



Міністерство освіти і науки України
Сумський державний університет
Навчально-науковий медичний інститут

6320 Методичні вказівки
до практичних занять
із дисципліни за вибором **«Онкогінекологія»**
спеціальностей 222 *«Медицина»*, 228 *«Педіатрія»*
очної форми здобуття вищої освіти

Суми
Сумський державний університет
2026

Методичні вказівки до практичних занять із дисципліни за вибором
«Онкогінекологія» / І. М. Нікітіна, Т. В. Копиця, Н. П. Сухоставець. – Суми :
Сумський державний університет, 2026. – 110 с.

Кафедра акушерства, гінекології та планування сім'ї ННМІ



Цей твір ліцензовано на умовах

[Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 International](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/)

(Із Зазначенням Авторства-Некомерційна-Поширення
на тих самих умовах 4.0 Міжнародна)

1. Загальна інформація про курс

Повна назва навчальної дисципліни	Онкогінекологія
Повна офіційна назва закладу вищої освіти	Сумський державний університет
Повна назва структурного підрозділу	Навчально-науковий медичний інститут. Кафедра акушерства, гінекології та планування сім'ї
Розробник(и)	Нікітіна Ірина Миколаївна, Копиця Тетяна Володимирівна
Рівень вищої освіти	Другий рівень вищої освіти, НРК – 7-й рівень, QF-LLL – 7-й рівень, FQ-ENEА – другий цикл
Тривалість вивчення навчальної дисципліни	Один семестр
Обсяг навчальної дисципліни	Обсяг становить 5 кред. ЄКТС, 150 год. Для очної форми навчання 50 год становить контактна робота з викладачем (50 год практичних занять), 100 год становить самостійна робота
Мова викладання	Українська

1. Місце навчальної дисципліни в освітній програмі

Статус дисципліни	Вибіркова навчальна дисципліна для освітньої програми «Медицина»
Передумови для вивчення дисципліни	Клінічна анатомія та оперативна хірургія, Гістологія, цитологія та ембріологія, Нормальна фізіологія, Практика акушерства та гінекології
Додаткові умови	«Крок 1»
Обмеження	Обмеження відсутні

2. Мета навчальної дисципліни

Метою викладання навчальної дисципліни «Онкогінекологія» є: поглиблення знань з питань ранньої діагностики та лікування передракових захворювань жіночих статевих органів, засвоєння загальних принципів ведення хворих на рак геніталій, умінь аналізувати клінічні прояви хвороби, використовувати основні та додаткові методи дослідження, демонструвати вміння та навички згідно з освітньо-професійною програмою (ОПП).

**Тематичний план із дисципліни за вибором
«Онкогінекологія»**

№ пор.	Тема заняття	Год
1.	Пухлиноподібні та передпухлинні процеси: лютеома вагітності, гіпертекоз, фолікулярні кісти, кіста жовтого тіла, запальні кісти, параоваріальна кіста): клініка, діагностика, лікування	2
2.	Гранульозотектаклітинні пухлини (гранульозоклітинна пухлина, текома або текаклітинна пухлина, фіброма яєчника, саркома яєчника), андробластоми, гінадробластома: клініка, діагностика, лікування	2
3.	Ліпідно-клітинні пухлини (гіпернефрома, лютеома, лютеїнома та маскулінобластома): клініка, діагностика, лікування	2
4.	Герміногенні пухлини: дисгермінома, пухлина ендодермального синуса, ембріональна карцинома, поліембрінома, хоріокарцинома, тератоми (зрілі, незрілі), змішані герміногенні пухлини. Загальні відомості. Клініка. Діагностика. Лікування	2
5.	Гонадобластома: загальні відомості, клініка, діагностика, лікування.	2
6.	Вторинні (метастатичні) пухлини: морфологічна будова, групи (метастази з пухлин епітеліальної будови, з пухлин сполучнотканинного походження, метастази неврогенного походження, пухлина Крукенберга), клініка, діагностика, лікування	2
7.	Карцинома яєчників: варіанти розвитку захворювання. Міжнародна клінічна класифікація раку яєчників за системами TNM і FIGO. Методи діагностики злоякісних пухлин яєчників і лікування. Карцинома з серозних пухлин яєчників: аденокарцинома, цистаденокарцинома, аденофіброкарцинома, папілярна ккарцинома. Карциноми з муцинозних пухлин. Ендометріюїдна карцинома	2
8.	Хірургічне лікування раку яєчників: об'єм оперативного втручання залежно від стадії процесу. Хіміотерапія: препарати та схеми лікування, етапи проведення лікування, тривалість і кількість курсів, ускладнення. Променева терапія	2
9.	Заходи з профілактики раку яєчників. Групи підвищеного ризику щодо розвитку раку яєчників	2
10.	Міома матки: гістогенез пухлини, класифікація, діагностика, методи лікування, ускладнення. Ендометріоз матки: клінічна картина, діагностика, методи лікування	2
11.	Саркома матки: гістогенез, класифікація, клініка,	2

