

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

Гінекологія

Громова А.М.

МЕТОДИЧНІ РОЗРОБКИ ДЛЯ ОРГАНІЗАЦІЇ
САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ
V курсу медичного факультету

ТЕМА: ДОБРОЯКІСНІ ПУХЛИНИ МАТКИ.
Кількість навчальних годин 2

. Тема: Доброякісні пухлини матки.

I. Актуальність теми.

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

II. Навчальні цілі заняття:

В результаті самостійної роботи студент повинен знати:

- 1) методику збору анамнезу;
 - 2) обсяг і послідовність методів дослідження у хворих фіброміомою матки;
 - 3) значення додаткових методів дослідження: ендоскопічного, лабораторного, рентгенологічного, цитологічного, ТЗХ;
 - 4) клініку і методи діагностики захворювань, подібних по клінічній картині;
 - 5) лікування фіброміоми: консервативне, оперативне;
 - 6) топографію передньої черевної стінки, анатомію жіночих статевих органів, техніку надпівового видалення матки з придатками;
- студент повинен вміти:

- 1) відібрати з анамнезу відомості характерні для доброякісних пухлин матки;
- 2) скласти схему методів обстеження хворої;
- 3) сформулювати діагноз захворювання;
- 4) визначити метод лікування в залежності від виявленої клінічної картини;
- 5) виписати рецепти лікарських препаратів;

III. МАТЕРІАЛИ ДО АУДИТОРНОЇ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ:

3.1 Основні базові знання, вміння та навички, необхідні для самостійного засвоєння теми:

- а) питання, які підлягають вивченню:
класифікація доброякісних пухлин матки,
етіологія і патогенез фіброміоми матки,
клінічна картина симптомної фіброміоми матки,
діагностика та спеціальні методи обстеження хворих,
диференційний діагноз, з вагітністю, пухлинами яєчника, геморагічною метроррагією, аденоміозом,
методи лікування: консервативні, оперативні,
техніка операцій: надпівова ампутація, екстрипація матки,
- 8) працевлаштування
- 9) диспансерне спостереження

3.2 вміння та навички, необхідні для самостійного засвоєння теми:

- 1) з'ясування методики обстеження хворих на фіброміому матки,
- 2) вміння поставити діагноз, скласти план лікування хворої на фіброміому матки,
- 3) виписування рецептів, знання механізму дії ліків.

Тези зміста теми:

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

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

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

В основі першого патогенетичного варіанту лежить підвищення продукції гонадотропінів, спостерігається ожиріння, гіпертонічна хвороба, емоційно-психічні порушення, часто анемія, непліддя, швидкий ріст пухлини з інтрамуральним розташуванням вузлів, мастопатія, тиреотоксикоз, ановуляторний цикл. Для початку захворювання характерна відносна гіпертензія і дефіцит прогестинів; якщо розміри великі – гіпоестрогенія. З інших гінекологічних захворювань у 80% спостерігається внутрішній ендометріоз (аденоміоз) та гіперпластичний процес ендометрію, що призводить до кровотеч та больового синдрому. Якщо пухлина має значні розміри і низьке розташування вузлів, спостерігається порушення функції суміжних органів.

У другому патогенетичному варіанті спостерігається зниження продукції гонадотропінів, що настає переважно після попередніх сильних маткових кровотеч під час пологів, важких форм гестозів, септичних та інфекційних захворювань. Хворі скаржаться на слабкість, швидку втомлюваність, рідке оволошіння. Ріст пухлини помірний, переважно субсерозний. Констатується низький рівень гонадотропінів та стероїдних гормонів яєчників: у 2/3 хворих є захворювання молочних залоз (мастопатія, кісти, пухлини), у 1/2 - гіпотиреоз.

У третьому патогенетичному варіанті первинним є порушення функції яєчників з хронічним запаленням їх, значно рідше – вроджена гіпоплазія цих органів. У цих хворих надмірні менструації, безпліддя, дисплазія ендометрію та епітелій шийки матки. Міома росте помалу і не досягає великих розмірів. Характерні є зниження кількості естрогенів та прогестерону при високому рівні гонадотропіних гормонів.

