-ацетату
3. Послідовна терапія естрогенами і прогестероном *
4. Біопсія ендометрію
5. Застосування естрогенового крему

2. Хвора 48 років скаржиться на рясні менструації. Менструації до цього часу були без відхилень від норми. Родів — 2, абортів — 2. За останні 2 роки до гінеколога не зверталась. Об'єктивно: зовнішні статеві органи без патології, шийка матки циліндрична, чиста. Тіло матки збільшене до 14 — 15 тижнів вагітності, нерівної поверхні, рухоме, безболісне. Склепіння глибокі. Придатки не визначаються, область їх безболісна. Параметрії вільні. Виділення слизові. Який найбільш вірогідний діагноз?

1. Хоріонепітеліома
2. Саркома тіла матки
3. Вагітність 14-15 тижнів
4. Фіброміома матки *
5. Рак ендометрію

3. Хвора 36 років звернулась в жіночу консультацію з скаргами на біль внизу живота. Сама хвора знайшла пухлину в черевній порожнині. Менструації до цього часу були без відхилень від норми, але стали більш рясними. Остання менструація 10 днів тому. Родів — 2, абортів — 2. За останні 2 роки до гінеколога не зверталась. Об'єктивно: зовнішні статеві органи без патології, шийка матки циліндрична, чиста. Тіло матки збільшене до 22 — 23 тижнів вагітності, нерівної поверхні, рухоме, безболісне. Склепіння глибокі. Додатки не визначаються, область їх безболісна. Параметрії вільні. Виділення слизові. Який найбільш вірогідний діагноз?

1. Фіброміома матки *
2. Саркома тіла матки
3. Вагітність 14-15 тижнів
4. Хоріонепітеліома
5. Рак ендометрію

4. Хвора 48 років, звернулась з приводу того, що за останні 8 — 9 місяців менструації дуже рясні, приводять до анемізації, порушена працездатність. Протягом 2 років спостерігається гінекологом з приводу фіброміоми матки. Об'єктивно: шийка матки циліндрична, чиста, вічко закрите. Тіло матки в нормальному положенні, збільшене до 9 — 10 тижнів вагітності, нерівної поверхні, цупке, рухоме, безболісне. Придатки з обох сторін не визначаються. Параметрії вільні. Склепіння глибокі. Виділення слизові. Який найбільш вірогідний діагноз?

1. Рак ендометрію *
 2. Субсерозна фіброміома матки
 3. Інтерстиціальна фіброміома матки
 4. Ендометріоз з переважним ураженням тіла матки
 5. Фіброміома матки та вагітність
5. Хвора 14 років, звернулась в гінекологічне відділення зі скаргами на рясні кров'янисті виділення зі статевих шляхів, на протязі 8 днів, що з'явилися після затримки менструації на 2 місяці. Менархе з 13 років, по 4 дні, через 28 днів, помірні. В аналізі крові Нв=90г/л, еритроцити $2,0 \cdot 10^{12}/л$, АТ=100/60 мм рт.ст. При ректальному дослідженні матка нормальних розмірів, придатки не пальпуються. Який діагноз найбільш імовірний:
1. * Ювенільна кровотеча
 2. Поліп ендометрію
 3. Неповний аборт
 4. Коагулопатія

Ситуаційні задачі :

1 Дівчинка 13 років надійшла до гінекологічного стаціонару з сильною кровотечею, яка з'явилась після тривалої затримки менструації. Незадовго до цього перенесла сильну психотравму. Менструації з 11 років, о 5-6 днів при 30-днівному циклі, помірні, безболісні. Соматично здорова. Нормостенік, ріст 160 см, вага -42 кг. Біла. При ректоабомінальному дослідженні: матка обичних розмірів і консистенції, в анифлексію-версію, додатки не змінені. Цілі і задачі терапії? (Гемостаз, нормалізація загального стану, регуляція менструальної функції , терапія

анемії)

2. Хвора 46 років доставлена у гінекологічне відділення каретою швидкої допомоги зі скаргами на надмірну менструацію протягом останніх 2-х діб, слабкість, головокружіння. При проведенні піхвового дослідження виявилось, що матка щільна, безболісна, збільшена до 9 тиж. вагітності. Тактика лікаря. (лікувально-діагностичне роздільне фракційне вишкрібання, відправлення зішкрібу на ПГД і потім вирішувати подальшу тактику)

