

ОНМедУ, кафедра акушерства та гінекології. Практичне заняття №27. Передракові захворювання статевих органів жінки. Злоякісні новоутворення.

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ОДЕСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

Факультет медичний
Кафедра акушерства та гінекології



ЗАТВЕРДЖУЮ
Проректор з науково-педагогічної роботи
Едуард БУРЯЧКІВСЬКИЙ
29 серпня 2024 року

**МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА ДО ПРАКТИЧНИХ ЗАНЯТЬ
З НАВЧАЛЬНОЇ ДИСЦИПЛІНИ**

Факультет медичний, курс VI
Навчальна дисципліна «Акушерство та гінекологія»
Практичне заняття № 27. Тема: «Передракові захворювання статевих органів жінки. Злоякісні новоутворення»

ОНМедУ, кафедра акушерства та гінекології. Практичне заняття №27. Передракові захворювання статевих органів жінки. Злоякісні новоутворення.

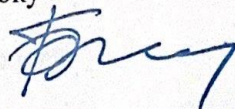
Затверджено:

Засіданням кафедри акушерства та гінекології

Одеського національного медичного університету

Протокол № 1 від «29» серпня 2024 року

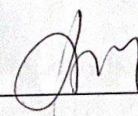
Завідувач кафедри _____



Ігор ГЛАДЧУК

Розробники:

к.мед.н. асистент кафедри акушерства і гінекології _____



Лунько Т.А.

Практичне заняття №27

Тема. «Передракові захворювання статевих органів жінки. Злоякісні новоутворення»

Мета. Навчити проводити оцінку стану пацієнтки звернувшійся за допомогою, скласти план обстеження з використанням сучасних методів діагностики, аналізувати дані лабораторних та інструментальних обстежень при, передракових та злоякісних захворюваннях жіночої статеві системи та визначити попередній діагноз; визначати тактику ведення (принципи оперативних втручань та консервативного лікування, реабілітаційні заходи) при передракових та злоякісних захворюваннях жіночої статеві системи;

Основні поняття: Передракові захворювання статевих органів жінки. Злоякісні новоутворення статевих органів жінки. Сучасні методи діагностики, принципи лікування та профілактики

Обладнання: Професійні алгоритми, структурно-логічні схеми, таблиці, муляжі, відеоматеріали, результати лабораторних та інструментальних досліджень, ситуаційні задачі, пацієнти, історії хвороби.

I. Організаційні заходи (привітання, перевірка присутніх, повідомлення теми, мети заняття, мотивація студентів щодо вивчення теми).

Предракові захворювання ЖСО (жіночих статевих органів) вважаються актуальною та багатоплановою проблемою сучасної медицини. У структурі онкологічної захворюваності пухлини жіночих статевих органів складають 20-30%. Комітетом по раку Міжнародної федерації акушерів-гінекологів, свідчать, що серед нововиявлених хворих 1 стадія визначається лише у 20%, інші 80% хворих звертаються до лікаря при більш розповсюджених стадіях процесу, радикальне лікування загрожує великою кількістю рецидивів і метастазів або взагалі нездійснено. При раку початковій стадії лікування призводить до одужання в 98-100 % випадків, у частини хворих дозволяє зберегти генеративну функцію. Тому профілактика предракових станів є найважливішою актуальним завданням охорони здоров'я.

Іншими словами - у вирішенні проблеми злоякісних пухлин статевих органів важливий внесок вносить активне виявлення та лікування хворих не тільки з ранніми стадіями злоякісних пухлин, але і з доброякісними пухлинами, а також з передпухлинними захворюваннями.

II. Контроль опорних знань (письмова робота, письмове тестування, тестування онлайн, фронтальне опитування тощо).

2.1. Вимоги до теоретичної готовності студентів до виконання практичних занять.

Вимоги до знань:

- навички комунікації та клінічного обстеження пацієнта;
- здатність визначати перелік необхідних клініко-лабораторних та інструментальних досліджень та оцінювати їх результати здатність

- визначати перелік необхідних клініко-лабораторних та інструментальних досліджень та оцінювати їх результати;
- здатність встановлювати попередній та клінічний діагноз захворювання;
 - здатність виконувати медичні маніпуляції;
 - здатність проводити консультування з питань предракових захворювань жіночих статевих органів
 - здатність вести медичну документацію.

