

## **I.Доброякісні пухлини яєчників.**

Актуальність проблеми діагностики і адекватного лікування хворих із пухлинами яєчників зумовлена не тільки медичним, а й соціальним значенням, оскільки тісно пов'язана із питаннями запобігання новоутворень жіночих статевих органів, профілактики онкологічних ускладнень, зберігання повноцінної менструальної і репродуктивної функції у жінок молодого віку.

*Для формування умінь студент повинен знати:*

1. Анатомо-фізіологічні та морфо-функціональні особливості складу яєчників.
2. Значення яєчників в регуляції ендокринних функцій, а саме, менструальної і генеративної функції жіночого організму
3. Вплив та взаємозв'язок яєчників і статевих стероїдів на функціонування гіпоталамо-гіпофізарно-яєчникових взаємовідносин.
4. Етіологію і патогенез пухлин і пухлино подібних утворень яєчників.
5. Методи діагностики доброякісних пухлин яєчників.
6. Тактику лікування і особливості ведення хворих з доброякісними пухлинами яєчників.
7. Методи профілактики захворювань яєчників.

*В результаті проведених занять студент повинен уміти:*

1. Провести гінекологічне обстеження з метою виявлення пухлиноподібних утворень в ділянці придатків матки.
2. Скласти план обстеження хворої при підозрі на пухлину яєчників.
3. Оцінити дані проміжних методів дослідження (УЗД, клініко-лабораторних).

4. Провести диференційну діагностику з подібними захворюваннями.
5. Визначити тактику ведення хворої з пухлиною яєчників.
6. Оцінити фактори ризику ускладнень.
7. Визначити показання до оперативного втручання у хворих із пухлинами яєчників та їх ускладненнями.

### **Базові знання**

1. Анатомо-фізіологічні взаємовідносини між маткою, яєчниками, матковими трубами.
2. Будова і ембріогенез яєчників.
3. Будова клітини і механізм її поділу.
4. Збирання загального і гінекологічного анамнезу.
5. Фактори ризику, що можуть призвести до утворення пухлин яєчників.
6. Симптоми ранніх і запущених стадій злоякісних пухлин.
7. Основні методи обстеження в гінекології.
8. Додаткові методи обстеження в гінекології.

### **Зміст навчального матеріалу**

#### **ДОБРОЯКІСНІ ПУХЛИНИ ЯЄЧНИКІВ**

У структурі гінекологічних захворювань частота пухлин яєчників складає приблизно 6 – 12% і займає друге місце серед новоутворень жіночих статевих органів.

Етіологія і патогенез. На наш час чітко не вивчені. Можливі причини: порушення нейроендокринної регуляції в гіпоталамо-гіпофізарно-яєчниковій системі. До факторів ризику відносяться наявність запальних захворювань статевих органів, ендокринопатії, порушення менструального циклу, аборти.

Пухлини яєчників можуть розвиватись із різних складових елементів і відрізняються поліморфізмом структури. Найчастіше зустрічаються епітеліальні, герміногенні і сполучнотканинні пухлини. Епітеліальні, або кістоми, складають до 70 – 75% пухлин яєчників.

Гістологічні варіанти новоутворень яєчників: доброякісний, термінальний і злоякісний. Також в яєчнику мажуть зустрічатись пухлиноподібні (непроліферативні, ретенційні) утворення, які називають кістами. Диференціювати ці утворення від істинних пухлин можна лише при гістологічному дослідженні.

Класифікація. Міжнародна гістологічна класифікація пухлин яєчників об'єднує всі пухлини і пухлиноподібні утворення.

- I. Епітеліальні пухлини.
- II. Пухлини строми статевого тяжа.
- III. Ліпіднокліткові пухлини.
- IV. Герміногенні пухлини.
- V. Гонадобластома.
- VI. Пухлини м'яких тканин.
- VII. Пухлини, що не піддаються класифікації.
- VIII. Метастатичні пухлини.
- IX. Пухлиноподібні процеси.

Клініка і діагностика. При діагностиці пухлин і пухлиноподібних утворень важлива роль відводиться клініко-діагностичним методам, тому що специфічних симптомів пухлин яєчника не існує. Діагноз встановлюється шляхом збору анамнезу, даних об'єктивного і

гінекологічного огляду, обов'язкове проведення УЗД порожнини талого тазу (90 – 95% достовірних результатів). Проводять диференційну діагностику між кістами і кістомами яєчників. Для кіст характерні наступні ознаки: невеликий розмір (до 5 см), анехогенна структура, чіткі контури. Кістоми мають більші розміри, в динаміці можливе їх збільшення. Динамічне спостереження за утвореннями яєчників можливе тільки у молодих жінок (до 25 років). Високоінформативним методом діагностики є лапароскопічний, який часто є лікувальною процедурою (ендоскопічне видалення пухлини яєчника). Також для діагностики використовується рентгенографічна томографія.