У четвертому патогенетичному варіанті в анамнезі багато втручань у матку або ВМС протягом 3 і більше років, найчастіше є субмукозний вузол (або вузли); хвора страждає кровотечами, анемією; ановуляторний цикл з абсолютною та відносною гіперестрогенією; під час УЗД, цитологічного та гістологічного дослідження констатується гіперпластичний процес ендометрію, в згачній кількості внутрішньо-зовнішній ендометріоз (переважно-залозиста форма), на шийці матки – дисплазія метаплазованого епітелію.

Фактори ризику розвитку міом

Спадкоємність (перші 2 покоління).

Порушення менструальної функції з початку менархе, особливо в поєднанні з інфантилізмом.

Порушення менструальної функції, яке не піддається лікуванню, особливо в поєднанні з порушенням ліпідного, вуглеводного та інших обмінів (опасистість, діабет, предіабет).

Порушення менструальної та репродуктивної функції (безпліддя, невиношування), які пов'язані з розладами гіпоталамо-гіпофізарно-яєчникової системи.

Рецидивуючі запальні захворювання внутрішніх статевих органів, які сприяють порушенню функції яєчників.

Повторні діагностичні вишкрібання слизової оболонки, які призводять до запальних процесів матки і зміни рецепторного апарату ендометрію.

Екстрагенітальні захворювання, які сприяють порушенню функції яєчників та інших залоз внутрішньої секреції.

Методи обстеження

Скарги.

Збір анамнезу.

Піхвове дослідження.

Гістероскопія.

Діагностичне вишкрібання слизової оболонки матки з послідуочим гістологічним дослідженням отриманого матеріалу.

визначення рівня стероїдних гормонів яєчників.

Ультразвукове дослідження.

Кольпоцитологія.

Лапароскопія.

Рентгенологічні методи дослідження (гістерографія, газова і біоконтрастна рентгенопельвіографія, черезматкова флебографія).

Класифікація міом:

За зміною форми матки – вузлові, дифузні.

За кількістю вузлів: поодинокі, множинні.

За характером росту: інтерстиціальну, субсерозні, субмукозні.

За часом росту: швидко- та повільноростучі.

За місцем розташування вузлів: дно мати, тіло, ділянка перешийка, шийка матки.

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

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

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

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

Реабілітація: її починають в стаціонарі і продовжують в жіночій консультації. Виділяють 3 етапи реабілітації: 1 етап (перші 6 місяців після операції). Мета корекція післяопераційних ускладнень, ліквідація запальних процесів в малому тазі, виявлено при операції супутнього ендометріоза, профілактика виникнення вегетоневротичних порушень, дисгормональних захворювань гормоно-залежних органів, соматичних захворювань.

Засоби реабілітації: поновлення обсягу циркулюючої крові; антианемічні препарати; вітаміни (С, групи В, фолієва кислота), препарати калію; речовини, що підвищують опірність організму до тресу (рослинні седативні засоби, транквілізатори, малі нейролептики); антибактеріальна терапія з урахуванням чутливості мікрофлори. Після ліквідації гострих явищ – протеолітичні ферменти (свічки з лідазою по 64 ОД ректально на протязі 30 днів або лідаза в/м – 7 днів по 16 ОД, 7 днів – по 32 ОД, 14 днів – по 64 ОД), рослинні антисептики (мікроклізма календули, шалфею, ромашки, хлорфіліпта). По показанням призначають фізіотерапію (синусоїдальні модульовані токи або діадинамічні токи, електрофорез цинку, йоду – 2 курси по 20 процедур з 4-6 тижневим інтервалом, потім ультразвук в імпульсному режимі по 10-15 сеансів), водолікування (радонові, йодобромні води), ЛФК.

Після надпихової ампутації матки або екстирпації матки без додатків жінкам до 40 років з метою регуляції функції яєчників і профілактики пухлинних процесів молочної залози рекомендують: 17 – ОПК по 250 мг на 16 або 18 день циклу, або пргестерон по 10 мг в день з 16 по 25 день циклу, або синтетичні пргестини з великим вмістом гестагенів – з 5 по 25 день циклу, на протязі 3-6 місяців.