	діагностика, лікування. Види хірургічного лікування	
12.	Рак маткової труби: макро- і мікроскопічна будова пухлини, клініка, діагностика, лікування. Саркома маткової труби. Хоріонкарцинома маткової труби	2
13.	Доброякісні захворювання ендометрія: гіперплазія ендометрія, поліпоз ендометрія: основні причини виникнення, клініка, діагностика, сучасні аспекти лікування. Передраки ендометрія: атипова гіперплазія, вогнищевий та дифузний аденоматоз, аденоматозні поліпи	2
14.	Мастопатії: клінічна класифікація, клінічна картина, методи обстеження, лікування залежно від генезу захворювання. Доброякісні пухлини молочних залоз	2
15.	Рак ендометрія: епідеміологія, форми аденокарциноми, варіанти патогенезу. Міжнародна класифікація раку тіла матки за системами TNM і FIGO, клініка, діагностика, лікування. Групи ризику щодо розвитку раку ендометрія	2
16.	Рак вульви: міжнародна класифікація за системами TNM і FIGO, клініка, діагностика, лікування, профілактика. Рак піхви: міжнародна класифікація за системами TNM і FIGO, клініка, діагностика, лікування, профілактика	2
17.	Доброякісні захворювання зовнішніх статевих органів і піхви: фіброма, ліпома, міксома, гемангіома, кіста бартолінієвої залози: клініка, діагностика, класифікація, лікування. Передракові захворювання зовнішніх статевих органів і піхви	2
18.	Доброякісні захворювання шийки матки: справжня ерозія шийки матки, проста лейкоплакія, поліпи шийки матки, ендометріоз шийки матки, посттравматичні зміни (ектропіон), екзо- та ендоцервіцити: кольпоскопічна картина, діагностика, лікування. Передракові захворювання шийки матки: дисплазія шийки матки	2
19.	Рак шийки матки: етіологія, клініка, діагностика, міжнародна класифікація раку тіла матки за системами TNM. Лікування раку шийки матки	2
20.	Рак шийки матки й вагітність: клініко-морфологічний статус, діагностика, лікування. Рак вульви, піхви та вагітність. Пухлини яєчників і вагітність: тактика ведення вагітності	2
21.	Променеві методи діагностики онкогінекологічних хворих	2
22.	Променева терапія в онкогінекології	2
23.	Сучасні методи діагностики онкогінекологічних захворювань	2
24.	Сучасні методи лікування онкогінекологічних хворих	2
25.	Практико-орієнтований диференційований залік	2
		50

МЕТОДИЧНІ ВКАЗІВКИ ІЗ ОНКОГІНЕКОЛОГІЇ

ПРАКТИЧНЕ ЗАНЯТТЯ 1

Пухлиноподібні та передпухлинні процеси яєчників

Актуальність теми. Пухлиноподібні утвори та передпухлинні стани яєчників займають вагоме місце у структурі гінекологічної патології. Своєчасна диференціальна діагностика цих станів від справжніх новоутворень (особливо злоякісних) дає змогу уникнути радикальних та інвалідизувальних операцій у жінок репродуктивного віку, зберігши їх фертильний потенціал.

