

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 № __ від «__» _____ 20__ року
Завідувач кафедри
д.м.н., проф. _____ В.К. Ліхачов

**МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА СЕМІНАРСЬКОГО ЗАНЯТТЯ
ДЛЯ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ ФАХУ «АКУШЕРСТВО І ГІНЕКОЛОГІЯ»
ІІ РОКУ НАВЧАННЯ**

Навчальна дисципліна	Акушерство і гінекологія
Тема:	Стромальні пухлини матки (код курсу 16.4)
Курс	ІІ
Спеціальність	Акушерство і гінекологія

Кількість навчальних годин: 2 години.

I. Актуальність теми

Лейоміома матки- найрозповсюдженіша доброякісна естрогензалежна пухлина матки. Частіше зустрічається у жінок після 35 років. Частота захворювання у віці від 25до 40 років складає 17-25%. Може мати безсимптомний перебіг, але часто проявляється порушенням менструального циклу у вигляді маткових кровотеч по типу мено- і метроррагій, періодичної аменореї з послідуною кровотечею, яка призводить до значної анемізації. Тому жінки з лейоміомою матки повинні перебувати під ретельним наглядом жіночої консультації з метою динамічного спостереження за ростом пухлини

II. Навчальні цілі заняття

Для опанування теми заняття інтерн повинен знати:

1. Лейоміома матки- етіопатогенез, частота, форми.
2. Клінічний перебіг, ускладнення лейоміоми матки.
3. Діагностика.
4. Диференційна діагностика.
5. Лікування.
6. Реабілітація хворих після хірургічного лікування

В результаті проведення заняття втерн повинен уміти:

1. Зібрати анамнез у гінекологічних хворих.
2. Визначити клінічні прояви захворювання.
3. Оцінити результати клініко-лабораторних та інструментальних методів обстеження.
4. Визначити показання до оперативного лікування.
5. Призначити консервативні методи лікування лейоміоми матки.

III. Базові знання

1. Анатомія жіночих статевих органів.
2. Фактори виникнення лейоміоми матки.
3. Види лейомітозних вузлів.
4. Техніка виконання операції консервативної міомектомії, високої ампутації (дефундації) матки.
5. Техніка виконання ампутації та екстерпації матки.
6. Техніка виконання роздільного діагностичного вишкрібання цервікального каналу та шийки матки.

III. Цілі розвитку особистості майбутнього фахівця

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

При обстеженні хворої дотримуватися принципів медичної етики та деонтології.

Формування у лікарів психологічної та фахової готовності до реальних умов професійної діяльності.

IV. Міждисциплінарна інтеграція:

Дисципліни	Знати	Вміти
------------	-------	-------

I. Попередні дисципліни Анатомія людини	Будову жіночих статевих органів	
Топографічна анатомія	Пошарова будова передньої черевної стінки	Виконати лапаротомію на трупі
II. Наступні дисципліни		
Сімейна медицина	Фактори виникнення лейоміоми матки	Підготувати хвору до операції
III. Внутрішньопредметна інтеграція Лейоміома матки- етіопатогенез, частота, форми	Види лейомітозних вузлів.	Техніка виконання операції консервативної міомектомії, високої ампутації (дефундації) матки. Техніка виконання ампутації та екстерпації матки. Техніка виконання роздільного діагностичного вишкрібання цервікального каналу та шийки матки

V. Зміст теми семінарського заняття **ЛЕЙОМІОМА**

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

Розрізняють типові 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;