Гістологічне дослідження тканини пухлини дозволяє оцінити ступінь її потенційної малігнізації. Найчастіше малігнізуються серозні пухлини. Висока ступінь малігнізації також у пухлин зі строми статевого тяжа, які зустрічаються рідше. Цілі епітеліальні, псевдомуцинозні, грануло клітинні пухлини оцінюються як злоякісні.

Клінічний перебіг пухлин яєчників може супроводжуватись ускладненнями: розривом пухлини і перекрученням її ніжки. Клінічна картина цих станів характеризується наявністю симптомів «гострого живота» і потребує швидкої діагностики і негайного оперативного втручання. Слід зупинитися на виділенні поняття «анатомічна» і «хірургічна» ніжки пухлини яєчника.

Лікування. Діагноз пухлини яєчника є показанням до оперативного втручання, враховуючи високий ризик малігнізації (до 45 – 50%). Метод і обсяг операції залежить від віку хворої та характеру пухлини.

У молодих жінок з невеликою пухлиною може бути виконана ендоскопічна операція чи лапаротомія. При виявленні кісти яєчника можливе проведення її резекції у межах здорових тканин. При виявленні серозних, гормонопродукуючих пухлин, капілярних розростань у жінок молодого віку видалається один яєчник, у жінок старше 45 років – обидва.

Після оперативного лікування доцільно призначити гормональну замісну терапію (марвелон, логест – низько дозовані препарати), що дозволяє нормалізувати менструальний цикл та запобігти таким ускладненням, як утворення функціональних кіст (до 60% у перший рік після операції) внаслідок компенсаторної функції єдиного яєчника (при залишенні правого в 2 рази частіше ніж лівого).

Профілактика. Регулярні огляди (двічі на рік) у гінеколога з УЗ-дослідженням. Динамічне спостереження за хворими групи підвищеного ризику (хронічні запальні захворювання статевих органів, порушення менструальної функції, наявність ендокринопатій в анамнезі).

## **КОНТРОЛЬНІ ЗАПИТАННЯ**

*Контрольні запитання для оцінки вихідного рівня знань*

1. Що таке кіста яєчника?
2. Що таке кістома чи істинна пухлина яєчників?
3. Як класифікуються пухлини та пухлино подібні утворення яєчників?
4. Які існують методи діагностики пухлин яєчників?
5. Що таке анатомічна і хірургічна ніжка пухлини яєчника?
6. Які показання до хірургічного втручання при пухлинах яєчників?
7. Які види оперативного втручання застосовуються при пухлинах яєчників?

*Завдання для самостійної роботи на основному етапі заняття*

1. Зібрати анамнез у хворої.

2. Скласти план обстеження хворої при підозрі на пухлину яєчника.
3. Провести дослідження хворої основними гінекологічними методами.
4. Оцінити дані УЗД-обстеження.
5. Скласти план лікування хворої.

Провести експертизу непрацездатності у хворої.

## II. Доброякісні пухлини матки

В теперішній час відзначається значний ріст доброякісних пухлин матки, який пов'язують із впливом на організм жінок несприятливих чинників навколишнього середовища, політичною та економічною нестабільністю, нервово-психічною перенапругою, що відбивається на гормональній функції (гіпер- або гіпофункції статевих залоз). Кожна 4-5 жінка звертається до гінеколога з приводу міоми матки, або 25% жінок, старших 35 років. При патологоанатомічних дослідженнях лейоміому матки діагностують у 30-50% жінок. Відповідно літературним даним, на сьогодні збільшується частота розвитку міоми у жінок молодого віку.

У результаті проведення практичного заняття студент повинен *уміти*:

- 1) вибрати зі скарг та анамнезу дані, що відображають наявність пухлини матки;
- 2) скласти план обстеження пацієнтки для постановки діагнозу лейоміоми матки;
- 3) оцінити результати обстеження пацієнтки з міомою матки;
- 4) провести диференційну діагностику лейоміоми матки;
- 5) скласти та обґрунтувати план індивідуального лікування та реабілітації пацієнтки з міомою матки;
- 6) провести експертизу непрацездатності пацієнтки з міомою матки.

Базові знання

1. Анатомія внутрішніх жіночих статевих органів.
2. Нормальна фізіологія регуляції менструального циклу.
3. Гістологічна будова тіла матки.
4. Етіологія та патогенез розвитку доброякісних утворень.
5. Збір загального та гінекологічного анамнезу.
6. Методи загального обстеження пацієнтки органів і систем.
7. Методи дослідження в гінекології.

8. Обговорення результатів клінічних, біохімічних, гормональних, ультразвукового та інвазивних досліджень.

### **Зміст навчального матеріалу**

Лейоміома матки або міома - гормонзалежна доброякісна пухлина міометрію.

В літературі зустрічаються численні терміни, якими називали це захворювання: фіброміома, фіброма, міома, лейоміома - гормонзалежна доброякісна пухлина міометрію.

#### **Класифікація за МКХ-10:**

ЛЕЙОМІОМА МАТКИ D25.0

ПІДСЛИЗОВА ЛЕЙОМІОМА МАТКИ

ІНТРАМУРАЛЬНА ЛЕЙОМІОМА МАТКИ

СУБСЕРОЗНА ЛЕЙОМІОМА МАТКИ

НЕУТОЧНЕНА

Класифікація за локалізацією вузлів: - міжм'язові (інтрамуральні); - підочеревинні (субсерозні); - підслизові (субмукозні).