Перелік дидактичних одиниць:

- консультування з питань проедракові захворювання захворювання шийки матки, зовняшних статевих органів, та консультування пацієнок з АМК різного віку
- загальний огляд Методи обстеження з використанням гінекологічного огляду: в дзеркалах, бімануального огляду, ректовагінального огляду
- Оцінка стану пацієнтки.
- необхідне обстеження, яке проводиться у плановому порядку перед прийняттям рішення щодо використання додаткового методу обстеження та лікування
- **2.2. Питання (тестові завдання, задачі, клінічні ситуації) для перевірки базових знань за темою заняття.**
- **Питання:**
Гіперпластичні процеси ендометрію: етіологія, патогенез, класифікація, діагностика, методи лікування, тактика лікаря загальної практики.
- Профілактика предракових захворювань жіночих статевих органів
- Етіопатогенетичне фактори, що зумовлюють розвиток патології шийки матки. Папіломавірусна інфекція.
- Класифікація предракових захворювань шийки матки.
- Предракові захворювання шийки матки: етіологія, клініка, діагностика, лікування
- Методи діагностики предракових захворювань шийки матки.
- Лікувальна тактика при предракових захворюваннях шийки матки, показання до радикальних методів лікування.
- . Вакцинація проти ВПЛ-інфекції
- Поняття «гіперпластичні процеси ендометрія».
- Етіологія, патогенез гіперпластичних процесів ендометрія.
- Клінічні прояви гіперпластичних процесів ендометрія.
- Гістологічна класифікація гіперпластичних процесів ендометрія ВООЗ. Додаткові методи діагностики гіперпластичних процесів ендометрія.
- Лікувальна тактика при гиперпластическом процесі ендометрія в репродуктивному періоді.
- Лікувальна тактика при гиперпластическом процесі ендометрія в пременопаузальном періоді.

- Показання для оперативного лікування при гіперпластическом процесі ендометрі

Типові ситуаційні задачі:

1. Хвора 32-х років скаржиться на тягучі біль внизу живота, мажучі коричневі виділення перед менструацією та рясні виділення під час циклу. При бімануальне дослідженні матка дещо збільшена, більше в області перешийка, болюча при екскурсії, округлої форми. Придатки з обох сторін без особливостей. Попередній діагноз - внутрішній ендометріоз. При УЗД в порожнині ехопозитивна структура 1,5x1,0. Найбільш інформативна для діагностики та лікувальна тактика в цьому випадку.

1.Д-з Поліп ендометрія.

2. Алгоритм обстеження: Гістероскопія, поліпектомія. За результатами гістологічного дослідження призначається лікувальні заходи.

2.Хвора 45 років має скарги на виділення з піхви водянистого характеру та контактні кров'янисті. Останній онкоогляд 5 років тому, виявлена ерозія шийки матки, проведено лікування жировими тампонами. У дзеркалах: шийка матки гіпертрофірована, на обох губах шийки матки відмічаються розростання, які кровоточать при дотику. Вагінально: тіло матки дещо збільшене, рухоме, неболюче, додатки не визначаються. Склепіння піхви, параметрії – вільні. Який з методів є найбільш цінним для підтвердження діагнозу?

Д-з: Кольпоскопія з прицельною біопсією. Мазок на цитоморфологічне дослідження.

2.Типові тести

- 1. Клінічна картина при гіперпластичних процесах ендометрію:
 - А. Олігоменорея
 - +В. Аномальні маткові кровотечі
 - С. Больовий синдром
 - D. Зрушення лейкоцитарної формули вліво
 - Е. Підвищення ШОЕ
- 2. Поліпоз ендометрію частіше виникає:
 - А. У менопаузі
 - В. Після пологів
 - +С. У клімактеричному періоді
 - D. Під час лікування прогестероном
 - Е. Після припинення прийому оральних контрацептивів
- **III. Формування професійних вмінь, навичок (оволодіння навичками, проведення курації, визначення схеми лікування, проведення лабораторного дослідження тощо).**
- **3.1. Зміст завдань (задачі, клінічні ситуації тощо).**

- **Інтерактивне завдання:**

- Студентів групи ділимо на 3 підгрупи в кількості 4-5 чоловік в кожній. Працюємо у кабінетах жіночої консультації з гінекологічними пацієнтками, даємо завдання:
- I підгрупа – поставити попередній діагноз.
- II підгрупа – скласти план ведення гінекологічної хворої.
- III підгрупа – оцінює правильність відповіді I та II підгруп і вносить свої корективи.

Нетипові ситуаційні задачі:

1. * Хвора 35-ти років, звернулася в гінекологічний стаціонар зі скаргами на періодичні

болі в нижніх відділах живота, які посилюються під час менструації, темно-коричневі

мажучі виділення зі статевих шляхів. При бімануальне дослідженні: тіло матки кілька

збільшено, придатки не визначаються, при огляді шийки матки в дзеркалах виявлені

синюшні 'оченята'.

1) Який діагноз найбільш вірогідний? Зовняшний ендометріоз шийки матки

2) (Алгоритм обстеження : мазок на цитоморфологі., кольпоскопія поширена. Біопсія шийки матки.

2. У пацієнтки 48-ми років, яка скаржиться на рясні та тривалі менструації, лікар на підставі даних ультразвукового дослідження (УЗД) припускає гіперплазію ендометрія. Які методи дослідження найбільш раціонально застосувати для уточнення діагнозу?

1. Гістероскопія, фракційне вишкрібання матки з наступним патогістологічним дослідженням

2. Гормональна терапія прогестинами або використання ВМС с левоноргестрелом.

Нетипові тести:

1. До якої гістологічної класифікації відноситься проста лейкоплакія шийки матки?