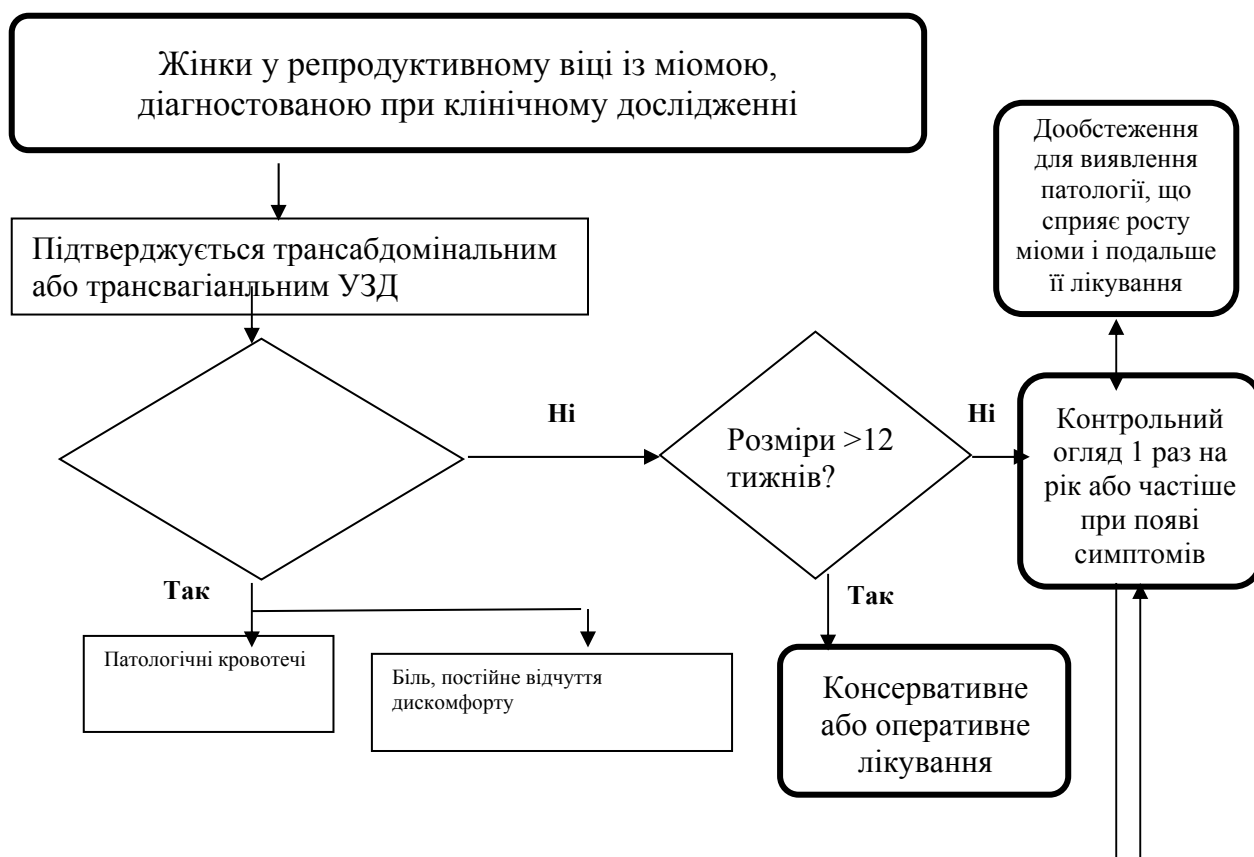
- порушення функції яєчників;

- 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- гістросальпінгографія. 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.

Алгоритм ведення пацієток із міомою матки





Коментарі до алгоритму.

Принципи ведення пацієнок:

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 (С).

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 (С).

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

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

Застосування трансвагінальної ехографії та трансвагінальної соногістерографії має більшу діагностичну цінність при визначенні локалізації субмукозних вузлів у порівнянні із гістероскопією (А). Попереднє проведення трансвагінальної

соногістерографії у жінок із внутрішньоматковою патологією у 40% випадків дозволяє уникнути гістероскопії (А).

При проведенні гістероскопії виконуються наступні рекомендації:

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

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 (С)- частіше.

Жінки із асимптомною міомою більше 12 тижнів повинні консультуватися у спеціалістів індивідуально в узгодженому режимі спостереження, але не рідше одного разу на рік та отримувати консервативну терапію (С) 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 (С).

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 (С).

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) (С).

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

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 (В).

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

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) (В).

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 (А). 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) (С).

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 (В).