3. Жінка 32 років звернулася до лікаря зі скаргами на болісні, рясні та тривалі менструації, які тривають уже протягом 6 місяців, загальну слабкість, запаморочення. Шкіра та видимі слизові оболонки бліді. При піхвовому дослідженні виявлено: матка збільшена в розмірах як до 9-10 тижнів вагітності, правильної форми, безболісна, рухлива, придатки з обох боків не пальпуються, інфільтратів в малому тазу немає, склепіння вільні. Був встановлений діагноз фіброміома матки, постгеморагічна анемія. Виберіть найбільш правильну тактику ведення хворої. (Провести діагностичне фракційне вишкрібання з подальшим оперативним лікуванням; об'єм операції вирішити після подальшого інструментального та лабораторного обстеження.)

VII. Методичні матеріали до практичного заняття

Міома доброякісна пухлина, яка виникає в гормональнозалежному органі (матці). Частота цього захворювання у жінок від 25 до 40 років складає 17-25%. За патогенезом існують такі погляди:

Теорія первинної міоми. Коли на першому місці знаходиться порушення нейроендокринної регуляції внаслідок спадкових причин, патогенетичних та інфантилізму.

Вторинна міома. Найбільшу роль у розвитку заворювання грають порушення рецепції. У таких жінок в анамнезі виявляються багато вагітностей, абортів, аномалій розвитку статевих органів, хронічні запальні процеси, що призводять до порушення чутливості р-рецепторів до прогестерону.

Класифікація міом:

1. За зміною форми матки – вузлові, дифузні.
2. За кількістю вузлів: поодинокі, множинні.
3. За характером росту: інтерстиціальну, субсерозні, субмукозні.
4. За часом росту: швидко- та повільноростучі.
5. За місцем розташування вузлів: дно мати, тіло, ділянка перешийка, шийка матки.

Розбираються особливості клінічного виникнення різних форм міоми матки, зупиняються на симптомних і безсимптомних міомах матки. Особлива увага звертається на симптоматику субмукозної міоми матки: кровотеча типу мено-метрорагії, наявність постгеморагічної анемії, переймоподібних болей під час менструацій. Можливе народження субмукозного вузла.

Ускладнення: профузні кровотечі, некроз вузла, злоякісне переродження, тромбоз вен тазу та ніг, тромбоемболія легеневих судин, внаслідок гіперкоагуляції, кальциноз вузла, нагноєння вузла, перекручування ніжки вузла міоми.

Діагностика проводиться із застосуванням спеціальних методів дослідження: зондування матки, вишкрібання матки при метрорагіях, гістероскопія і гістеросальпінгографія (при субмукозній міомі), ультразвукове дослідження.

Лікування фіброміоми повинно бути суворо індивідуальним і залежати від віку жінки, розмірів пухлини і локалізації вузлів особливостей клінічної течії, наявності супутніх захворювань.

Показання до оперативного лікування:

1. Тривалі менструації.
2. Розміри пухлини 13-14 тижнів і більше.

3. Швидкий ріст пухлини (4 тижня за рік).
4. Непліддя.
5. Субмукозна міома.
6. Субсерозна міома з перекрутом ніжки вузла.

Види оперативного лікування: консервативна міомектомія (у жінок молодого віку при неплідді, поодинокі вузли, видалення вузла на ніжці).

Консервативна терапія складається з гормонального лікування, симптоматичного, фізіотерапевтичного, а також перебдачає виявлення і лікування гінекологічних та екстрагенітальних захворювань.

З метою корекції гормонального дисбалансу призначаються гестагени, як прогестеронового ряду (прогестерон, прегнін, 17-ОПК), так і норстероїдного (норколут, норетістерон, примолютнор).

Схеми призначення норколуту:

I. Кортка (для жінок репродуктивного віку з невеликими розмірами пухлини).

По 1 таб. (5 мг) з 16-18 дня циклу 8-10 діб, через 1,5-3 місяці перехід на ½ таблетки. Загальна тривалість лікування 9 міс.-1 рік.