Тривалість заняття: 2 академічні години (очна форма здобуття вищої освіти).

1. Навчальна цмета

Знати: класифікацію, етіологію, патогенез, клінічні прояви, методи діагностики та тактику лікування пухлиноподібних і передпухлинних процесів яєчників.

Уміти: збирати анамнез, проводити диференціальну діагностику, інтерпретувати дані УЗД, КТ / МРТ, онкомаркерів (СА-125, HE4, індекс ROMA), складати план лікування.

Оволодіти навичками: формулювання діагнозу згідно з МКХ, визначення показань до консервативного чи хірургічного лікування.

3. Зміст теми

Студенти вивчають такі нозологічні форми:

Фолікулярна кіста: виникає внаслідок персистенції фолікула. Клініка: ановуляція, затримка менструації, зазвичай безсимптомний перебіг. Діагностика: УЗД (анехогенне однокамерний утвір, тонкі стінки, діаметр до 8 см). Лікування: спостереження 2–3 місяці, КОК. У разі неефективності або ускладнень (розрив, перекручення) – лапароскопія.

Кіста жовтого тіла: формується на місці нерегресованого жовтого тіла. Клініка: затримка менструації, біль на боці ураження. Діагностика: УЗД (однокамерний утвір із гіпоехогенним умістом, симптом «вогняного кільця» у разі ЦДК). Лікування: вичікувальна тактика, за потреби – гестагени.

Параоваріальна кіста: тонкостінний утвір, що розвивається з поодиноких залишків каналців первинної нирки (епоофорон). Розміщується між листками широкої зв'язки матки. Клініка: тупий біль, дизуричні явища за великих розмірів. Не регресує. Лікування: хірургічне вилущування кісти із збереженням яєчника.

Лютеома вагітності: доброякісний пухлиноподібний утвір, зумовлений проліферацією лютеїнових клітин під впливом ХГЛ. Клініка: можлива вірилізація вагітної та плода (у 30 % випадків). Лікування: зазвичай регресує самостійно після пологів, потребує лише спостереження.

Гіпертекоз (стромальна текоматоз): гіперплазія клітин тека-тканини строми яєчника. Клініка: виражена андрогенізація, ожиріння, артеріальна гіпертензія, аменорея. Характерно для жінок постменопаузального віку. Лікування: хірургічне (двобічна оофорекомія). **Міоматозні / запальні кісти (тубооваріальні утвори):** наслідок хронічного запального процесу придатків (сальпінгооофориту). Клініка: тазовий біль, гарячка, ознаки інтоксикації, диспареунія. Діагностика: УЗД, лейкоцитоз, підвищення ШОЕ та СРБ. Лікування: комплексна антибактеріальна, протизапальна терапія; за неефективності чи загрози перфорації – хірургічне дренирування / видалення.

3. План та організаційна структура заняття

Підготовчий етап: організаційні питання, перевірка вихідного рівня знань (тести, усне опитування).

Основний етап:

Теоретична робота в навчальній кімнаті: дискусія щодо критеріїв диференціальної діагностики між функціональними кістами та злоякісними пухлинами.

Клінічна робота (за відсутності карантинних обмежень): робота у гінекологічному / онкогінекологічному відділенні. Курація тематичних хворих, аналіз медичних карт, участь у консиліумах чи перев'язках.

Віртуальна симуляція: перегляд навчальних відеофільмів (етапи лапароскопічного видалення параоваріальної кісти або вилущування

фолікулярної кісти). Обговорення техніки операції, анатомічних орієнтирів та профілактики ускладнень.

Розв'язання ситуаційних задач: розбір клінічних кейсів із акцентом на тактику (наприклад, ведення вагітної з лютеомою або тактика в разі розривання кісти жовтого тіла).