Жінкам із діагностованою лейоміомою, які мають кров’яністі виділення при застосуванні ЗГТ, рекомендується зменшити дозу естрогенів, або збільшити дозу прогестерону (С).

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 (С).

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 супутній гіперплазії ендометрію)	в	Позитивний вплив	Вплив не доведено	6 міс	Нудота, головний біль, масталгія
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 (С):

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 (В) за умови відсутності онкогінекологічного анамнезу.

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

Жінкам віком до 45 років із субсерозними або інтрамуральними симптомними лейоміомами, зацікавленим у збереженні матки, як альтернатива гістеректомії рекомендується міомектомія (С) 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 (С).

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

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

Немає достатніх даних для оцінки ефективності лазеріндукованої інтерстиціальної термотерапії, міолізу або кріоміолізу (С).

Емболізація міоми може бути ефективною альтернативою міомектомії або гістеректомії (С).

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

Деталізація основних положень лікування лейоміоми.

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 – 2-4 ін'єкції аГн-РГ із інтервалом 28 днів.

II етап – консервативна міомектомія.

III етап - третя 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.

Хірургічне лікування лейоміоми.

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 перекута 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.

Принципи вибору доступу для гістеректомії:

1. Як для абдомінальної (АГ), так і для вагінальної гістеректомії (ВГ) існують чіткі показання та протипоказання.
2. У ряді випадків показана ВГ із лапароскопічною асистенцією (ЛАВГ);
3. Якщо гістеректомію можна виконати будь-яким доступом, то в інтересах пацієнтки перевага визначається у наступному порядку ВГ>ЛАВГ>АГ.

Показання та умови для виконання ВГ:

- відсутність супутньої патології додатків;
- достатня рухливість матки;
- достатній хірургічний доступ;
- розміри матки до 12 тижнів;
- досвідчений хірург.

Протипоказання до проведення ВГ:

- розміри матки більше 12 тижнів;
- обмеженість рухомості матки;
- супутня патологія яєчників та маткових труб;
- недостатній хірургічний доступ;
- гіпертрофія шийки матки;
- недосяжність шийки матки;
- операція з приводу міхурно-вагінальної нориці в анамнезі;
- інвазивний рак шийки матки.

Стани, при яких надається перевага застосуванню АГ:

- є протипокази до ВГ, ЛАВГ ускладнена або ризикована;
- обов'язкове виконання оваріоектомії, що неможливо виконати іншим способом;
- спайковий процес внаслідок супутнього ендометріозу та запальних захворювань органів малого тазу;
- швидкий ріст пухлини (підозра на малігнізацію);
- підозра на малігнізацію додатків;
- лейоміома широкої зв'язки;
- сумніви щодо доброякісності ендометрію;
- супутня екстрагенітальна патологія.

Показання до різних видів гістеректомії у залежності від клінічної ситуації.

Показання/ситуація	Доступ			
	вагінальний	пробно вагінальний	ЛАВГ	абдоміналь ний
Дисфункційні маткові кровотечі	А			
Аденоміоз	А			
Лейоміома: матка до 12 тижнів	А			
Лейоміома: матка 13-16 тижнів			В1	А
Лейоміома: матка 17-24 тижнів			В1	А

Лейоміома: матка > 22-24 тижнів				A
Ендометріальна гіперплазія	A			
Рецидивуючий поліп цервікального каналу або ендометрію	A			
Супутні психічні розлади	A			B1
Інтраепітеліальна неоплазія шийки матки	A			
Злоякісні процеси ендометрію	B2		B1	A
Доброякісна патологія додатків при добрій їх рухомості			A	B1
Доброякісна патологія додатків при вираженому спайковому процесі			B1	A

Примітки: *A – метод першого вибору, B1 – перший альтернативний метод; B2 – другий альтернативний метод.*

Показання до субтотальної гістеректомії (надпівкової ампутації матки):

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

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).

Відношення пацієнток до об'єму операції визначається частіше не бажанням, а порадою лікаря та тією формою, у якій ця порада представлена.

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.