- Передракові захворювання
- Фонові захворювання
- Рак шийки матки
- Аденоматоз
- Аденоміоз

- 2. Виберіть вірну лікувальну тактику при доброякісних і поліповидних утвореннях шийки матки
 - +Поліпектомія,
 - роздільне діагностичне вишкрібання
 - Спостереження
 - Кольпоскопія, цитологія, бактеріоскопія
 - Місцева терапія Антибактеріальна терапія
 - 1
 - + 6.К факторів ризику виникнення раку ендометрія не стосується:
 - А. Ожиріння
 - В. Ановуляторних менструальні цикли
 - С. Пухлина яєчників
 - D. Ендогенні естрогени
 - E. Високий рівень прогестерону
 - вишкрібання ендометрію
 - E. Антибіотикотерапії
- **III. Формування професійних вмінь, навичок (оволодіння навичками, проведення курації, визначення схеми лікування, проведення лабораторного дослідження тощо).**

3.1. Зміст завдань (задачі, клінічні ситуації тощо).

Інтерактивне завдання:

- Студентів групи ділимо на 3 підгрупи в кількості 4-5 чоловік в кожній. Працюємо у кабінетах жіночої консультації з гінекологічними пацієнтками, даємо завдання:
 - I підгрупа – поставити попередній діагноз.
 - II підгрупа – скласти план ведення гінекологічної хворої.
 - III підгрупа – оцінює правильність відповіді I та II підгруп і вносить свої корективи.

Нетипові ситуаційні задачі

3.2. Рекомендації (інструкції) щодо виконання завдань (професійні алгоритми, орієнтуючі карти для формування практичних вмінь та навичок тощо).

- Навчити правильно зібрати анамнез, звернути увагу на скарги хворої, які дозволяють поставити попередній діагноз, намітити подальшу тактику в різні періоди життя от ювенільного до постменопаузального періоду жінки. Обстеження проводиться в плановому чи ургентному порядку перед прийняттям рішення на користь того чи іншого методу обстеження та лікування хворої.
- Оволодіти умінням правильно скласти план обстеження, враховуючи інвазивність методів, необхідність у цих дослідженнях. Провести сучасні методи дослідження, які дозволяють виявити і врахувати всі найдрібніші

подробиці, які сприяють розпізнаванню захворювання і дозволяють правильно встановити діагноз для подальшого призначення адекватної терапії.

Захворювання статевих органів діляться на неопластичні (пухлинні) і ненеопластичні(фонові, або передпухлинні). Ненеопластичні поразки зовнішніх статевих органів називаються також дистрофією вульви, яка представляє собою

Предракові захворювання Передракові захворювання шийки матки	Дисплазія шийного епітелію - вогнищеві або поодинокі або множинні патологічні процеси, при яких відзначається гіперплазія, проліферація, порушення диференціювання, дозрівання і відторгнення епітеліальних клітин, що не виходять за межі базальної мембрани.
Ектопія шийки матки	зміщення циліндричного епітелія на зміщення циліндричного епітелія на вагінальну порцію шийки матки.
Поліп цервікального каналу	це є вогнищева проліферація сполучної тканини ендocerвіксу, покритої циліндричним епітелієм і виступає в просвіт цервікального каналу або за його межі і являють собою сполучнотканинні вирости, вкриті епітелієм. Папілома шийки матки форма поражения шейки матки и вкриті епітелієм.
Папілома шийки	форма поражения шейки матки и характеризуется очаговыми разрастаниями стромы и многослойного эпителия с ороговением. В их возникновении определённую роль играют вирусные инфекции и хламидиоз
Канділома шейки матки	аномальні розростання многослойного плоского епітелію за типом акантоза (занурення ороговевающих епітеліальних острівців в підлягає тканину між сполучнотканинними сосочками) з видовженими сосочками.
Ерозований ектропіон	виворіт слизової оболонки шийки матки, що характеризується наявністю псевдоерозії і рубцевої деформації шийки матки

Дисплазія епітелія шийки матки (цервикальна інтраепітелиальна неоплазія, ЦИН, cervicalintraepithelialneoplasia, CIN	характеризується вираженою проліферацією атипові епітелію шийки матки з порушенням його шаруватості без залучення в процес строми і поверхневого епітелію патологічний процес зроговіння поверхневих шарів багат шарового плас
Лейкоплакія	В основі розвитку лейкоплакії лежать гістологічні зміни: гіперкератоз, паракератоз, акантоз. кого епітелію шийки матки
Гіперплазія ендометрія	нефизиологических проліферація ендометрія, що супроводжується структурною перебудовою його железистой і в меншій мірі стромального компонентів
Атипова гіперплазія ендометрія	наками цитологічної атипії: має ознаки клітинного і ядерного поліморфізму поряд з дезорганізацією епітелію ендометріальних залоз. Доброякісне новоутворення, що піднімається над поверхнею ендометрію образования вузлуватої форми, що складається з залоз ендометрію і строми.
Поліп ендометрія	Доброякісне новоутворення, що піднімається над поверхнею ендометрію образования вузлуватої форми, що складається з залоз ендометрію і строми.
Склерозуючий ліхен вульви	виражена атрофическая дистрофія шкіри і слизових оболонок вульви, тобто порушення росту і дозрівання епітелію, на тлі якого можуть виникнути передрак і рак вульви
Плоскоклітинна гіперплазія вульви (лейкоплакія, кератоз) Гіперпластична дистрофія або гіперплазія плоского епітелію атипия плоского епітелію вульви)	Гіперпластична дистрофія або гіперплазія плоского епітелію атипия плоского епітелію вульви
Дисплазія вульви (вульварна інтраепітелиальна неоплазія, vulvarintraepithelialneoplasia, VIN	характеризується порушенням дозрівання і нормального зроговіння клітин без інвазії в стром