Розрізняють атипові форми за локалізацією: зашийкова, передшийкова, заочеревинна, надочеревинна, парацервікальна, між-зв'язкова.

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

У більшості жінок міома матки має безсимптомний перебіг, однак 20-50% пацієнток виявляють скарги, які є клінічними проявами ускладнень міоми: - маткові кровотечі з відповідним розвитком анемії. Маткові кровотечі - одне з найбільш частих ускладнень лейоміоми.

-тазовий біль, тяжкість внизу живота, -



збільшення частоти сечовипускання.

-при субсерозній локалізації міом у залежності від їх розташування можуть виникати порушення функції суміжних органів.

Ускладнення міоми : " народження",некроз, нагноєння фібриматозного вузла, перекручування ніжки вузла ,розрив капсули і судин вузла, злякисне переродження фіброміоми. При виникненні таких ускладнень як некроз вузла ,інфаркт, перекрути ніжки вузла, може розвинутися картина „гострого живота” .

### **Діагностика:**

- 1 .Бімануальне дослідження.
- 2.Ультразвукове дослідження органів малого тазу. З.В окремих випадках проводиться МРТ.
- 4.Гістологічне дослідження зіскрібка із церві кального каналу та порожнини матки.
- 5.Гістероскопія.
- 6.Рідко діагностична лапароскопія ( при необхідності диф.діагностики з пухлинами додатків).

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

Медикаментозне лікування включає негормональні засоби та препарати гормональної терапії.

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

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

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

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

Прогестагени застосовуються у комплексі медикаментозного лікування лейоміомцяка супроводжується гіперпластичними процесами ендометрію з метою зменшення локальної гіперестрогенемії.

Лікування агоністамиГ н-РГ ефективно зменшує розмір вузлів та матки , але застосовується не більше 6 місяців у зв'язку з розвитком синдрому медикаментозної менопаузи при тривалому застосуванні.

Лікування агоністами Гн- РГ ( гозерилін) 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.

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.

### *Хірургічне лікування .*

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

Жінкам із діагностовано субмукозною міомою та значними кровотечами, як альтернатива гістеректомії, також проводиться гістроскопічна міомектомія, абляція або резекція ендометрію.

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

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

Емболізація міоми може бути ефективною альтернативою міомектомії або гістеректомії.

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

Показання до консервативної терапії лейоміоми матки: 1. Бажання хворої зберегти репродуктивну функцію. 2. Клінічно малосимптомний перебіг захворювання.

3. Міома 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.

б. 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:

1 етап - 2-4 ін"акції аГн-РГ із інтервалом 28 днів.

2 етап - консервативна міомектомія.

3 етап - третя ін"акція аГн-РГ.

Хірургічне лікування лейоміоми.

Показання:

1. Симптомна лейоміома.

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.

6. Швидкий ріст ( на 4- 5 тижнів на рік та більше )

7. Резистентність до терапії аналогами Гн-РГ.

8. Лейоміома у сполученні із передпухлинною патологією ендометрію чи яєчників.

9.Безпліддя внаслідок лейоміоми матки.

10.Наявність супутньої патології додатків.

Принцип вибору доступу для гістеректомії :

1 .Як для абдомінальної, так і для вагінальної гістеректомії 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.

Стани , при яких надається перевага застосування АГ: -є проти покази 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 додатків; -лейоміома широкої зв'язки; -сумніви щодо доброякісності ендометрію; -супутня екстрагенітальна патологія.

## КОНТРОЛЬНІ ЗАПИТАННЯ:

1. Дати визначення „лейоміоми матки“.
2. Класифікація лейоміоми за МКХ - 10.
3. Класифікація лейоміоми матки за локалізацією вузлів.
4. Яким може бути ріст вузла ?
5. Причини лейоміоми матки.
6. Морфологічні зміни при лейоміомі.
7. Методи діагностики лейоміоми матки.
8. Клінічні прояви лейоміоми матки.
9. Диференційна діагностика лейоміоми матки.
10. Ускладнення лейоміоми матки.
11. Клініка „гострого живота“ .
12. Алгоритм ведення пацієнток із міомою матки.
13. Принципи ведення пацієнток.
14. Медикаментозне лікування міоми .
15. Негормональні засоби при лікуванні.
16. Гормональна терапія лейоміоми.
17. Хірургічне лікування лейоміоми матки.
18. ЕMBOLІЗАЦІЯ маткових артерій при міомі.
19. Гістероскопічна міомектомія при лейоміомі матки.
20. Комбінована терапія міоми.
21. Показання до хірургічного лікування.
22. Принципи вибору доступу для гістероектомії.
23. Види консервативних операцій.
24. Радикальні та напіврадикальні операції.
25. Категорії ризику гінекологічних операцій.
26. Загальні принципи антибактеріальної профілактики.
27. Профілактика лейоміоми матки.

