

“ЗАТВЕРДЖЕНО”
на методичному засіданні
кафедри акушерства та
гінекології УМСА
“___” _____ 200
протокол № _____.
Зав.каф., д.м.н., проф.

Гінекологія

Громова А.М.

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ
ДЛЯ ВИКЛАДАЧІВ ДО
ПРОВЕДЕННЯ ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ ЗІ СТУДЕНТАМИ
V курсу медичного факультету

ТЕМА: ДОБРОЯКІСНІ ПУХЛИНИ ЯЄЧНИКІВ. ЕНДОМЕТРІОЗ ЖІНОЧИХ СТАТЕВИХ ОРГАНІВ.
Кількість навчальних годин 2

Тема: ДОБРОЯКІСНІ ПУХЛИНИ ЯЄЧНИКІВ. ЕНДОМЕТРІОЗ ЖІНОЧИХ СТАТЕВИХ ОРГАНІВ.

I. АКТУАЛЬНІСТЬ ТЕМИ: Доброякісні пухлини яєчників можуть порушити всі специфічні функції жіночого організму (дітородну, менструальну, статеву, секреторну), а ускладнення, що розвинулись (перекрут ніжки, малігнізація) загрожують життю та здоров'ю жінки. Різноманітні пухлини яєчників мають подібність з пухлинами матки, вагітністю, вадами розвитку, пухлинами статевих органів, сечовидільної системи, кишечника. Таким чином знання пухлин яєчників є необхідним для студентів медичних вузів. Ендометріоз це дисгормональна гіперплазія ектопованого ендометрію на фоні вираженої дисфункції імунної системи, суть якої полягає в розростанні тканини, схожої по своїй будові й функції з ендометрієм, але знаходяться за межами слизової оболонки матки. Частота ендометріозу-20-30%. Вдосконалення знань студентів з питань етіології, патогенезу, клініки, класифікації.

II. НАВЧАЛЬНІ ЦІЛІ ЗАНЯТТЯ:

2.1 Студент повинен мати уяву про:
будову яєчника;

топографію передньої черевної стінки,
анатомію жіночих статевих органів, зв'язки яєчника, кровообіг, інервацію,
менструальний цикл,

фази менструального циклу,

будову ендометрія та зміни в ньому в залежності від дії гормонів яєчника,

2.2 Студент повинен знати:

причини, що сприяють виникненню пухлин яєчника;

класифікацію пухлин яєчника;

клініку;

діагностувати пухлини яєчника;

методи лікування пухлин яєчника.

визначити тактику ведення хворої з пухлинами яєчника;

провести реабілітацію хворих після видалення пухлини яєчника.

2.3 Студент повинен опанувати навичками:

провести збір анамнестичних даних;

провести піхвове дослідження;

підготувати хвору до операції;

вибрати оптимальний об'єм оперативного лікування.

засвоїти методи забору матеріалу для лабораторних методів дослідження.

знати схему гормонального лікування ендометріозу.

вияснити можливості оперативного лікування при ендометріозу.

III. Виховні ЦІЛІ:

сформувати у лікарів основні уявлення про важливість дотримання принципів деонтології та лікарської етики при обстеженні хворої, проведенні лікувально-діагностичних маніпуляцій (з урахуванням характеру захворювання, індивідуальних особливостей пацієнтки ступеня її інтелектуального розвитку, рівня культури та ін.);

протягом всього заняття викладач зобов'язаний виховувати лікарів на власному прикладі (своїм зовнішнім виглядом, культурою мови та спілкування з хворими медперсоналом), підтверджуючи, що деонтологія є невід'ємною частиною морально-етичних норм професії лікаря.

IV. МІЖДИСЦИПЛІНАРНА ІНТЕГРАЦІЯ.

Дисципліна	Знати	Вміти
Нормальна анатомія Патологіческая анатомія Топографіческая анатомія Гінекологія Хірургія	Будову яєчника. Гістологічну будову пухлин яєчника. Связки яєчника, кровообіг, іннервацію. Методи обстеження гінекологічних хворих. Клініку та діагностику “гострого живота”.	Володіти технікою оварек томії. Зібрати анамнез, провести гінекологічне обстеження.