- Проводити гінекологічне обстеження (в дзеркалах, бімануальне, ректальне, ректовагінальне).
- Збирати спеціальний гінекологічний анамнез, оцінювати результати лабораторного обстеження.
- Проводити забір матеріалу з піхви,

шийки матки, цервікального каналу та уретри для цитологічного і бактеріоскопічного дослідження. • Оцінювати результати цитологічного, гістологічного, вірусологічного та бактеріологічного досліджень. • Оцінювати результати ультразвукового дослідження органів малого таза • Оцінити протокол кольпоскопічного дослідження шийки матки і вульви • Скласти план обстеження хворої при різних нозологічних видах фонової і передраковій патології

Захворювання вульви:

КЛАСИФІКАЦІЯ ПАТОЛОГІЇ ВУЛЬВИ

Доброякісні (фонові) епітеліальні захворювання шкіри та слизової оболонки:

1. Краурозом (склерозний лишай)- плоскоклітинна гіперплазія (раніше гіперпластична **дистрофія без атипії**).
2. Лейкоплакія (плоскоклітинна інтраепітеліальна неоплазія (раніше - **дистрофія з атипією**):

* інші дерматози

Передракові епітеліальні захворювання:

- VIN (вульварна інтраепітеліальна неоплазія) I (слабка дисплазія)
- VINII (вульварна інтраепітеліальна неоплазія помірна дисплазія)
- VINIII (вульварна інтраепітеліальна неоплазія тяжка дисплазія або мікроінвазивна карцинома).

Дистрофія вульви, - це порушення росту та дозрівання епітелію.

Причини цього захворювання до кінця не встановлені, проте важливе значення надається: - вірусному інфікуванню (вірусами простого герпесу, папіломи людини) - порушенням функції гіпоталамічних центрів, - гіпоестрогенії (дефіциту та дисбалансу гормонів), - порушенню жирового обміну, - патології щитовидної залози.

Діагностика патології вульви на всіх етапах її розвитку вимагає уважного вивчення анамнезу, даних об'єктивного, інструментального та лабораторного обстеження.

Вульвоскопія, достовірність якої сягає 98,3%, дозволяє розрізнити: • нормальну слизову оболонку; • доброякісні гіпертрофічні, атрофічні та запальні зміни епітелію (вульвіт, справжня ерозія, кондилома); • атиповий епітелій (лейкоплакія, основа лейкоплакії, поля); • ранній рак. Вульвоскопічні картини У пременопаузі та менопаузі з'являються дистрофічні та атрофічні зміни в епітеліальних та 1 сполучнотканинних структурах і через шкірно-слизові оболонки простежується 1 субепітеліальна

судинна мережа (телеангіоектазії). Стоншений епітелій легко травмується і при вульвоскопії виявляються геморагії, справжні ерозії, а при приєднанні інфекції - явища вульвіту. Вульвіт - запальний процес шкірно-слизових оболонок вульви, який характеризується появою набряку, значної гіперемії та розгалуження судин, які під впливом оцтової кислоти звужуються і деякий час не визначаються. Проба є диференціально-діагностичною, бо неправильної форми судини, що характерні для злоякісного процесу, на оцтову кислоту не реагують. При вульвіті слизові оболонки вкриті жовтуватим або зеленуватим слизом. Справжня ерозія - яскраво-червоний дефект сквамозного епітелію, іноді з загорнутими краями. Справжні ерозії виникають внаслідок механічного пошкодження, а при приєднанні інфекції мають запальний характер. Дно такої

Предракові захворювання шийки матки

До групи передракових станів належать вогнищеві поодинокі або множинні проліферати з явищами атипії клітин

1. Дисплазія,
2. Лейкоплакія з атипією клітинних елементів,
3. Аденоматоз

Класифікація передракових станів шийки матки

Дисплазія епітелію шийки матки (цервікальна інтраепітеліальна неоплазія, ЦІН, cervical intraepithelial neoplasia, CIN) характеризується вираженою проліферацією атипичного епітелію шийки матки з порушенням його шаруватості без залучення в процес строми та процес зроговіння поверхневих шарів багатошарового плоского епітелію шийки матки.