Жінкам в 40-45 років призначають норколут по 5 мг в день з 16 по 25 день циклу, прегнін по 30 мг в день з 16 по 25 день циклу. 17-ОПК призначають по 250 мг 2 рази в тиждень, на протязі 3-6 місяців. Норетістерон – по 5-10 мг щоденно, 3-6 міс. Метіландростендіол – по 20 мг в/м 1 раз на тиждень, 6-9 міс. Тестостерона пропіонат – по 50 мг 1 раз на тиждень, 6 міс., або метілестостерон по 5-10 мг на день (на курс 100 таблеток).

Протипоказами до гормональної терапії є – захворювання печінки або жовчовивідних шляхів, тромбофлебії, гіпертонічна хвороба, цукровий діабет, атеросклероз, захворювання центральної нервової системи. Під час лікування необхідно спостерігати функцію печінки, судинної, імунної систем, згортаючої системи крові.

Жінкам після надпихової ампутації або екстирпації матки з додатками рекомендують:

Лікувальна гімнастика, загальний масаж, прогулянка на свіжому повітрі, гідротерапія в домашніх умовах (обливання холодною водою, душ, хвойні або шалфейні ванни, гарячі ножні ванни).

Анодична гальванізація головного мозку (10-20 сеансів). Гальванізація ділянки шия-обличчя або електрофорез з новокаїном верхніх шийних симпатичних гангліїв. Кожну з цих процедур поєднують з класичним ручним масажем комірної зони. Центральна анальгезія за допомогою апарату “Ленар” з використанням фронтастоїдального розташування електродів. Тривалість процедур – 40-50 хв. (при легкій формі клімактеричного синдрому 7-8 процедур, при середній важкості і важкій – 10-12 процедур).

Седативні препарати.

Транквілізатори (діазепам по 0,005 г 3 рази на день, метротан по 0,2x3 рази на день, амізіл по 0,001 г 3 рази на день).

Препарати симпатикоміметичної дії при перевазі симпатичних реакцій (резерпін по ¼ частині таблетки 2-3 рази на день, стугерон по 25 мг 3 рази на день).

При перевазі парасимпатичних реакцій: настій беладони по 5-10 крапельна день. Антигістамінні препарати (тавегіл по 1 мг, або супрастин по 0,25 мг 1-2 рази на день).

Вітамін В1, В6, Е.

АТФ – 30 ін'єкцій на курс лікування.

При психоемоційних розладах застосовують нейролептики (френалон по 2,5 мг 1-2 рази на день).

Психотропні стимулятори (ноо-тропіл, церебралізін, амінілон).

Гормонотерапія чистими естрогенами в переривчастому режимі (3 тижні прийом, 7-10 днів – перерва з призначенням гестагенів).

Синтетичні прогестини (3 місяці прийом, 2 місяці – перерва).

Лікування по Мануїлової (введення новокаїну, нікотінової кислоти, вітамінів В1, В6, С в одному шприці, всього 25 ін'єкцій).

2 етап (7-12 місяців після операції). Мета – лікування вегетоневротичного синдрому, обмінно-ендокринних порушень, корекція генітальних і екстрагенітальних захворювань.

Засоби реабілітації: сбалансована дієта, малі нейролептики, транквілізатори, вітаміни (загальна тривалість нейротропної терапії 3-4 місяці. З інтервалом в 1-1,5 міс.). По показанням проводять дегідратаційну і кардіальну терапію. Із фізпроцедур використовують загальну франклінізацію (4-5 процедур), потім її поєднують з гальванізацією зони шия-обличчя або коміркової зони (по 15 процедур). Використовують центральну електроанальгезію або електросон (12-15 процедур). Рекомендують контрастний душ, перлинні, йодобромні, радонові, хвойні ванни, санаторно-курортне лікування.

Для нормалізації порушень обміну речовин показано: молочно-рослинна дієта, полівітаміни, гіпохолестеринемічні речовини (бета-ситостерін – по 6-8 г/добу на протязі 1-2 міс.; місклерон – по 0,75 г/добу на протязі 1-2 міс.; місклерон – по 0,75 г/добу на протязі 20 днів, курси переривчасті, всього 4-6 з інтервалом в 1 місяць; продектин – по 0,75 г/добу на протязі 2-4 міс.). Одночасно призначають ненасичені жирні кислоти (есенціале, ліпостабіл).

3 етап (13-24 місяці після операції). Мета – корекція порушення обміну речовин. Використовують вищеописаний комплекс лікування у вигляді переривчастих курсів.