Прогноз для одужання після екстирпації матки благоприємний; після реконструктивно-пластичних операцій, надпихової ампутації матки, консервативної міомектомії необхідно диспансерне спостереження, регулярне проведення кольпоскопії та цитологічних досліджень.

VI. План та організаційна структура семінарського заняття

№ п/п	Основні елементи семінарського заняття, їхні функції та зміст	Тип семінару. Матеріали методичного забезпечення	Розподіл часу
1. 2. 3. 4.	Підготовчий етап 1. Організаційні заходи. 2. Визначення актуальності теми. 3. Визначення навчальних цілей. 4. Забезпечення позитивної мотивації.	Навчально-методичне обґрунтування теми та цілей заняття.	5 хв.
2.	Основний етап 2. Аналіз та узагальнення теоретичного матеріалу за планом: 1. Визначення поняття «Кесарів розтин». Історична довідка. 2. Показання до операції кесарів розтин. 3. Протипоказання до проведення операції кесарів розтин. 4. Умови для виконання операції кесарів розтин. 5. Методи знеболювання при операції кесарів розтин. 6. Техніка та етапи виконання операції кесарів розтин. 7. Ускладнення для матері та плода при операції кесарів розтин.	Проблемний семінар. Мультимедійний супровід.	75 хв.
1. 2. 3.	Заключний етап 1. Підбиття підсумків, загальні висновки 2. Відповіді на можливі запитання. 3. Завдання до наступного семінару.	Перелік навчальної літератури. План теми наступного семінару. Матеріали самоконтролю.	10 хв.

VII. Матеріали методичного забезпечення семінарського заняття

Місце проведення заняття- навчальна кімната, відділення патології вагітних, пологовий блок, післяпологове відділення.

Оснащення - лабораторні аналізи, оснащення кабінети функціональної діагностики, історії вагітності, пологів, історії розвитку новонароджених тощо.

Рекомендована література (навчальна, наукова)

1. Лихачов В.К. Неотложное акушерство с неотложными состояниями: Руководство для врачей.- М.: ООО «Медицинское информационное агенство», 2010.-720 с.
2. Оперативное акушерство: Руководство для врачей / Н. И. Жилиев, Н. Н. Жилиев. – К.: Гидромакс, 2004. – 468 с.
3. Наказ МОЗ України від 29.12.2003 № 620 «Про організацію надання акушерсько-гінекологічної та неонатологічної допомоги в Україні»
4. Клінічний протокол з акушерської допомоги «Кесарів розтин» (Наказ МОЗ України № 977 від 27.12.2011).— Київ, 2012.— 16 с.
5. Татарчук Т. Ф., Косей Н. В. Лейомиома матки. Современные принципы лечения// Джайджест професійної медичної інформації «Зростає, малює».-2009.-№22-23.-с. 1-25.
6. Тихомиров А. А., Лубнин Д. М. Новый принцип лечения миомы матки.- М.,-2006.-с 130

Питання

1. Лейомиома матки-етіопатогенез, частота, форми.
2. Який клінічний перебіг та ускладнення лейомиоми?
3. Які види лікування в залежності від форми лейомиоми?
4. Які показання до оперативного лікування лейомиоми матки?
5. Яка реабілітація хворих після оперативного лікування?

Завдання для самостійної роботи по темі заняття

1. Зібрати анамнез у гінекологічних хворих.
2. Визначити клінічні прояви захворювання.
3. Оцінити результати клініко-лабораторних та інструментальних методів обстеження.
4. Визначити показання до оперативного лікування.
5. Призначити консервативні методи лікування лейомиоми матки

Тестові завдання

1. Жінка 32 років звернулася до лікаря зі скаргами на 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

- A. Діагностичне вишкрібання порожнини матки *
- B. Міомектомія
- C. Гістеректомія
- D. Призначення гормональних препаратів
- E. Призначення препаратів заліза

2. Хвора 34 років. Фіброміома матки виявлена 2 роки тому. Швидкого росту немає. При поступленні біль внизу живота. Лейкоцитоз 17×10^9 /л. Симптоми подразнення очеревини позитивні. При вагінальному дослідженні матка збільшена до 10 тижнів вагітності, бугриста, один з вузлів рухливий, болючий. Виділення світлі. Діагноз?