«Цервікальна інтраепітеліальна неоплазія» (CIN) розподіляється:

CIN I слабка, CIN II помірна, CIN III тяжка 2

За класифікацією БЕТЕСДА (ТБС):

Передракові зміни

CIN 1+ПВІ(, койлоцитоз, атипія, плоска кандилома=LSIL	LSIL – плоскоклітинні інтраепітеліальні ураження низького ступеня
CIN II-III cr.in situ = H-SIL	H-SIL-плоскоклетинні інтраепітеліальні ураження високого ступеня

Порушується нормальне диференціювання та стратифікація через гіперплазію базальних і парабазальних клітин без подальшої диференціації. Отже, з'являється клітинна та тканина атипія.

Чинники ризику розвитку дисплазії шийки матки: • Ранній початок статевого життя (14-17 років), коли епітелій шийки матки, що не дозрів і легко піддається онкогенному впливу. • Часта зміна статевих партнерів. • Аборти і пологи в молодому віці (травматизація шийки матки). • Захворювання, які передаються статевим шляхом (папіломавірус, трихомоніаз, хламідіоз, уреа-плазмоз, гонорея та ін.). • Тютюнопаління. **IV. Підведення підсумків** (критерії оцінювання результатів навчання).

Методи діагностики:

1. Огляд в дзеркалах:

2. Мазок на цитоморфологічне дослідження класичний (екзоцервікс та ендocerвікс)

Мазок на основі рідинної цитоморфології

Дослідження шийки матки при аномальної клітинної морфології мазка за Папаніколау включає такі методи:

- проста і розширена кольпоскопія;
- біопсія шийки матки;
- вишкрібання слизової оболонки цервікального каналу (ендоцервікальний кюретаж);
- прицельна та конусовидна біопсія шийки матки

Простая кольпоскопия — осмотр шейки матки после удаления отделяемого с ее поверхности без использования медикаментозных средств.

Розширена кольпоскопія проводиться після нанесення

на шийкову частину шийки матки 3 % розчиноцетної кислоти або 2 % розчин Люголя. Після обробки 3 % розчиноцетної кислоти не змінені епітелій змінює на бледну окраску, при нанесенні 2 % розчин Люголя (проба Шиллера) поверхню шийкової частини шийки матки рівномірно пофарбована в темно-коричневий колір

Прицельная біопсія: Забор матеріалу

проводиться під контролем кольпоскопічного дослідження

Методи лікування захворювань шийки матки

1. Консервативні

2. Хірургічні: • локальна деструкція (діатермокоагуляція, кріодеструкція, лазерна деструкція); • радикальне оперативне втручання (ексцизія шийки матки, ампутація шийки матки, гістеректомія)

3. Комбінова

Первинна профілактика РШМ заключається в проведенні заходів по відношенні до осіб, які не мають ознак захворювання, з метою попередження його розвитку в подальшому. Класичним прикладом

Первинної профілактики РШМ є вакцинація дівчаток-підлітків до початку статевого життя.

Вторинна профілактика РШМ заключається в ранньому виявленні і лікуванні жінок, які мають передракові зміни на шийці матки з метою попередження, в подальшому, розвитку інвазивного раку.

Третинна профілактика РШМ представляє собою комплексне чи комбіноване лікування, що включає оперативне втручання в поєднанні з променевою і хіміотерапією.

ГІПЕРПЛАСТИЧНІ ПРОЦЕСИ ЕНДОМЕТРІЯ (ГПЕ)

Класифікація гіперпроліферативних процесів ендометрія (ВООЗ, 1994) • ,
• проста неатипова гіперплазія ендометрія

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

Діагностика гіперпластичних процесів ендометрія

Основні завдання діагностики:

- Виявлення гіперпластичного процесу і клінічна інтерпретація результатів гістологічного дослідження ендометрія.
 - Встановлення гормонозалежності гіперпластичного процесу і оцінка особливостей гормонального дисбалансу у конкретної пацієнтки
- Етапи діагностики ГПЕ:
- Оцінка клінічних проявів • УЗД органів малого тазу
 - Гістероскопія за показаннями
 - Забір тканини ендометрія та її гістологічне дослідження

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

Основним методом скринінгу та моніторингу стану ендометрія є УЗД(ультразвукове дослідження) з використанням трансвагінального трансд'юсора, при якому визначається: 1. товщина ендометрія, 2. його структура, 3. рельєф порожнини матки 4. наявність супутньої патології міометрія 5. анатомічні особливості додатків матки 6. ендометріально-маткове співвідношення (ЕМС), що являє собою відношення товщини ендометрія до передньо-заднього розміру матки.

Етапи лікування пацієток з гіперплазією ендометрія

I етап Видалення зміненого ендометрія з наступним морфологічним дослідженням і 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.

При гістологічно підтвердженій гіперплазії ендометрія через 3 місяці на тлі гормонотерапії проводиться корекція лікування, а у жінок з атиповими формами гіперплазії - метод лікування погоджується з онкогінекологом.

Гормонотерапія проводиться в репродуктивному періоді, а в пери- і постменопаузі - лише при неатипових формах гіперплазії ендометрія.