Реабілітація репродуктивної функції жінок після консервативної міомектомії.

Дієте збагачена білками. При ожирінні – гіпокалорійна їжа, жири тваринного походження замінюють рослинним маслом.

Вітамінотерапія:

віт В1 – 1 мл в/м з 7 по 25 день циклу;

віт. С – 0,3 г 3 рази на день в другу фазу циклу;

віт. А – 15-20 тис. МО на день з 5 по 25 день циклу.

Седативні препарати.

З метою нормалізації функції яєчників проводять фізіотерапевтичне лікування (електрофорез з цинком 2% з 6 дня циклу, по 10-12 процедур на протязі 2 міс.). При нейроендокринних порушеннях показана гальванізація зони шия-обличчя, ендоназальний електрофорез з новокаїном.

Регуляція функції шлунково-кишкового тракту (особливо печінки).

Гормонотерапія застосовується індивідуально в залежності від характеру порушень. При гіпофункції яєчників (недостатність 1 і 2 фази), а також при ановуляторних циклах по типу гіпоестрогенії призначають в першу фазу циклу мікрофолін або етінілестрадіол, в 2 фазу циклу з 18, 19 дня – прогестерон, на протязі 8-10 днів. При цьому на 14, 15, 16 дні призначають половинні дози естрогенів і прогестерону.

При недостатній функції жовтого тіла і ановуляторних циклах по типу гіперестрогенії призначають в 2 фазу циклу прогестерон або норколут з 16 по 20 день на протязі 3-6 міс.

Синтетичні прогестини – з 5 по 25 день циклу на протязі 2-3 міс.

Протизапальна терапія.

Фізпроцедури.

Гідротубації з протеолітичними ферментами. Першу гідротубацію проводять під час операції: через ампулярний відділ маткової труби вводять 10 мг хілотрипсину + 0,5 мл 0,25% розчину новокаїну.

Продовжують гідротубації з 3 дня післяопераційного періоду через день, всього 6-8 процедур. При прохідних трубах достатньо 1 курсу лікування. Якщо труби непрохідні, то проводять 2-3 курси гідротубацій по 6-8 процедур.

Для оцінки ефективності лікування рекомендуються дослідження по тестах функціональної діагностики, при необхідності – гістросальпінгографія.

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

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

Схеми призначення норколуту:

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

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

6-8 міс. По ½ таб., перерва до року.

6 міс. По ½ таб., перерва 1 рік.

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

1 курс: з 5 по 25 день по 1 таб., поки менструації не стануть тривалістю до 3-4 днів, потім 2-3 місяці по 0,5 таб.

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

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

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

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

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

Показом до кортикостероїдної терапії є субклінічна наднирникова недостатність.

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

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

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

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

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

3.3 Рекомендована література.

Основна:

К.И. Малевич, П.С. Русакевич. Лечение и реабилитация при гинекологических заболеваниях. – Минск.: “Высшая школа”, 1994. – С. 298-319.

В.П. Сметник, Л.Г. Тумилович. Неоперативная гинекология. – Санкт-Петербург, СОТИС, 1995. – С. 197-206.

3. Степанковская Г. К.. Справочник по акушерству и гинекологии. – Киев.: “Здоровья”, 1997. – С. 412-416.

4. Бодяжина В.И. Дмакин К^Н.. "Гинекология", 1977г.

5. Михайленко Е.Т., Бублик-Дорнян Г.Д. Риякология,, 1976г.

Васипевская Л.Н. й соавторн "Гинекология". М, Медицина, 1985г.

Допоміжна:

1. Давидов О.Н. Дромов Б.И. ,Еейко В.8. Атлас гинекологических операций.

2. Макаров , Габелов. Оперативная гинекология

3.-Водякина В.И., Сметник В.П., Тумилович Л.Г. "Неоперативная гинекология". М, Медицина, 1990г.