6-8 міс. По ½ таб., перерва до року.

6 міс. По ½ таб., перерва 1 рік.

II. Тривала схема (для жінок пременопаузального періоду, чи молодих з швидким ростом пухлини).

1 курс: з 5 по 25 день по 1 таб., поки мензіс не стане тривалістю до 3-4 діб, потім 2-3 місяці по 0,5 таб.

Загальна тривалість курсу 7-8 місяців, перерва 4-5 місяці.

2 курс: тривалість 6 місяців по 0,5-1 таб.(в залежності від особливостей менструальної функції), перерва 6-8 місяців.

3 курс: тривалість 4 місяці, перерва 1,5-2 роки.

Андрогени застосовуються з метою пригнічення менструальної функції, викликають атрофію ендометрію. Застосовуються: метилтестостерон по 2 таб, 3 рази в день (30 мг) на протязі 20 днів, 3 місяці з 10-денною перервою; метиландростендіол; тестостерона пропріонат.

Сентитичні прогестини застосовуються з метою регуляції менструальної функції у жінок до 40 років. Треба враховувати склад і співвідношення компонентів СПП. Наявність в них естрогена обмежує їх застосування в клінічній практиці.

Показом до кортикостероїдної терапії є субклінічна наднирникова недостатність.

Агоністи РГЛГ (бусерелін, гoserелін, декапептил) викликають різке зниження секреції ЛГ і як слідство, зниження естрогенної активності яєчників. На цьому фоні відмічено регрес міоматозних вузлів. Декапептил вводиться в/м перші 5 діб циклу кожні 4 тижні.

Жінкам з міомою показані вітаміни групи В, аскорбінова кислота, вітаміни А, Е в II фазу. Обов'язково проводити антианемічне лікування, протизапальну терапію, покращити чутливість рецепторів (глутамінова кислота, дібазол), призначаються утеротоніки та седативні засоби.

Немедикаментозна терапія включає призначення бальнеотерапії, фітотерапії, ендоназального електрофорезу з вітаміном В1, електрофорез з цинком, калій йодид, вібромасажу, пелоїдотерапії.

Особливу увагу звертають на тактику лікаря при поєднанні міоми матки і вагітності. Якщо вузли невеликі і не перешкоджають протіканню пологового акту (субсерозні та інтерстиційні), вагітність, як правило протікає без ускладнень. Якщо вузли розташовані по ходу пологового тракту, або під час вагітності виникає порушення живлення вузла, ставиться питання про оперативне втручання. При доношеній вагітності проводять кесарський розтин, видаляють крупні вузли (консервативна міомектомія). При тотальному враженні матки і

можливості доносити вагітність, при доношеному плоді проводять кесарський розтин, а матку видаляють.

Жінкам з міомою на 4-5 тижнів вагітності до 20 тижнів необхідно приймати по 0,5 таб. туріналу.

ГІПЕРПЛАЗІЯ ЕНДОМЕТРІЯ

Гіперплазія ендометрія – доброякісна патологія слизової оболонки матки, яка характеризується прогресуванням клініко-морфологічних проявів від простої та комплексної гіперплазії до атипових передракових станів ендометрія і розвивається на тлі абсолютної чи відносної гіперестрогенії.

Класифікація за МКХ-10:

N84 Поліп жіночого статевого органа

N84.0 Поліп тіла матки

Поліп ендометрія

N85 Інші незапальні ураження матки, за винятком шийки матки

N85.0 Залозиста гіперплазія ендометрія:

кістозна, залозисто-кістозна, поліпoidна

N85.1 Аденоматозна гіперплазія ендометрія

Гіперплазія ендометрія атипова (аденоматозна)

Класифікація гіперпроліферативних процесів ендометрія (розроблена субкомітетом по тілу матки Міжнародного товариства гінекологів-патологів і затверджена ВООЗ, 1994):

- проста неатипова гіперплазія ендометрія;
- комплексна неатипова гіперплазія ендометрія;
- проста атипова гіперплазія ендометрія;
- комплексна атипова гіперплазія ендометрія;
- аденокарцинома.