Заключний етап. Підбиття підсумків, оцінювання студентів, видача домашнього завдання.

Матеріали для самоконтролю (приклад ситуаційної задачі).

Ситуаційна задача: пацієнтка 24 років звернулася зі скаргами на затримку менструації на 2 тижні та періодичний ниючий біль у правій здухвинній ділянці. Тест на вагітність негативний. Під час УЗД: у правому яєчнику візуалізується тонкостінний анехогенний утвір діаметром 6,5 см без великих включень та посиленого кровотоку.

Завдання: поставте попередній діагноз; визначте тактику ведення пацієнтки.

СПИСОК РЕКОМЕНДОВАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ:

Основна література:

1. Гінекологія: підручник / за ред. Б. М. Венцківського, Г. К. Степанківської, М. Є. Яроцького. – Київ : ВСВ «Медицина», 2018. – 424 с.
2. Акушерство і гінекологія: у 2 книгах. Книга 2: Гінекологія / В. І. Грищенко, М. О. Щербина, Б. М. Венцківський та ін. – Київ : ВСВ «Медицина», 2020. – 376 с.
3. Гінекологія : підручник для студ. вищ. мед. навч. закладів / О. В. Грищенко та ін. – Харків : ХНУ імені В. Н. Каразіна, 2019. – 312 с.
4. Оперативна гінекологія : навч. посібник / Ю. С. Паращук, О. В. Грищенко, М. Г. Грищенко. – Харків : Факт, 2017. – 232 с.
5. Національний консенсус з ведення пацієнток із гіперпластичними процесами репродуктивної системи / Асоціація акушерів-гінекологів України. – Київ, 2021.

Допоміжна література:

1. Доброякісні та передпухлинні захворювання яєчників у жінок репродуктивного віку / Т. Ф. Татарчук, Н. В. Косей, О. О. Єфіменко // Здоров'я жінки. – 2018. – № 4. – С. 12–18.
2. Сучасні підходи до діагностики та лікування пухлиноподібних утворень яєчників / В. В. Камінський, М. Н. Шалько // Акушерство. Гінекологія. Репродуктологія. – 2020. – Т. 6, № 2. – С. 45–52.
3. Ендоетріюми яєчників: від патогенезу до вибору хірургічної тактики / О. С. Громова // Репродуктивна ендокринологія. – 2021. – № 3(59). – С. 28–34.
4. Синдром полікістозних яєчників як передпухлинний маркер репродуктивної системи / І. Б. Вовк, О. В. Трохимович // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2019. – № 1. – С. 67–71.
5. WHO Classification of Tumours. Female Genital Tumours / WHO Classification of Tumours Editorial Board. – 5th ed. – Lyon : IARC, 2020. – Vol. 4. – 632 p.
6. Management of Suspected Ovarian Masses in Premenopausal Women / Green-top Guideline No. 62. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG). – London, 2019.
7. Ультразвукова діагностика в гінекології: практичний посібник / С. І. Резніченко. – Київ : Книга-плюс, 2022. – 188 с.

ПРАКТИЧНЕ ЗАНЯТТЯ 2

Пухлини строми статевого тяжу

Актуальність теми: Пухлини строми статевого тяжа становлять близько 5–8 % усіх новоутворень яєчників. Їх головна особливість – гормональна активність (фемінізувальна або маскулінізувальна), що призводить до яскравих клінічних синдромів (передчасне статеве дозрівання в дівчаток, ациклічні кровотечі у клімактерії, вірилізація). Незважаючи на переважно доброякісний або низькозлоякісний перебіг, деякі форми (наприклад, гранульозоклітинні пухлини дорослого типу) схильні до пізніх рецидивів (через 10–20 років).

Тривалість заняття: 2 академічні години (очна форма здобуття вищої освіти).

1. Навчальна мета

Знати: клініко-морфологічні особливості гормонопродукувальних пухлин, критерії малігнізації, класифікацію за системами FIGO / TNM.