4. Малевич К.И., Русакевич. П.С. Лечение й реабилитация гинеко-погических боьпннх. Минск, 1994

3.4. Карта орієнтованої дії студентів

Зміст учбових дій	Вказівки до учбових дій
1.Визначення поняття доброякісні пухлини матки.	Використовуйте рекомендовану літературу, дайте визначення поняття" доброякісна пухлина матки.
2. Етіологія та патогенез фіброміоми матки.	Назвіть етіологічні фактори фіброміоми матки та патогенез.
3.Класифікація.фіброміом матки.	Наведіть класифікацію доброякісних пухлин матки
4.Анамнез	Назвіть основні клінічні прояви фіброміоми матки, які можуть бути .встановлені з анамнезу
5.Об'єктивне 'дослідження.	Опишіть ознаки фіброміоми матки, установлені при об'єктивному дослідженні хворих.
Додаткове обстеження	Перерахуйте симптогли фіброміоми матки, які можуть бути установлені при використанні додаткових методів обстеження хворих.
7.Лікування	Перерахуйте методи лікування хворих на фіброміому матки.
8.Диспансеризація	Назвіть принципи диспансері нагляду за хворими на фіброміому матки.
	Назвіть методи профілактики, виникнення фіброміоми матки.

3.5 Матеріали для самоконтролю.

.Питання для самоконтролю:

- 1) Класифікація доброякісних пухлин матки.
- 2) етіологія і патогенез фіброміом матки.
- 3) Клінічна картина симптомної фіброміоми-матки.
- 4) Спеціальні методи обстеження та діагностика фіброміоми.
- 5) Диференційний діагноз з вагітністю, пухлиною яєчників, геморагічною метроррагією, аденоміозом.
- 6) Консервативні і оперативні методи лікування.
- 7) Техніка операції надпіхвового видалення матки та. екстирпації матки.
- 8) Диспансеризація.
- 9) Профілактика фіброміом матки.

Б. Тести для самоконтролю.

I. Які зміни в яєчниках спостерігаються при міомі матки?

Варіанти відповідей:

- 1) Ніяких.
 2. Арібнокістозне переродження
 3. Кісти яєчників.
 4. Кістона яєчників.
2. Яка форма порушень менструального циклу характерна для міоми матки?

Варіанти відповідей:

1. Гіперполіменорея.
2. Ациклічні кровотечі
3. Гіперменорея.
4. Поліменорея.
5. Опсоменорея.

Чим відрізняється міома матки від вагітності?

Варіанти відповідей:

1. Розмірами.
2. Консистенцією.
3. Відсутністю ознак вагітності.

В. Задачі для самоконтролю:

•Р- I. Хвора 46 р звернулась до лікаря зі скаргами на значну кровотечу із статевих шляхів під час затримки менструації протягом 2 тижнів. В дзеркалах шийка матки не змінена. При бімануальному дослідженні матка збільшена до 8-9 тижнів як при вагітності, безболісна, рухома.

Придатки не збільшені, безболісні. Довжина матки по зонду 9,5 см, При діагностичному вишкрібанні видалено значний вишкріб. Гістологічне дослідження: залозиста гіперплазія ендометрію. Діагноз? Диференційний діагноз? Лікування?

VIII. Термінологія.

1. Фіброміома матки-
2. Міома з гладком'язової тканини-
3. Фіброміома підслизова-
4. Фіброміома внутрішньостінна-
5. Фіброміома підочеревинна.
6. Надпіхове видалення матки без придатків-

Вірні відповіді по тестам дня самоконтролю:

Тест №1 - відповідь 2.

Тест №2 – відповідь 1.

Тест №3 - відповідь 3.

Еталон відповіді задачі:

1. Фіброміома матки. з геморагічним синдромом,
2. Пухлина яєчника, вагітність.
- 3) Синтетичні піогестини по схемі або норколут, прогестерон, окси-прогестерон капронат в II фазу циклу.

Практичні навички

Зовнішнє дослідження (огляд живота, пальпація, перкусія і аускультация).

Вагінальне дослідження.

Огляд шийки матки в дзеркалах.

Взяття вагінальних мазків на цитологічне дослідження.

Асистенція на операції – надвагінальна ампутація матки.

Зондування порожнини матки.
Вишкрібання стінок порожнини матки.

Контрольні запитання
Частота, форми, етіопатогенез фіброміоми матки.
Клініка і симптоматологія фіброміоми матки.
Діагностика фіброміоми матки.
Диференційований діагноз.
Терапія фіброміоми матки.
Покази до оперативного лікування міоми матки.
Реабілітація хворих після оперативного лікування.

НДР
Міома матки та вагітність.