Клініко-морфологічна класифікація гіперпроліферативних процесів ендометрія [Я.В. Бохман, 1985]:

1. Фонові процеси: залозиста гіперплазія, ендометріальні поліпи.
2. Передракові захворювання: атипова гіперплазія.
3. Рак ендометрія.

У термінології ВООЗ (1994), на відміну від класифікації Бохмана (1985) та МКХ-10 не виділено термін “поліпоз ендометрія” так, як його рекомендують трактувати як результат продуктивного хронічного ендометриту, що потребує дообстеження та адекватної етіопатогенетичної протизапальної терапії, а гормональна терапія у цих випадках визначається особливостями морфофункціональної структури фонового ендометрія.

Згідно класифікації ВООЗ(2004):

- для *простої неатипової гіперплазії ендометрія* характерно збільшення кількості як залозистих, так і стромальних елементів, при незначній перевазі перших;

- основною ознакою *комплексної неатипової гіперплазії ендометрія* є наявність тісного розташування залоз поширеного або вогнищового характеру. Залози щільно прилягають одна до одної з втратою строми між ними. Інша важлива ознака цього виду гіперплазій - підвищена структурна складність залоз з багаточисельними латеральними та внутрішньозалозовими виступами епітелію у просвіт залоз і строми. У залозах зазвичай спостерігається більш виражена багаторядність епітелію, ніж у разі простої гіперплазії.

- **проста атипова залозиста гіперплазія ендометрія** відрізняється від простої і комбінованої неатипової гіперплазій наявністю атипії клітин залоз, що проявляється втратою полярності розташування та незвичайною конфігурацією ядер, які часто набувають округлу форму. Ядра клітин при даному виді гіперплазії – поліморфні, і в них нерідко виділяються великі ядерця. Цей варіант атипової гіперплазії зустрічається досить рідко;

- **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

Клініка

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

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 пацієнток 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.

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

Ультразвукові показання до взяття матеріалу для морфологічного дослідження ендометрія

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.

Етапи лікування пацієнток 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.

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));
- локальне використання гестагенів (внутрішньоматкова система з левоноргестрелом).

У перименопаузі – менопауз 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.

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

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.

Недоцільно розширювати показання до гістеректомії у разі ГЕ без попередньої консервативної терапії, особливо у пацієток у віці до 49 років. У той же час, важливо підкреслити необхідність розширення вищезгаданих показів до хірургічного лікування, у разі наявного ризику можливої малігнізації індивідуально у кожної конкретної пацієнтки з урахуванням факторів ризику розвитку раку ендометрія.

Фактори ризику розвитку раку ендометрія:

- неплідність в анамнезі;
- ожиріння сімейний варіант неоплазій молочної залози, яєчників, товстого кишковика та тіла матки (Lynch Syndrome Type II);
- полікістоз яєчників;
- цукровий діабет, переважно II типу;
- інсулінорезистентність;

Доброякісні пухлини яєчників

Однією з причин виникнення пухлин репродуктивної системи жінки є порушення складного механізму нейроендокринної регуляції. Тимчасове зниження естрогенної функції яєчників може настати при запаленні придатків матки, інфекційних захворюваннях, недостатньому харчуванні та ін., що призводить до порушення гормональних співвідношень в організмі жінки. Часто пухлини яєчників виникають у жінок після 40 років, що пояснюється змінами функції гіпоталамуса.

Класифікація . Існує багато класифікацій пухлин яєчників за клінічним, клініко-морфологічним та гістологічним принципами, однак жодна з них повністю не задовольняє клініцистів. На сьогодні використовують гістологічну класифікацію пухлин яєчників, прийняту в 1973 році за участю Міжнародного довідкового центру (Ленінград) і 12 центрів інших країн, що співпрацювали з ним:

I. Епітеліальні пухлини.

A. Серозні пухлини.

1. Доброякісні: а) цистаденома і папілярна цистаденома; б) аденофіброма і цистаденофіброма; в) поверхнева папілома.

2. Пограничні (потенційно низького ступеня злоякісності): а) цистаденома і папілярна цистаденома; б) поверхнева папілома; в) злоякісна аденофіброма і цистаденофіброма.

3. Злоякісні: а) аденокарцинома, папілярна аденокарцинома і папілярна цистаденокарцинома; б) поверхнева папілярна карцинома; в) злоякісна аденофіброма і цистаденофіброма.