Групи препаратів, що застосовуються для

1. Гестагени • дідрогестерон (лише при неатиповій гіперплазії ендометрія в репродуктивному віці з 5 по 25 день циклу в дозі 20-30 мг на добу); при атипових формах ГПЕ застосовують пролонговані форми гестагенів (медроксипрогестерона ацетат, гестонорону капроат, 12,5% 17 оксипрогестерону капроат).
2. Агоністи ГнРГ • Диферелін (трипторелін) 3,75 мг підшкірно 1 раз у 28 днів або 11,25 мг 1 раз у 90 днів ; бусерелін 3,75 в/м 1 раз у 28 днів Показання до застосування агоністів ГнРГ у жінок з ГПЕ • проста неатипова ГПЕ в пери- та постменопаузі • рецидивуючий перебіг простої неатипової ГПЕ у репродуктивному віці після монотерапії гестагенами • неатипова комплексна ГПЕ у репродуктивному віці і перименопаузі • рецидивуюча комплексна неатипова ГПЕ в репродуктивному віці • проста і комплексна атипова ГПЕ в репродуктивному віці
3. ГПЕ у сполученні з лейоміомою матки або аденоміозом Особливу увагу слід звернути на розвиток ГПЕ на тлі хронічних запальних захворювань геніталій у жінок. В таких випадках необхідно проведення етіотропної антибактеріальної терапії після попереднього бактеріологічного дослідження виділень.

III етап. Оптимізація гормонального статусу з метою попередження розвитку гіперестрогенемії.

В репродуктивному віці: • відновлення 2-фазного менструального

циклу; • використання гормональних контрацептивів з гестагеном (дієногест); • локальне використання гестагенів (ВМС с левоноргестрел «Мірена»).

В перименопаузі - геностаз з застосуванням агоністів ГнРГ протягом 6 місяців.

IV етап. Диспансерне спостереження протягом 5 років після ефективної гормональної терапії та 6 місяців після оперативного лікування.

При неефективності консервативної терапії ГЕ показано хірургічне лікування.

Показання до оперативного лікування хворих з ГПЕ В репродуктивному віці:

- комплексна атипова ГПЕ при відсутності ефекта від консервативної терапії через 3 місяці
- проста атипова і комплексна неатипова гіперплазія при неефективності терапії через 6 місяців

В клімактеричному періоді:

- комплексна атипова гіперплазія - при встановленні діагнозу
 - проста атипова і комплексна неатипова гіперплазія - при відсутності ефекту від консервативної терапії через 3 місяці
- Визначаючи методи та обсяги оперативного втручання, слід відмітити, що при неатипових формах ГПЕ, особливо у жінок репродуктивного віку, доцільно використання гістероскопічної резекції або абляції ендометрія, а при атипових — перевага віддається гістеректомії. Однак в репродуктивному віці та в будь-якому віці при наявності соматичної патології можливо застосування абляції ендометрія, після отримання результатів пайпель-біопсії

Алгоритм виконання практичних навичок.

Бімануальне (піхвове) дослідження:

- 1) привітатись з пацієнткою;
- 2) ідентифікувати пацієнтку (ПІБ, вік);
- 3) проінформувати пацієнтку про необхідність проведення дослідження;
- 4) пояснити пацієнтці, як проводиться дослідження;
- 5) отримати дозвіл на проведення дослідження;
- 6) вимити руки;
- 7) вдягнути оглядові рукавички;
- 8) першим та другим пальцями лівої (правої) руки розвести великі соромні губи, середній палець «домінантної» руки розташувати на рівні задньої спайки, обережно натиснути на неї, щоб відкрити вхід до піхви;
- 9) обережно та повільно ввести середній палець, потім вказівний палець у піхву по задній стінці до склепіння та шийки матки, четвертий та п'ятий пальці привести до долоні, великий палець відвести до верху;
- 10) визначити довжину піхвової частини шийки матки в сантиметрах;

- 11) визначити консистенцію шийки матки (щільна, м'яка);
- 12) визначити прохідність зовнішнього вічка цервікального каналу (закритий, пропускає кінчик пальця);
- 13) оцінити болісність екскурсії шийки матки;
- 14) другу долоню обережно покласти на живіт (над симфізом) та помірно надавити для визначення дна тіла матки;
- 15) вивести тіло матки між двома руками та визначити:
 - положення матки відносно шийки матки (anteflexio, retroflexio);
 - розміри тіла матки (нормальні, зменшені, збільшені);
 - консистенцію тіла матки (щільно-еластична, м'яка, ущільнена);
 - рухомість тіла матки (відносно рухома, обмежено рухома);
 - чутливість при пальпації (болісна, безболісна);
- 16) розмістити пальці в дні правого бокового склепіння та використовуючи обидві руки пропальпувати праве вагінальне склепіння та праві додатки матки, визначити їх розмір, рухливість та болісність;
- 17) розмістити пальці в дні лівого бокового склепіння та використовуючи обидві руки пропальпувати ліве вагінальне склепіння та ліві додатки матки, визначити їх розмір, рухливість та болісність;
- 18) визначити ємкість піхвових склепінь;
- 19) проінформувати пацієнтку про результати дослідження;
- 20) подякувати пацієнтці;
- 21) зняти оглядові рукавички;
- 22) вимити руки.