Уміти: виявляти гормональні розлади в анамнезі, інтерпретувати рівні естрадіолу, тестостерону, інгібіну В, антимюллерового гормону (АМГ); формувати онкологічну настороженість.

Оволодіти навичками: складання алгоритму обстеження в разі фемінізувальних та маскулінізувальних пухлин, визначення об'єму оперативного втручання залежно від віку пацієнтки та стадії процесу.

2. Зміст теми

Гранульозоклітинна пухлина (ГКП): поділяється на ювенільний та дорослий типи. Естрогенпродукувальна. Клініка: у дівчаток – передчасне статеве дозрівання; у репродуктивному віці – порушення циклу, безплідність; у менопаузі – кров'янисті виділення, гіперплазія або рак ендометрія. Маркери: інгібін В, АМГ. Має злоякісний потенціал.

Текома (текаклітинна пухлина): переважно доброякісна, фемінізувальна пухлина, трапляється частіше в постменопаузі. Часто поєднується з міомою матки та мастопатією.

Фіброма яєчника: гормонально неактивна доброякісна пухлина зі сполучної тканини. Клініка: часто супроводжується **синдромом Мейгса** (тріада: фіброма яєчника, асцит, гідроторакс).

Саркома яєчника: рідкісна, злоякісна пухлина. Швидкий ріст, раннє метастазування, виражені больовий синдром та кахексія.

Андробластоми (пухлини з клітин Сертолі – Лейдіга): маскулінізувальні пухлини. Клініка: етапи вірилізації (дефемінізація – аменорея, гіпотрофія молочних залоз; маскулінізація – гірсутизм, пониження тембру голосу, гіпертрофія клітора). Маркер: тестостерон.

Гінандробластома: дуже рідкісна пухлина, яка містить одночасно елементи гранульозоклітинної пухлини та андробластоми. Клініка поєднує симптоми естрогенного та андрогенного впливу.

3. План та організаційна структура заняття

Підготовчий етап (15–20 хв): контроль базових знань із ембріогенезу яєчників, гормональної регуляції жіночого організму та патоморфології пухлин статевого тяжа.

Основний етап (90–100 хв):

Теоретична робота в навчальній кімнаті: аналіз клінічних проявів гіперестрогенії та гіперандрогенії; обговорення важливості дослідження стану ендометрія (пайпель-біопсія, фракційне вишкрібання) в разі фемінізувальних пухлин через високий ризик симультанного раку матки.

Клінічна робота (за відсутності карантинних обмежень): огляд пацієнток у онкогінекологічному стаціонарі; ознайомлення з протоколами хіміотерапії (схеми ВЕР, ТП), що застосовують у разі злоякісних форм пухлин строми статевого тяжа.

Віртуальна симуляція: перегляд та обговорення відеофільмів: хірургічне лікування гранульозоклітинної пухлини (аднексектомія / пангістеректомія, оментектомія, ревізія чи Reverso перитонеальних лімфовузлів).

Розв'язання ситуаційних задач: оцінка гормональних панелей та вибір об'єму операції (органозбережні операції в молодих vs екстирпація матки з придатками в постменопаузі).

Заключний етап (15–20 хв): тестовий вихідний контроль («Крок 3», орієнтовані завдання), виставлення оцінок.

4. Матеріали для самоконтролю (приклад ситуаційної задачі)

Ситуаційна задача: пацієнтка 62 років скаржиться на появу помірних кров'янистих виділень зі статевих шляхів через 12 років після припинення менструацій. Під час бімануального дослідження: матка дещо збільшена, щільна, праворуч від матки визначається щільний, рухомий, безболісний утвір розміром 7 x 6 см. Під час УЗД: товщина ендометрія (М-ехо) – 16 мм, структура неоднорідна. Рівень естрадіолу в крові підвищений.

Завдання. Про яку пухлину необхідно думати в першу чергу? Які додаткові діагностичні кроки та лікувальні заходи необхідно виконати?

СПИСОК РЕКОМЕНДОВАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ:

Основна література:

1. Гінекологія: підручник / В. М. Запорожан, М. Р. Цегельський, Н. М. Рожковська. – Одеса : Одеський державний медичний університет. (Містить розділи про гормонально-активні новоутворення яєчників).
2. Онкологія : підручник / Г. В. Бондар та ін. – 2-ге вид. – Київ : ВСВ «Медицина». (Охоплює класифікацію, клініку та стандарти хірургічного лікування неепітеліального раку яєчників).
3. Акушерство і гінекологія: у 2 книгах. Книга 2: Гінекологія / за ред. В. І. Грищенка, М. О. Щербини. – Київ : ВСВ «Медицина». (Детально описано диференціальну діагностику та симптоматику маскулінізувальних і фемінізувальних пухлин).

4. Патоморфологія : підручник / В. Д. Марковський та ін. – Київ : ВСВ «Медицина». *(Морфологічна характеристика клітин Сертолі, Лейдіга та гранульозотеклітинних новоутворень).*

Допоміжна література:

1. Патологія яєчників : атлас-посібник /Б. А. Болюх, В. О. Ольховський. – Вінниця.
2. Сучасні підходи до лікування неепітеліальних пухлин яєчників у жінок репродуктивного віку // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – № 3.
3. WHO Classification of Tumours. Female Genital Tumours / WHO Classification of Tumours Editorial Board. – 5th Edition. – Lyon: International Agency for Research on Cancer.
4. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology: Ovarian Cancer / National Comprehensive Cancer Network.

ПРАКТИЧНЕ ЗАНЯТТЯ 3

Ліпідно-клітинні пухлини яєчників

1. Актуальність теми

Ліпідно-клітинні (стероїдно-клітинні) пухлини є рідкісними новоутвореннями яєчників, які становлять менше 0,1 % усіх оваріальних пухлин. Їх важливість зумовлена високою гормональною активністю, що призводить до вираженої маскулінізації або дефемінізації пацієнток, а також ризиком малігнізації, що вимагає від лікаря онкогінекологічної настороженості.

2. Навчальна мета

Знати: класифікацію, клінічні прояви, критерії діагностики та тактику лікування ліпідно-клітинних пухлин.

Уміти: інтерпретувати результати гормональних та інструментальних досліджень, проводити диференціальну діагностику, складати план лікування.

3. Форми та методи навчання:

- Теоретична робота в навчальній кімнаті.
- Робота у профільних відділеннях лікувального закладу (за відсутності карантинних обмежень).
- Розв'язання ситуаційних задач.
- Віртуальна симуляція (перегляд тематичних фільмів із подальшим обговоренням).

4. Інформаційний блок

Загальні відомості:

Ліпідно-клітинні (стероїдно-клітинні) пухлини складаються з клітин, які морфологічно нагадують клітини коркової речовини надниркових залоз, клітини Лейдіга або лютеїнові клітини.

Гіпернефрома яєчника (пухлина із залишків надниркових залоз): розвивається з гетеротопованої тканини кори надниркових залоз в яєчнику.

Лютеома / лютеїнома: пухлина, що переважно складається з лютеїнізованих клітин. Може виникати під час вагітності (лютеома вагітних – часто доброякісна гіперплазія).

Маскулінобластома: збірне поняття для пухлин, що викликають чіткий андрогенний ефект.

Клінічна картина:

Симптоми вірилізації: грубішання голосу, гірсутизм (надмірне овоłosіння за чоловічим типом), гіпертрофія клітора, алопеція.

Ознаки дефемінізації: аменорея або олігоменорея, атрофія молочних залоз та підшкірно-жирової клітковини за жіночим типом.

Обмінні порушення: іноді симптомокомплекс, схожий на синдром Іценка – Кушинга (артеріальна гіпертензія, ожиріння, порушення толерантності до глюкози).

Локальні симптоми: біль унизу живота, збільшення живота в об'ємі (за великих розмірів пухлини).