Б. Муцинозні пухлини

1. Доброякісні: а) цистаденома; б) аденофіброма і цистаденофіброма.

2. Пограничні (потенційно низького ступеня злоякісності): а) цистаденома; б) аденофіброма і цистаденофіброма.

3. Злоякісні: а) аденокарцинома і цистаденокарцинома; б) злоякісна аденокарцинома і цистаденофіброма.

В. Ендо метріодні пухлини

1. Доброякісні: а) аденома і цистаденома; б) аденофіброма і цистаденофіброма.

2. Проміжні (потенційно низького ступеня злоякісності): а) аденома і цистаденома; б) аденофіброма і цистаденофіброма.

3. Злоякісні: а) карцинома, аденокарцинома, аденоакантома, злоякісна аденофіброма і цистаденофіброма; б) мезодермальні (мюллерові) змішані пухлини, гомологічні й гетерологічні.

Г. Світлоклітинні (мезонефроїдні) пухлини.

1. Доброякісні: аденофіброма.

2. Проміжні (потенційно низького ступеня злоякісності).

3. Злоякісні: карцинома й аденокарцинома.

Д. Пухлини Бреннера.

1. Доброякісні.

2. Проміжні (проміжної злоякісності).

3. Злоякісні.

Е. Змішані епітеліальні пухлини.

1. Доброякісні.

2. Проміжні (проміжної злоякісності).

3. Злоякісні.

Ж. Недиференційована карцинома.

3. Некласифіковані епітеліальні пухлини.

II. Пухлини строми статевого тяжа.

А. Гранульозостромально-клітинні пухлини.

Б. Гранульозоклітинна пухлина.

2. Група теком-фібром: а) текома; б) фіброма; в) некласифіковані.

Б. Андробластоми: пухлини з клітин Сертолі й Лейдіга.

1. Високодиференційовані: а) тубулярна андробластома, пухлина з клітин Сертолі, б) тубулярна андробластома з накопиченням ліпідів, пухлина з клітин Сертолі з накопиченням ліпідів (ліпідна фолікулома Лесена); в) пухлина з клітин Сертолі і Лейдіга; г) пухлина з клітин Лейдіга, пухлина з хілюсних клітин.

2. Проміжного (перехідного) диференціювання.

3. Низькодиференційовані (саркоматозні).

В. Гінадробластома.

Г. Некласифіковані пухлини строми статевого тяжа.

III. Ліпідно-клітинні (ліпоїдно-клітинні) пухлини.

IV. Герміногенні пухлини.

А. Дисгермінома.

Б. Пухлина ендодермального синуса.

В. Ембріональна карцинома.

Г. Поліембріома.

Д. Хоріонепітеліома.

Е. Тератоми.

1. Незрілі.

2. Зрілі: а) солідні; б) кістозні (дермоїдна кіста, дермоїдна кіста з малігнізацією);

3. Монодермальні (високоспеціалізовані): а) струма яєчника; б) карциноїд; в) струма яєчника і карциноїд; г) інші пухлини.

Ж. Змішані герміногенні пухлини.

V. Гонадобластома.

А. Чиста (без домішок інших форм).

Б. Змішана з дисгерміноюю та іншими формами герміногенних пухлин.

VI. Пухлини м'яких тканин, неспецифічні для яєчника.

VII. Некласифіковані пухлини.

VIII. Вторинні (метастатичні) пухлини.

IX. Пухлиноподібні процеси.

А. Лютеома вагітності.

Б. Гіперплазія строми яєчника і гіпертекоз.

В. Масивний набряк яєчника.

Г. Поодинокі фолікулярна кіста і кіста жовтого тіла.

Д. Множинні фолікулярні кісти (полікістоз яєчників).

Е. Множинні лютеїнізовані фолікулярні кісти і (або) кісти жовтого тіла.

Ж. Ендометріоз.

З. Поверхневі епітеліальні кісти включення (гермінальні кісти включення).

І. Прості кісти.

К. Запальні процеси.

Л. Параоваріальні кісти.

Більшість перерахованих пухлин зустрічаються рідко.