- A. Перекрут фіброматозного вузла *

- В. Кіста яєчника
- С. Загострення двохстороннього аднекситу
- Д. Розрив піосальпінксу
- Е. Гострий апендецит

3. 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:

- А. Діагностичне вишкрібання стінок порожнини матки*
- В. Кольпоскопія
- С. Гістероскопія
- Д. Лапароскопія
- Е. Тазова рентгенографія

4. Хвора 36 років скаржиться на болі внизу живота зліва, які виникли раптово. Об'єктивно: зовнішні статеві органи без патології, шийка матки циліндрична, чиста. Тіло матки збільшене до 12—13 тижнів вагітності, обмежено рухоме, цупке, керованої поверхні. Один з вузлів зліва біля дна різко болючий. Склепіння глибокі. Придатки не визначаються, область їх безболісна. Параметри вільні. Виділення серозні. Аналіз крові: Гемоглобін — 120 г/л, лейкоцитів — 12×10^9 /л, паличкоядерних лейкоцитів — 10 \%. Який найбільш вірогідний діагноз?

- А. Некроз фіброматозного вузла *
- В. Спонтанний розрив вагітної матки
- С. Хоріонепітеліома
- Д. Порушена вагітність в інтерстиціальному відділі труби
- Е. Деструктивна форма міхурового змету

5. 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?

- А. Фіброміома матки*
- В. Саркома тіла матки
- С. Вагітність 14-15 тижнів
- Д. Хоріонепітеліома
- Е. Рак ендометрію

Ситуаційні задачі :

1. 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 та яка тактика лікування?

2. 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? (Субсерозна міома матки)

3. Жінка 47 років скаржиться на кров'яні виділення з піхви протягом 2-х тижнів, які з'явилися після затримки менструації на 3 місяці. Менархе з 13 років. Менструації останній рік нерегулярні. Аналіз крові: Hb - 90 г/л, еритроцитів - $2,0 \times 10^{12}$ /л, лейкоцитів - $5,6 \times 10^9$ /л. При вагінальному дослідженні: матка нормальних розмірів, придатки не пальпуються. Який діагноз найімовірніший? (клімактерична кровотеча)

4. В жіночу консультацію звернулася хвора 32 років із скаргами на дисменорею, диспареунію, ректальний біль, передменструальну мазанину, біль в спині під час менструації. При вагінальному дослідженні: крижово-маткові зв'язки є чутливими, відмічається їх індурація і вузлуватість. Матка нормальних розмірів, фіксована, щільна. Додатки не пальпуються. При лапароскопії спостерігаються фіолетові утворення на перитонеальній поверхні позаматкового простору. Який діагноз найбільш імовірний? (Зовнішній генітальний ендометріоз)

5. Хвора 27 років звернулася до лікарні із скаргами на біль переймоподібного характеру внизу живота, що періодично посилюється, кров'яністі виділення із статевих органів. Місячні регулярні. Остання менструація 6 тижнів тому. Загальний стан незадовільний. АД 90/60 мм рт. ст., пульс 100 уд/хв, ритмічний. Живіт напружений, болючий. Симптом Щьоткина-Блюмберга позитивний. При вагінальному дослідженні: матка дещо збільшена, болюча при зміщенні, додатки чітко не визначаються через напруження м'язів передньої черевної стінки, задне склепіння нависає. Виділення кров'яністі. Який діагноз найбільш імовірний? (Порушена позаматкова вагітність)

Методичну розробку семінарського заняття підготувала доцент кафедри акушерства і гінекології № 2 Л. М. Добровольська

09.01.2015

Прорецензував професор В.К.Ліхачов

Методична розробка обговорена та затверджена на засіданні кафедри акушерства і гінекології №2, протокол № 7 від 16.01.2015 року

Методична розробка переглянута; доповнення та зміни внесені
„_____” _____ 201__ р.