Алгоритм кольпоцитологічного дослідження

1. Оголити шийку матки за допомогою дзеркала Симса з підйомником
2. Пінцетом або шпателем (щіточкою) методом вишкрібу узяти матеріал з нижньої третини бічної стінки піхви.
3. Матеріал нанести на наочне скло і легким рухом розмазати ребром другого скла
4. В напрямі вказати прізвище хворої, день менструального циклу, дату.
5. Після отримання результату кольпоцитологічного дослідження знати, що в I фазі менструального циклу превалюють поверхневі клітини (найбільша їх кількість з'являється до моменту овуляції (близько 80%), найбільша кількість проміжних клітин відзначають в II фазі циклу)
6. При кольпоцитологічному дослідженні підраховують індекси: КПІ (каріопікнотичний індекс) – процентне співвідношення поверхневих клітин з пікнотичними ядрами до таких з непікнотичними, ЕІ (еозинофільний індекс) - процентне відношення ацидофільних і базофільних клітин. АІ (атрофічний індекс) – процентне співвідношення базальних і парабазальних клітин до загального числа клітин в мазанні. КПІ і ЕІ показують ступінь насиченості організму естрогеном і мають циклічний характер, базальні і парабазальні клітини не повинні визначатися в мазках здорової жінки дітородного періоду.

Інтерактивне завдання:

Студентів ділимо на 3 бригади в кількості по 3-4 чоловіка в кожній. Після наведеної ситуаційної задачі даємо завдання:

Перша бригада – поставити попередній діагноз і скласти план обстеження пацієнтки;

Друга бригада – скласти алгоритм лікування;

Третя бригада – оцінює правильність відповіді першої і другої бригади і вносить свої корективи;

Ситуаційна задача:

3.3. Вимоги до результатів роботи, в т.ч. до оформлення.

- Провести консультування жінок з питань порушення менструального циклу

- Оцінити пацієнтку.

- Підібрати метод лікування у підлітків, у жінок репродуктивного віку, у Усна доповідь про тематичну пацієнтку.

- Аналіз та обговорення результатів обстеження пацієнтки.

- Мультимедійна презентація за темою заняття (огляд літератури із застосуванням сучасних джерел; відеофільми тощо).

3.4. Матеріали контролю для заключного етапу заняття: задачі, завдання, тести тощо.

Контроль професійних вмінь

У гінекологічному відділенні:

1. Зібрати анамнез, виконати об'єктивне та гінекологічне обстеження пацієнтки.

2. Установити попередній діагноз.

3. Назначити план обстеження та лікування

4. Підведення підсумків.

Поточний контроль: усне опитування, тестування, оцінювання виконання практичних навичок, розв'язання ситуаційних клінічних завдань, оцінювання активності на занятті тощо.

Структура поточного оцінювання на практичному занятті:

1. Оцінювання теоретичних знань з теми заняття:

- методи: опитування, вирішення ситуаційної клінічної задачі;

- максимальна оцінка – 5, мінімальна оцінка – 3, незадовільна оцінка – 2.

2. Оцінка практичних навичок та маніпуляцій з теми заняття:

- методи: оцінювання правильності виконання практичних навичок;

- максимальна оцінка – 5, мінімальна оцінка – 3, незадовільна оцінка – 2.

3. Оцінювання роботи із пацієнтом з теми заняття:

- методи: оцінювання: а) комунікативних навичок спілкування з пацієнтом, б) правильність призначення та оцінки лабораторних та інструментальних досліджень, в) дотримання алгоритму проведення

- диференціального діагнозу г) обґрунтування клінічного діагнозу, д) складання плану лікування;
- максимальна оцінка – 5, мінімальна оцінка – 3, незадовільна оцінка – 2.

Критерії поточного оцінювання на практичному занятті:

«5»	Здобувач вільно володіє матеріалом, приймає активну участь в обговоренні та вирішенні ситуаційної клінічної задачі, впевнено демонструє практичні навички під час огляду пацієнтки та інтерпритації даних клінічного, лабораторних та інструментальних досліджень, висловлює свою думку з теми заняття, демонструє клінічне мислення.
«4»	Здобувач добре володіє матеріалом, приймає участь в обговоренні та вирішенні ситуаційної клінічної задачі, демонструє практичні навички під час огляду пацієнтки та інтерпритації даних клінічного, лабораторних та інструментальних досліджень з деякими помилками, висловлює свою думку з теми заняття, демонструє клінічне мислення.
«3»	Здобувач недостатньо володіє матеріалом, невпевнено приймає участь в обговоренні та вирішенні ситуаційної клінічної задачі, демонструє практичні навички під час огляду пацієнтки та інтерпритації даних клінічного, лабораторних та інструментальних досліджень з суттєвими помилками.
«2»	Здобувач не володіє матеріалом, не приймає участь в обговоренні та вирішенні ситуаційної клінічної задачі, не демонструє практичні навички під час огляду пацієнтки та інтерпритації даних клінічного, лабораторних та інструментальних досліджень.