Клінічна картина. Скарги неспецифічні. Симптоматика залежить від величини, локалізації пухлини та наявності ускладнень. Найчастішою скаргою є біль, що виникає внизу живота, в попереку, часом - у клубових ділянках. Найчастіше він має ниючий характер. Гострий біль з'являється при перекрученні ніжки пухлини, крововиливі та розриві капсули пухлини. Як правило, біль не пов'язаний з місячними і виникає внаслідок запалення або подразнення серозних покривів, спазмів гладкої мускулатури порожнистих органів або в результаті порушення кровообігу.

Характер больових відчуттів залежить від індивідуальних особливостей нервової системи. Іннервація статевої системи характеризується значним розвитком рецепторного апарату. Пухлина в яєчнику може викликати подразнення рецепторів статевих органів і очеревини малого таза, а також нервових закінчень і сплетень судинної системи матки та придатків. Біль також виникає внаслідок розтягнення капсули пухлини, що призводить до подразнення рецепторного апарату і порушення кровопостачання стінки пухлини, що може викликати больові відчуття незалежно від інших причин та факторів. Нерідко хворі скаржаться на розлади сусідніх органів, зокрема на дизуричні явища, а при великих розмірах пухлини - на відчуття важкості та збільшення живота. Часто основною скаргою є безпліддя. Загальні прояви (слабкість, задуха) характерні для супровідної екстрагенітальної патології. У більшості жінок захворювання тривалий час перебігає безсимптомно. Доброякісні пухлини яєчників часто поєднуються з іншими гінекологічними захворюваннями (хронічним аднекситом та ін.). Існує думка, що запальний процес є причиною зміни гормональних взаємозв'язків в жіночому організмі. Однак не виключено, що запальний процес розвивається як наслідок мікроперфорацій, порушення

кровообігу пухлини. Нерідко спостерігається порушення менструальної функції. Генеративна функція у таких хворих знижена, що може бути зумовлено порушеннями в системі гіпоталамус - гіпофіз - яєчники, непрохідністю маткових труб або змінами їх функції у зв'язку з наявністю пухлини в малому тазу. Окрім того, існує багато інших супровідних гінекологічних захворювань, які можуть зумовити безпліддя.

Доброякісні пухлини яєчників (окрім гормонопродукуючих) незалежно від будови в клінічному перебігу мають багато спільного. На ранніх стадіях захворювання, як правило, має безсимптомний перебіг або симптоматика настільки незначна, що хвора тривалий час терпить чи не звертає на це належної уваги.

Гемограми при доброякісних пухлинах яєчників неспецифічні, хоча нерідко спостерігається прискорення ШОЕ до 25-30 мм/год. Лейкоцитоз виникає, як правило, тільки при наявності ускладнень, лейкоцитарна формула не змінена. Найчастіше зустрічаються епітеліальні пухлини (серозні, або цілоепітеліальні, і муцинозні кістоми), дермоїдні кісти яєчників, або зрілі тератоми, фіброми яєчників.

Епітеліальні пухлини.

За характером росту розрізняють кісти і кістоми. Кісти - це доброякісні небластоматозні ретенційні утвори, які ростуть внаслідок накопичення секрету (retentio - затримка). Кістоми - це доброякісні бластоматозні утвори, що ростуть за рахунок власної тканини. І кісти, і кістоми мають у своєму складі анатомічну і хірургічну ніжки. Анатомічна ніжка складається з трьох утворів: підвішувальної зв'язки яєчника (lig suspensum ovarii), власної зв'язки яєчника (lig ovarii proprium) і частини широкої зв'язки (mesovarium). Хірургічна ніжка - це утвір, який пересікається під час операції і включає в себе анатомічну ніжку та маткову трубу.

Серозні (цілоепітеліальні) пухлини поділяються на гладкостінні і папілярні, а папілярні, у свою чергу, на інвертуючі (сосочки розташовані всередині капсули) й евертуючі (сосочки розміщені на зовнішній поверхні капсули). Часом може бути поєднання обох варіантів.