V. ЗМІСТ ТЕМИ.

Велике місце серед пухлин жіночих статевих органів займають пухлини і пухлиноподібні утворення, які виходять з яєчників. Вони спостерігаються у різні вікові періоди життя жінки і становлять 6-8% всіх гінекологічних захворювань.

Кіста яєчника — це пухлиноподібне утворення, яке виникає в результаті накопичення рідини в попередньоіснуючій порожнині. Кісти яєчників збільшуються в розмірах пасивно за рахунок збільшення в них рідкого вмісту. Проліферація клітинних елементів відсутня. Найбільш поширені кісти — фолікулярна кіста, кіста жовтого тіла, параоваріальна кіста, дермоїдна кіста.

Терміном «кістома» яєчника визначають справжню пухлину, яка росте за рахунок проліферації клітин епітелію і накопичення ексудату в кістозній пухлині. Виділяють групи ризику. До таких груп відносяться жінки: з несприятливим преморбідним фоном (перенесені в дитинстві і зрілому віці інфекційні хвороби); з порушенням менструального циклу (пізніше менархе, порушення становлення менструацій, рання менопауза); з первинним безпліддям (часто розвивається на фоні серйозних гормональних порушень, аменореї); запальними процесами в додатках матки; гіперпластичними процесами ендометрію;

Всі жінки, у яких діагностована пухлина яєчника повинні бути взяті на диспансерний облік та обстеженні як загальноприйнятими методами, так і допоміжними: УЗД, рентгенографія, лапароскопія, кульдоскопія та інше лікування. При доброякісних пухлинах яєчників і проведенні оперативного лікування - диспансерний нагляд протягом 5 років з оглядом 2-3 рази на рік, при проліферуючих пухлинах (папілярні, муцинозні) — постійний нагляд два рази на рік.

Лікування Хвора, у якої виявлена пухлина яєчника підлягає обов'язковому оперативному лікуванню. Об'єм й характер оперативного втручання вирішується в залежності від віку хворої і особливостей пухлини.

ЕНДОМЕТРІОЗ – це дисгормональна гіперплазія ектопованого ендометрію на фоні вираженої дисфункції імунної системи, суть якої полягає в розростанні тканини, схожої по своїй будові й функції з ендометрієм, але знаходяться за межами слизової оболонки матки. Частота ендометріозу (Е) – 20-30%.

Під впливом функції яєчників і керуючих їх діяльністю центрів гіпоталамо-гіпофізарної системи у вогнищах (Е) відбуваються циклічні зміни в ендометрії, а під час вагітності розвивається децидуальна реакція.

Нагадати лікарям-інтернам, що за останні роки Е в структурі гінекологічної захворюваності займає третє місце. Росте кількість хворих із запущеними формами Е, які приводять до важких деструктивних змін сусідніх органів, мають схожість з онкологічною патологією.

Класифікація:

I. Макроскопічно:

вузлова форма;

інфільтративна форма;

кістозна форма.

Консистенція вузлів щільна за рахунок розвитку вогнищ ендометріюїдної тканини, інфільтративно-рубцевих змін, що виникають в наслідок проникнення менструалоподібних виділень, протеолітичних і ліполітичних ферментів, які виділяються вогнищами Е і виникнення навколо них асептичного запалення.

II. Гістологічна будова Е характеризується сполученням залозистого ендометріюподібного епітелію та цитогенної строми.

III. По локалізації розрізняють:

генітальний Е: зовнішній (ендометріоз шийки матки, піхви, яєчників, маткових труб, очеревини, куприкових зв'язок, ретроцервікальної ділянки, прямокишково-маткового заглиблення); внутрішній (ендометріоз тіла матки);

екстрагенітальний Е.

IV. Вроджений Е.

Характерні особливості Е:

Відсутність навколо вогнища Е сполучно-тканинної капсули. Це необхідно враховувати при оперативному лікуванні.

Здібність ендометріозу до інфільтруючого росту та розповсюдження в навколишні тканини й органи з деструкцією останніх (здібність виділяти протеолітичні та ліполітичні ферменти).

Велика резистентність вогнищ ендометріоза по відношенню до методів лікування (медикаментозних, діатермічних).