Діагностика:

1. **Збір анамнезу та огляд:** оцінка шкали Феррімана – Галвея (ступінь гірсутизму), соматоскопія.

2. **Лабораторні дослідження:** різке підвищення рівня тестостерону сироватки крові за нормального або помірно підвищеного рівня ДГЕА-С (диференціальна діагностика з патологією надниркових залоз).

3. **УЗД органів малого таза з доплерографією:** візуалізація великої або великокістозної структури в яєчнику з посиленням кровотоком.

4. **КТ / МРТ органів малого таза та черевної порожнини:** для виключення пухлин надниркових залоз та оцінки поширеності процесу.

Лікування:

Хірургічний метод (основний):

У молодих жінок за доброякісного перебігу – одностороння сальпінгоофоректомія.

У пацієнок у постменопаузі або за ознак малігнізації – тотальна гістеректомія з придатками та оментектомією.

Ад'ювантна терапія: у разі злоякісних варіантів застосовують хіміотерапію (схеми на основі платини) або гормонотерапію.

5. Практична частина та інтерактивні завдання

Ситуаційна задача: пацієнтка К. 28 років звернулася зі скаргами на відсутність менструацій протягом 1,5 року, появу волосся на обличчі, грудях та білій лінії живота, облісіння в лобній ділянці, зниження тембру голосу.

Під час обстеження: тестостерон загальний – 12,4 нмоль/л (норма до 2,8 нмоль/л), ДГЕА-С – у нормі. Під час УЗД: у правому яєчнику візуалізується великий утвір діаметром 4,5 см із активним внутрішнім кровотоком. Лівий яєчник та надниркові залози без патології.

Запитання:

1. Який попередній діагноз?
2. Яка тактика лікування є оптимальною для цієї пацієнтки?

Віртуальна симуляція (методичні вказівки до перегляду фільму)

Тема відеоматеріалу «Лапароскопічне видалення вірилізуючої пухлини яєчника».

Питання для обговорення після перегляду:

1. Які макроскопічні ознаки ліпідно-клітинної пухлини на розрізі (колір, консистенція)?
2. Яких правил абластики необхідно дотримуватися під час видалення пухлини в молодих жінок?

СПИСОК РЕКОМЕНДОВАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ:

Основна література:

1. Гінекологія : підручник / В. І. Грищенко та ін. – 4-те вид. – Київ : ВСВ «Медицина», 2020. – 424 с.

2. Акушерство і гінекологія: у 2 книгах. Книга 2: Гінекологія / за ред. акад. НАМН України В. І. Запорожана. – Київ : ВСВ «Медицина», 2018. – 464 с.
3. Онкогінекологія : національний підручник / за ред. проф. Л. І. Воробйової. – Київ : Книга-плюс, 2017. – 432 с.
4. WHO Classification of Tumours of Female Reproductive Organs / R. J. Kurman, Carcangiu M. L. Carcangiu , Herrington C.S., Young R.H. – 5th Edition. – Lyon : IARC Press, 2020.
5. Невідкладні стани в онкогінекології / Т. О. Назаренко, К. В. Чайка. – Київ : Інтермед, 2021. – 180 с.

Допоміжна література :

1. Патоморфологія новоутворень жіночої статеві системи / Я. Я. Боднар, Романюк А. М. – Тернопіль : ТДМУ, 2019. – 256 с
2. Blaustein's Pathology of the Female Genital Tract / R. J. Kurman , L. H. Ellenson, B. M. Ronnett. – 7th ed. – Springer, 2019. – 1340 p.
3. Вирилизирующие опухоли яичников в постменопаузе: литературный обзор и редкое клиническое наблюдение // Урологические ведомости. – 2021. – Т. 11, № 2. – С. 155–162.
4. Ендокринологічна гінекологія : практичний посібник /Т. Ф. Татарчук, Я. П. Сольський. – Київ : Заповіт, 2018. – 312 с.
5. Сучасні методи візуалізації в онкогінекології (УЗД, КТ, МРТ) : посібник для лікарів. – Львів : Кварт, 2023. – 198 с.