За клінічним перебігом гладкостінні і папілярні пухлини значно відрізняються одна від одної. Гладкостінні пухлини часто однокамерні і односторонні, легко сприймаються як фолікулярні кісти яєчника. Папілярні кістоми здебільшого двобічні, нерідко супроводжуються асцитом, запальним процесом в малому тазу, інтралігаментарним розташуванням пухлини і розростанням сосочків на очеревині. Евертуючу форму пухлини під час операції часто приймають за рак.

Муцинозні кістоми багатоканальні, характеризуються швидким ростом. Вміст пухлини являє собою слизоподібну рідину.

Фіброми яєчника мають бобоподібну форму, щільні, легко некротизуються, часто супроводжуються асцитом, часом у поєднанні з анемією і гідротораксом. Цю триаду (асцит, гідроторакс, анемія) називають синдромом Мейера.

Дермоїдні кісти яєчника, або зрілі тератоми, як правило, мають довгу ніжку, розташовані спереду від матки, посилено мобільні. Найчастіше вони зустрічаються в жінок молодого віку і навіть до статевого дозрівання, інші ж пухлини переважно виникають у віці 40 і більше років.

Гормонопродукуючі пухлини поділяються на 2 групи, які відрізняються одна від одної за клінічним перебігом.

Фемінізуючі пухлини яєчника (гранульозоклітинні, гранульозотеклітинні, текаклітинні) продукують більшою мірою естрогени, що і зумовлює їх клініку. У дівчаток виникають ознаки передчасного статевого дозрівання, а у жінок зрілого віку - порушення менструального циклу і хаотичні кровотечі. В постменопаузі відбувається ніби омолодження організму (соковита слизова оболонка піхви, поява кров'янистих виділень, високий каріопікнотичний індекс, гіперплазія слизової оболонки тіла матки).

Маскулінізуючі пухлини (андробластома, ліпоїдно-клітинні пухлини) продукують у великій кількості чоловічий статевий гормон тестостерон, що призводить до припинення менструацій, гірсутизму (посиленого оволосіння), безпліддя, а в пізніх стадіях захворювання - облісіння,

зміни тембру голосу.

Фолікулярна кіста - це пухлиноподібний утвір, який виникає внаслідок скупчення рідини в кістозноатрезованому фолікулі. Мікроскопічно це тонкостінні однокамерні утвори, тугоеластичної консистенції. Вони можуть виникати в будь-якому віці, навіть в дитинстві, але найчастіше утворюються після періоду статевого дозрівання. В анамнезі таких хворих нерідко виявляють запальний процес.

Основним симптомом захворювання є біль внизу живота, рідше - порушення менструального циклу. При вагінальному дослідженні збоку або спереду матки визначається малорухома кіста величиною до 10 см, нерідко з явищами запального процесу придатків.

Після встановлення діагнозу можна спостерігати за хворою протягом 2-3 менструальних циклів. Якщо за цей час утвір не розсмокчеться, то потрібно виконати операцію, яка полягає у видаленні кісти і формуванні яєчника із залишків яєчничкової тканини. У клімактеричному і постменопаузальному періодах видаляють придатки матки з ураженої сторони.

Кіста жовтого тіла зустрічається відносно рідко (у 2-5 % випадків). За своєю будовою вона схожа на жовте тіло, але сягає більших розмірів (звичайно до 2 см). Стінки її товсті, внутрішня поверхня складчаста, жовтого кольору. Вміст являє собою світлу прозору рідину, часом з домішками крові.

Ці утвори зустрічаються у хворих віком від 16 до 55 років. Основним симптомом є біль внизу живота, пов'язаний з наявністю супровідного запального процесу придатків матки. Специфічні клінічні ознаки відсутні. Здебільшого ускладненням є крововилив у порожнину кісти.

Найчастіше кіста жовтого тіла пальпується збоку від матки, має неоднорідну консистенцію. Такі кісти здебільшого виникають під час вагітності, після її переривання вони швидко розсмоктуються. У багатьох випадках кісти жовтого тіла зазнають зворотнього розвитку. Поступово шар лютеїнових клітин заміщується сполучною тканиною, при цьому утвір може перетворитися в кісту, позбавлену епітелію.

При підозрі на кісту жовтого тіла слід спостерігати за хворою протягом 2-3 менструальних циклів, бо за цей час може відбутися зворотний розвиток кісти. У протилежному випадку показане оперативне втручання - лапаротомія з видаленням кісти і формуванням яєчника з незміненої тканини.