Здібність Е метастазувати як контактним шляхом, так і гематогенним і лімфогенним шляхами.

Значна васкуляризація вогнищ.

Клімакс і менопауза, а також хірургічна чи медикаментозна кастрація не попереджують можливості малігнізації вогнища Е.

При певних конституційних спадкових особливостях і порушенні ембріогенеза розвиваються вроджені форми Е, більшість яких характеризуються раннім і важким клінічним перебігом.

Патогенез

Розвиток Е частіше розвивається на фоні абсолютної або відносної гіперестрогенії з переважанням естрогена і естрадіола, зниженні функції жовтого тіла й гіпофункції кори наднирників.

Разом із цим Е може розвиватися і при нормальній і навіть понижений, але тривалій стимуляції естрогенами. Це спостерігається на фоні недостатності функції жовтого тіла або ановуляції.

В патогенезі Е також мають значення запальні процеси, хірургічна травма, конституційно-спадкові фактори.

Клініка та діагностика

Ендометріоз (аденоміоз) матки – це найбільш часта локалізація генітального Е. Може бути вродженим, після хірургічних утручань, особливо після частих абортів. Характерним симптомом являється альгодисменорея.

Вираженість больового синдрому залежить від форми Е, глибини вrostання в міометрій,

Інтерни курують хворих з ендометріозом геніталій. Проводять об'єктивне обстеження хворих, звертають увагу на особливості проявів (інфільтратів, кістозних утворень), розповсюдження (зовнішній, внутрішній, екстрагенітальний). Характерну симптоматологію (альгодисменорея, анемія, субфебрильна температура, збільшення конгломерата під час менструації (додаткові обстеження цервіко-гістеро-сальпінгографія, цитоскопія, кольпоскопія, лапароскопія, УЗД).

Після виставлення діагнозу необхідно зупинитися на питаннях консервативного лікування. Звернути увагу на особливості перебігу вагітності (шкідливий вплив, самовільний аборт, передчасні пологи, розрив матки, слабкість пологової діяльності, кровотеча).

Звертаючи увагу, що серед причин первинного та вторинного непліддя ендометріоз займає третє місце, у хворих ендометріозом непліддя обумовлено: морфологічними змінами міометрію, порушенням секреції гонадотропних гормонів гіпофізу (ЛГ, ФСГ, пролактину), стероїдогенезом в яєчниках, наднирниках, патологічними змінами естрогенорецепторної системи ендометрію.

Ознайомлення із сучасною класифікацією ендометріозу (генітальний, екстрагенітальний): зовнішній (ендометріоз шийки матки, піхви, яєчників, маткових труб, очеревини, куприкових зв'язок, ретроцервікальної ділянки, прямокишково-маткового заглиблення) та внутрішній (ендометріоз тіла матки).

Лікування ендометріозу.

Тактика лікування (консервативна або хірургічна) визначається ступенем важкості ендометріозу, репродуктивним анамнезом і ефективністю терапії. Консервативна терапія включає використання одного з гормональних препаратів з урахуванням індивідуальної переносимості, імуномодуляторів, токоферолу, протизапальних засобів. Для лікування використовують оральні контрацептиви з підвищеним умістом гестагенів: ановлар, овідон, ригевідон, нон-овлон. Курс лікування естроген-гестагенними препаратами триває 6-9 місяців.

При неплідді (малі форми ендометріозу) використовують оральні гестагенні препарати (норетістерон по 10 мг на день на протязі 6 місяців), левоноргестрел (мікролют) – по 1 таб. на добу. З 5 по 25 день менструального циклу – турінал по 1-2 таб. на день.

Прогестино-антиестрогенні препарати: тамоксифен 0,01-0,02 на добу по 1-2 прийоми на протязі 10 днів.

Андрогени: сустанон 250 (1 раз в три тижні), тестенат 10% - 1 мл (у перший день менструального циклу).

Андріол (0,04-0,08 мг на добу 1-2 рази на протязі 15 днів, починаючи з 5 або 7 дня менструального циклу).

Антигонадотропіни: даназол (даноген, данол) 100-800 мг на добу на протязі 3-12 місяців; бусерилін (підшкірно або ендоназально); декаптил 3,75 мг з 5 дня циклу через 28 днів на протязі 4-6 місяців; заладекс (під шкіру очеревинної стінки 1 раз на місяць) у перші 4 дня циклу.