5.Список рекомендованої літератури.

Основна:

1. Акушерство і гінекологія (у 2-х книгах): підручник (за ред. Грищенко В.І., Щербини М.О.) // Книга II Гінекологія. - К. Медицина, 2019.- 375 с.
2. Гінекологія: підручник (за ред. Б. М. Венцківського, Г. К. Степанківської, М. Є. Яроцького). - К.: ВСВ Медицина, 2012.- 352 с.
3. Запорожан В. М., Чайка В. К., Маркін Л. Б. Акушерство і гінекологія (у 4-х томах): національний підручник: 2013
4. Gynecology: підручниця англійською мовою (edit by I. V. Ventskivska).- К.: Medicine, 2010. - 160 p.
5. Акушерство та гінекологія: у 4 томах. – Том 3. Неоперативна гінекологія: підручник (ВНЗ ІV р.а.) / В.М. Запорожан, І.Б. Вовк, І.Ю. Гордієнко та ін; за ред. В.М. Запорожана. – 2014. – 928 с.

6.Акушерство та гінекологія: у 4 томах. – Том 4. Оперативна гінекологія: підручник (ВНЗ IV р.а.) / В.М. Запорожан, Т.Ф. Татарчук, І.З.Гладчук та ін; за ред. В.М. Запорожана. – 2014. – 696 с.

7.Акушерство і гінекологія: у 2 книгах. – Книга 2. Гінекологія: підручник (ВНЗ III-IV р.а.) / за ред. В.І. Грищенко, М.О. Щербини, Б.М. Венцківського - 3-є вид., випр., 2020. – 376 с.

8.Планування сім'ї та контрацепція: навчальний посібник / В.І. Бойко, Н.В. Калашник, А.В. Бойко та ін.; за заг. ред. д-ра мед. наук, проф. В.І. Бойка. – Суми: Сумський державний університет, 2018. – 223 с.

9.Наказ Міністерства охорони здоров'я України
Уніфікований клінічний протоколпервинної, вторинної(спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Аномальні маткові кровотечі»13.04.2016 № 353, 30.04.2020№ 994.

10.Dutta, DurlavChandra. D. C. Dutta'sTextbookofGynecologyincludingContraception / D.C. Dutta; ed/ HiralalKonar. – 7th.ed. – New Delhi: Jaypee Brothers Medical Publishers, 2016. – XX, 574 p.

Додаткова:

1. Ендоскопічна хірургія: навч. посіб. / В.М. Запорожан, В.В. Грубнік, Ю.В. Грубнік, А.В. Малиновський та ін.; за ред. В.М. Запорожана, В.В. Грубніка. – К.: ВСВ «Медицина», 2019. – 592 с.
2. Діагностика акушерської та гінекологічної ендокринної патології: [навчальний посібник для лікарів-інтернів і лікарів-слухачів закладів (фак.) післядиплом. освіти МОЗ України] / за ред. В.К. Ліхачова; В.К. Ліхачов, Л.М. Добровольська, О.О. Тарановська та ін.; УМСА (Полтава). – Вінниця: Видавець Максименко Є.В., 2019. – 174 с.
3. Запорожан В.М. Симуляційна медицина. Досвід. Здобуття. Перспективи: практ. порадник / В.М. Запорожан, О.О. Тарабрін. – Суми: Університет. Книга, 2018. – 240 с.
4. Дубровина С.О., Новиков Е.И. Неотложная помощь в гинекологии. Руководство для врачей. - ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 144 с.

Електронні інформаційні ресурси

1. <https://www.cochrane.org/> - Cochrane / Кокрейнська бібліотека
2. <https://www.acog.org/> - Американська Асоціація акушерів та гінекологів / The American College of Obstetricians and Gynecologists
3. <https://www.uptodate.com> – UpToDate
4. <https://online.lexi.com/> - Wulters Kluwer Health
5. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/> - Національний центр біотехнологічної інформації / National Center for Biotechnology Information

6. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/> - Міжнародна медична бібліотека / National Library of Medicine
7. <https://www.thelancet.com/> - The Lancet
8. <https://www.rcog.org.uk/> - Королівська Асоціація акушерів та гінекологів / Royal College of Obstetricians & Gynaecologists
9. <https://www.npwh.org/> - Практикуючі медсестри з охорони здоров'я жінок / Nurse practitioners in womens health
10. <http://moz.gov.ua> – Міністерство охорони здоров'я України
11. www.ama-assn.org – Американська медична асоціація / [American Medical Association](http://www.ama-assn.org)
12. www.who.int – Всесвітня організація охорони здоров'я
13. www.dec.gov.ua/mtd/home/ - Державний експертний центр МОЗ України
14. <http://bma.org.uk> – Британська медична асоціація
15. www.gmc-uk.org- General Medical Council (GMC)
16. www.bundesaerztekammer.de – Німецька медична асоціація
17. www.euro.who.int - Європейське регіональне бюро Всесвітньої організації охорони здоров'я