Параоваріальна кіста - це ретенційний утвір, що розташовується між листками широкої зв'язки матки і виходить з над'яєчничкового придатка. Найчастіше зустрічається в 20-40-річному віці. Над'яєчничковий придаток (епіофорон, параоваріум) досягає максимального розвитку в період статевої зрілості з віком атрофується.

Макроскопічно параоваріальна кіста має вигляд утвору округлої або овальної форми, тугоеластичної консистенції. В більшості випадків вона однокамерна з прозорим рідким вмістом. Розміри можуть коливатися від маленьких до гігантських, що займають всю черевну порожнину, найчастіше діаметром 8-10 см. Стінка її тонка, прозора, з мережею судин, що складаються з судин брижі маткової труби і стінки кісти. На верхньому полюсі кісти видно розпластану, видовжену, деформовану маткову трубу. Яєчник розташовується біля задньонижнього полюса кісти, а в інших випадках може бути теж розпластаний на її нижній поверхні.

Параоваріальна кіста спочатку не має ніжки, однак при її рості в бік черевної порожнини відбувається випинання одного з листків широкої маткової зв'язки і утворюється ніжка, що складається з листків брижі маткової труби. Часто до її складу входить маткова труба, а часом і власна зв'язка яєчника.

Гістологічно стінка кісти утворена волокнистою фіброзною тканиною. Внутрішня поверхня її вкрита циліндричним, кубічним або однорядним плоским епітелієм. В цих випадках на внутрішній поверхні виявляють папілярні розростання.

Клінічна картина характеризується болем внизу живота і в попереку. При збільшенні розмірів кісти можуть з'являтися ознаки стиснення сусідніх органів та збільшуватись розміри живота.

Часом мають місце порушення менструального циклу і безпліддя, що більш характерно для поєднання параоваріальної кісти з супровідною патологією: міомою матки, кістою чи кістостою яєчника.

Із ускладнень, що спостерігаються при параоваріальній кісті, практичне значення має перекрут ніжки, клінічні прояви якого залежать від утворів, що входять до складу ніжки.

Діагностика параоваріальної кісти часто важка. Встановленню діагнозу допомагає УЗД, коли поряд з яєчником визначається пухлиноподібний утвір з рідким вмістом.

Лікування оперативне, воно полягає у вилушуванні кісти з накладанням затискачів на її ніжку, гемостазі, перитонізації за рахунок переднього листка широкої зв'язки.

VIII. Основна література для опрацювання

1. *Сметник В.П., Тумилович В.Г.* Неоперативная гинекология: Руководство для врачей. - М.: МИА, 2003. - 592 с.
2. *Татарчук Т.Ф., Задорожная Т.Д., Коренная Е.Е.* Морфофункциональные особенности гиперпролиферативных процессов эндометрия на фоне хронического эндометрита // Здоровье женщины. - № 4. - 2004. - С. 59-62.
3. *Татарчук Т.Ф., Бурлака Е.В.* Современные принципы диагностики и лечения гиперпластических процессов эндометрия // Здоровье женщины. - № 4 (16). - 2003. - С. 107-114.
4. *Татарчук Т.Ф., Бурлака О.В., Корінна К.О.* Медикаментозна терапія гіперпроліферативних процесів ендометрію // Ліки та життя. - 2005. - 15-18 лютого. - С. 100-101.
5. Лихачов В.К. Гормональная диагностика в практике акушера-гинеколога: Руководство для врачей. –Киев, 2012. _ 154 с.
6. *Дубоссарская З.М., Дубоссарская Ю.А.* Репродуктивная эндокринология.– Донецк: Лира, 2008.– 416с.
7. Наказ МОЗ України від 29.12.2003 № 620 «Про організацію надання акушерсько-гінекологічної та неонатологічної допомоги в Україні»
8. Наказ МОЗ України від 31.12.2004 №676 «Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги»(гіперплазія ендометрія, гінекологічна ендоскопія).
9. Лихачов В.К. Практическая гинекология с неотложными состояниями: Руководство для врачей.-М.: Медицинское информационное агентство, 2013.-840 с.