Гестагени: депо-провера (150 мг) 1 раз в 3 місяці; проверка (5-10 мг) на добу на протязі 10 днів. Гестрінон 5 мг 2 рази в тиждень (6 місяців) приймають по 5-10 мг 2 рази на день 6-14 місяців.

Вплив на імунну систему: левамізол, декаріс, спленін, Т-активін, тималін. Покращенню антиоксидантної системи сприяють: унітіол, аскорбінова кислота, токоферолу ацетат.

Протизапальна та розсмоктуюча терапія: тіосульфат натрію 30% - 10,0 в/в через день 15-20 процедур, магнію сульфат в/м 25% - 10 мг, етимізол 0,3 на добу на протязі 30 днів. Лідаза, трипсін, хімотрипсін, солкосеріл, актовегін у вигляді електрофорезу, в/м уведення, підшкірно.

У комплексному лікуванні використовують радонові ванни, постійне магнітне поле на ділянку матки.

Хірургічні методи лікування: при проведенні хірургічного втручання дотримуються 3 основних принципів: Репродуктивна функція повинна бути збережена.

Хірургічна травма повинна бути мінімальною.

Максимально можливе видалення ендометріїдних ділянок.

Об'єм хірургічного втручання залежить від , ступені розповсюдженості патологічного процесу.

VI. План та організаційна структура заняття.

№ п/п	Основні етапи заняття та його зміст	Навч. Цілі в рівнях засвоєн.	Методи контролю та навчальне методичне забезпечення	Час
1.	<p>Підготовчий етап: Організація заняття; Визначення навчальних цілей та мотивації; Контроль вихідного рівня знань, вмінь, навичок: а) частота, патогенез розвитку пухлин яєчника; б) класифікація, клініка, діагностика; в) лікування кіст і кістом яєчника; г) профілактика злоякісних пухлин яєчника. сучасні уявлення про етіологію, патогенез генитального ендометріозу; 2) гістологічна картина генитального ендометріозу; 3) класифікація генитального ендометріозу; 4) клініка генитального ендометріозу; 5) додаткові методи дослідження; 6) діагностика і диференційний діагноз генитального ендометріозу; 7) методи консервативного лікування генитального ендометріозу в залежності від віку хворої та формами захворювання; 8) покази для хірургічного лікування; 9) реабілітація хворих після оперативного лікування; 10) профілактика ендометріозу.</p>	II	Фронтальне опитування, таблиці, малюнки, тестові завдання, історії хвороби.	10-20%
2.	<p>Основний етап: Формування професійних вмінь та навичок: Курація хворих чи розбір історій хворих. Обговорення одержаних клінічних даних та допоміжних методів діагностики пухлин яєчника та генитального ендометріозу. Вибір методів лікування. Реабілітація хворих після видалення пухлин яєчника та генитального ендометріозу. Діагностика пухлин яєчника, методи лікування та диспансеризації хворих на генитальний ендометріозу. Вирішення клінічних задач. Формування професійних вмінь та навичок по діагностиці, лікуванню та реабілітації хворих з ГЕ: а) курація хворих; б) обговорення та оцінка результатів анамнестичних, об'єктивних даних, лабораторних та додаткових методів обстеження; конкретних питань, форми клінічної діагностики та лікування ГЕ; в) профілактика ГЕ, принципи диспансеризації хворих з ГЕ; г) вирішення клінічних задач</p>	III	Хворі, чи історії хвороб.	70-80%
3.	<p>Заключний етап: - контроль та корекція професійних вмінь та навичок. Підведення підсумків</p>	III-IV	Індивідуальний контроль практичних навичок. Вирішення клінічних задач, тестовий контроль.	5-10%
4.	Домашнє завдання.			5%

План організації заняття:

Організаційний момент – 5%.
Контроль базисного рівня знань – 20%.
Основний етап заняття – 45%.
Контроль кінцевого рівня знань – 20%.
Оцінка знань студентів – 5%.
Завдання додому – 5%.

VII. МАТЕРІАЛИ МЕТОДИЧНОГО ТА МАТЕРІАЛЬНОГО ЗАБЕСПЕЧЕННЯ ЗАНЯТТЯ.

7.1 МАТЕРІАЛИ КОНТРОЛЮ ПІДГОТОВЧОГО ЕТАПУ.

Контрольні запитання

Частота пухлин яєчників.

Патогенез пухлин яєчників.

Класифікація пухлин яєчників.

Що таке кіста і кістома (їх характеристика)?

Клініка, діагностика, лікування кістом яєчника.

Методи діагностики і лікування кіст яєчника.

З чого складається анатомічна і хірургічна ніжка пухлини яєчника?

Які ускладнення можуть розвинути при пухлинах яєчника?

Методи діагностики і лікування ускладнень пухлин яєчника.

10. Частота ендометріозу.

11. Класифікація ендометріозу.

12. Клінічні прояви різних форм генітального ендометріозу.

13. Діагностика ендометріозу.

14. Лабораторні методи діагностики ендометріозу.

15. Допоміжні методи обстеження хворих на ендометріоз.

16. Методи консервативного лікування генітального ендометріозу.

17. Покази до оперативного лікування.

18. Реабілітація хворих, які перенесли операцію з приводу ендометріозу.

19. Профілактика ендометріозу.

7.2 МАТЕРІАЛИ МЕТОДИЧНОГО ЗАБЕСПЕЧЕННЯ ОСНОВНОГО ЕТАПУ.

7.3 МАТЕРІАЛИ КОНТРОЛЮ ДЛЯ ЗАКЛЮЧНОГО ЕТАПУ.

Контрольні запитання.

Частота захворюваності ендометріозом.

Клініка і диференційна діагностика ендометріозу жіночих статевих органів.

Лабораторні методи діагностики ендометріозу.

Указати найчастіші локалізації ендометріозу у жінок.

Гормональні методи лікування.

Хірургічні методи лікування ендометріозу.

Тестові завдання I рівня

До гормонально активних пухлин яєчників не відносяться:

A. гранульозоклітинна пухлина;

B. дисгермінома;

C. зріла тератома;

D. тека-клітинна пухлина;

E. андробластома.

Основний клінічний симптом ендометріоза шийки матки.

A. альгодисменорея;

B. менометрорагія;

C. перед- і постменструальні кров'яністі виділення;

D. безпліддя;

E. всі відповіді помилкові.

До епітеліальних пухлин яєчників відносять все, крім:

A. серозної цистаденоми;

B. муцинозної цистаденоми;

C. цистаденокарциноми;

D. пухлини Бреннера;

E. текоми.

Характерні особливості кіст яєчників:

A. це – ретенційні утворення;

B. збільшуються в розмірі внаслідок проліферації клітин;

C. не мають капсули;

D. можуть малігнізуватися;

E. все перераховане вище вірне.

До зовнішнього генітального ендометріозу відносяться всі перераховані нижче форми, крім ендометріозу:

A. яєчників;

B. тіла матки;

- С. шийки матки;
 - Д. позаматкового простору;
 - Е. інтерстиціального відділу маткових труб
- Яка з пухлин яєчників найчастіше зазнає малігнізації?

- А. Фіброма
- В. Муцинозна цистаденома.
- С. Серозна цистаденома.
- Д. Текома.
- Е. Тератома.

Яке ускладнення найчастіше зустрічається при доброякісних пухлинах яєчників?

- А. Перекрут ніжки пухлини.
- В. Крововилив в порожнину пухлини.
- С. Розрив капсули.
- Д. Нагноєння вмісту.
- Е. Здавлювання сусідніх органів.

Назвіть можливі причини порушення репродуктивної функції при генітальному ендометріозі:

- А. зміна функціональної активності маткових труб;
- В. злуковий процес в черевній порожнині;
- С. виражені морфологічні зміни міометрію;
- Д. зміна складу перитонеальної рідини;
- Е. все перераховане вище.

До пухлиноподібних утворень яєчників відносять все перераховане нижче, крім:

- А. дермоїдної кісти;
- В. фолікулярної кісти;
- С. кісти жовтого тіла;
- Д. піовару;
- Е. тека-лютеїнової кісти.

Кістами яєчників:

- А. це доброякісні пухлини;
- В. збільшуються в розмірі внаслідок проліферації клітин;
- С. мають капсулу;
- Д. можуть малігнізуватися;
- Е. все перераховане вище вірне.

Укажіть рентгенологічні ознаки внутрішнього ендометріозу тіла матки:

- А. позаконтурні тіні;
- В. нерівність контурів порожнини матки;
- С. розширення перешийка матки, округлий контур трубних кутів;
- Д. нічого з перерахованого вище;
- Е. все перераховане вище.

По визначенню генітальний ендометреоз:

- А. це розростання ендометріоподібної тканини за межами звичайної локалізації ендометрію;
- В. виникає на фоні гормональних і імунних порушень;
- С. частіше зустрічається у жінок репродуктивного віку,
- Д. схилений до прогресування і рецидуванню;
- Е. все перераховане вище вірне.

Тестові завдання II рівня

Для лікування зовнішнього генітального ендометріозу застосовують:

- грязьові аплікації на зону «трусів»;
- агоністи гонадотропін-релізінг-гормону;
- кон'юговані естрогени;
- 4. високодозовану терапію гестагенами.

Перерахуйте основні клінічні вияви перитонеального ендометріоза:

- 1. рясні і тривалі менструації;
- 2. тазовий біль;
- 3. галакторея;
- 4. безпліддя.

Анатомічна ніжка пухлини яєчника утворена:

- власною зв'язкою яєчника;
- петлями кишечника і сальником;
- воронко-тазовою зв'язкою;
- матковою трубою.

Чинники ризику розвитку генітального ендометріоза:

спадкова схильність;
аномалії розвитку статевих органів;
порушення імунного гомеостазу;
ановуляція.

. При екстрагенітальному ендометріозі можлива поразка:

товстої кишки;
плеври;
нирок і сечоводів;
спинного мозку.

При генітальному ендометріозі хірургічне лікування показано в наступних клінічних ситуаціях:

1. при наявності ендометріодних кіст яєчників;
2. при поєднанні внутрішнього ендометріозу з міомою матки;
3. при III стадії поширення внутрішнього ендометріозу тіла матки;
4. у разі діагностики ендометріозу рудиментарного рогу матки

У групу високого ризику розвитку пухлин яєчників включають жінок:

у яких порушені менструальна і репродуктивна функції;

з ожирінням і гіперліпідемією;

3. зі спадково зумовленою схильністю до розвитку раку органів репродуктивної системи;
4. тривало використовуючих гормональну контрацепцію.

Схильність до виникнення функціональних кіст яєчників визначають:

1. запальні захворювання додатків матки;
- функціональні порушення в системі гіпоталамус- гіпофіз-яєчники;
особливості рецепторного апарату яєчників;
травматичні пошкодження яєчників.

Для клінічної картини внутрішнього ендометріозу тіла матки характерні:

1. дізуричні розлади;
- рясні і тривалі менструації;
рясні водянисті білі;
«кров'янистий виділення, що мажуть» до і після менструації

Задачи Шривня

У жінки 42 років протягом останніх 10 років менструації були за типом гіперполіменореї та прогресуючої альгодісменореї. Піхвове дослідження: шийка чиста, виділення помірні, "шоколадного" кольору, матка трохи збільшена, горбиста, трохи болюча, додатки не пальпуються, склепіння глибокі, безболісні. Який найбільш імовірний діагноз?

- A. Ендоміометрит.
- B. Рак матки.
- C. Субмукозна фіброміома матки.
- D. Ендометріоз матки.
- E. Ендометріоз придатків.

Задачи IVривня

Хвора 25 років, звернулася до лікаря на профогляд. Скарг немає. При об'єктивному дослідженні встановлено: шийка матки циліндричної форми, тіло матки нормальних розмірів, щільне, рухоме, безболісне. Справа від матки пальпується пухлина 15×12 см, тугоеластичної консистенції, з гладкою поверхнею, безболісна, мало рухома, параметрії вільні. Рідина в черевній порожнині не визначається.

Діагноз? Які додаткові методи дослідження необхідно провести для уточнення діагнозу?

Тактика лікаря?

Хвора 24 років скаржить на різкі болі внизу живота, більше праворуч, що виникли після фізичного напруження. Біль наростає. Бімануально: матка щільна, безболюча, рухлива. Додатки зліва не визначаються, праворуч пальпується пухлиноподібне утворення розмірами 7×8×6 см, еластичної консистенції, рухливе, різко болюче при дослідженні. Лейкоцитоз при дослідженні 12300. При спостереженні на протязі 2 годин біль наростає, утворення збільшується в діаметрі. Лейкоцитоз 16100.

Діагноз?

Що робити?

Хвора 42 років прийшла на профогляд. У лікаря-гінеколога не була на огляді 3 роки. Менструації приходять регулярне. Бімануально: матка маленька, рухлива, неболюча. Додатки праворуч не визначаються, зліва - пухлиноподібне утворення, рухливе, еластичної консистенції, розмірами 8-9-6 см. Лікар взявши хвору на диспансерний облік. Хвора прийшла до лікаря на огляд через 1,5 роки. Відмічає тягар внизу живота.

Бімануально: матка маленька, рухлива, безболісна. Додатки праворуч не визначаються, зліва - пухлиноподібне утворення щільної консистенції, горбисте, обмежене в рухливості, злегка болюче при дослідженні.

Попередній діагноз?

У чому помилка лікаря?

7.4 МАТЕРІАЛИ МЕТОДИЧНОГО ЗАБЕСПЕЧЕННЯ САМОПІДГОТОВКИ

Орієнтовна карта для організації самостійної роботи студента з навчальною літературою.

Основні завдання	Вказівки до учбових дій
Определение понятия "доброкачественные опухоли яичника"	Дайте определение понятия "доброкачественные опухоли яичника"
Этиология.	Назовите этиологические факторы опухолей яичника.
Патогенез	Изложите современную точку зрения на механизм возникновения опухолей яичников.
Классификация доброкачественных опухолей яичника.	Приведите классификацию доброкачественных опухолей яичника.
Анамнез.	Назовите основные клинические признаки доброкачественных опухолей яичников, которые могут быть установлены из анамнеза.
Объективное исследование.	Опишите признаки доброкачественных опухолей яичников, установленные при объективном исследовании.
Дополнительное обследование.	Перечислите симптомы доброкачественных опухолей яичника, обнаруженные при использовании дополнительных методов обследования больных.
Лечение.	Перечислите методы лечения, применяемые у больных с доброкачественными опухолями яичников в зависимости от гистологического строения опухолей.
Профилактика.	Перечислите меры профилактики опухолей яичников.

7.5 Матеріальне оснащення заняття: таблиці, Рф-грами, історії хвороби.

VIII. ЛІТЕРАТУРА

Основна;

Серов В.Н., Кудрявцева Л.И. Доброкачественные опухоли и опухолевидные образования яичников. – М.: Триада, 1999. – 152 с.

Михайленко О.Т., Степанківська Г.К. Гінекологія. К.: Здоров'я, 1999. – 520 с.

Степанківська Г. К., Тимошенко Л.В.. Довідник з акушерства та гінекології. – К.: Здоров'я, 1997. – 250 с.

Карпов О.И., Танаков А.И. и др. Справочник акушера-гинеколога. – Санкт-Петербург, 1998. – 216 с.

Железнов Б.І., Стрижаков А.Н.. Генітальний ендометріоз. – М., 1985.

Персианинов Л.С. Оперативная гинекология. – М.: Медицина, 1971. – 552 с.

Русакевич П.С. Фоно́вие и предрако́вие заболевания шейки матки. – Мн.: Выш. шк., 1998. – 358 с.

Додатков:

Онкологическая гинекология/ Под ред. Винницкой В.К. – К.: Здоров'я, 1983. – 248 с.

Патология влагалища и шейки матки/ Под ред. Краснопольского В.И. – М.: Медицина, 1997. – 272 с.

Персианинов Л.С. Оперативная гинекология. – М.: Медицина, 1971. – 552 с.

Рембез И.Н. Оперативная гинекология. – К.: Здоров'я, 1985. – 256 с.

Руководство по эндокринной гинекологии/ Под ред. Е.М.Вихляевой. – М.: МИА, 1998. – 768 с.