ПРАКТИЧНЕ ЗАНЯТТЯ 4

Герміногенні пухлини яєчників

1. Актуальність теми. Герміногенні пухлини походять з первинних статевих клітин і становлять близько 20 % усіх новоутворень яєчників. Вони найчастіше трапляються в дітей, підлітків та молодих жінок віком до 30 років. Більшість із них є доброякісними (зрілі тератоми), проте злоякісні форми відрізняються вкрай агресивним перебігом, швидким ростом, але водночас мають високу чутливість до сучасної хіміотерапії.

2. Навчальна мета

Знати: класифікацію герміногенних пухлин, особливості клінічного перебігу окремих гістотипів, специфічні пухлинні маркери.

Уміти: інтерпретувати рівні АФП, ХГЛ, ЛДГ; визначати стадію захворювання; формувати схеми комбінованого лікування.

3. Форми та методи навчання:

- Теоретична робота в навчальній кімнаті.
- Робота у профільних відділеннях лікувального закладу (за відсутності карантинних обмежень).
- Розв'язання ситуаційних задач.
- Віртуальна симуляція (перегляд тематичних фільмів із подальшим обговоренням).

4. Інформаційний блок

Загальні відомості та класифікація

Дисгермінома: аналог семіноми яєчка, найпоширеніша злоякісна герміногенна пухлина.

Пухлина ендодермального синуса (пухлина жовткового мішка): високозлоякісна пухлина, швидко метастазує.

Ембріональна карцинома: рідкісна, агресивна пухлина, часто продукує гормони.

Поліембрінома: містить структури, схожі на ембріональні тільця.

Хоріокарцинома яєчника: негестаційна форма, має вкрай несприятливий прогноз, рано метастазує гематогенним шляхом.

Тератоми:

Зріла (дермоїдна кіста): доброякісна, містить похідні трьох зародкових листків (волосся, зуби, жир).

Незріла тератома: злоякісна, містить ембріональні тканини (найчастіше нейроектодерму).

Змішані герміногенні пухлини: містять компоненти кількох вищеперелічених пухлин.

Клінічна картина:

Швидкий ріст пухлини, що призводить до збільшення живота.

Гострий або ниючий біль унизу живота (часто через перекручення ніжки пухлини або розрив капсули).

Асцит (частіше в разі злоякісних форм).

Прояви передчасного статевого дозрівання в дівчаток або порушення менструального циклу через гормональну активність пухлини (ХГЛ-продукувальні пухлини).

Діагностика:

1. Пухлинні маркери (критично важливо):

Альфа-фетопротейн (АФП): специфічний для пухлини ендодермального синуса та незрілої тератоми.

Хоріонічний гонадотропін (людський ХГЛ): специфічний для хоріокарциноми та ембріональної карциноми.

Лактатдегідрогеназа (ЛДГ): маркер дисгерміноми.

СА-125: може бути підвищений неспецифічно.

2. УЗД, КТ, МРТ: оцінка структури пухлини (кістозна, солідна, наявність кальцинатів, характерних для тератом).

Лікування:

Хірургічне лікування: у молодих пацієнок із I стадією виконується органозбережна операція (однобічна сальпінгоофоректомія з ретельним стадіюванням).

Хіміотерапія: злоякісні герміногенні пухлини надзвичайно чутливі до хіміотерапії. Стандартом є схема ВЕР (блеоміцин, етопозид, цисплатин). Дисгермінома IA стадії може підлягати лише динамічному спостереженню після операції.

5. Практична частина та інтерактивні завдання:

Ситуаційна задача. Пацієнтка Н. 19 років госпіталізована в гінекологічне відділення зі скаргами на різкий біль у лівій клубовій ділянці, нудоту. Під час пальпації живота виявляється болючий утвір, що доходить до рівня пупка. *Результати обстеження:* УЗД – великокістозний утвір лівого яєчника 12 x 10 см із пристінковими компонентами високої ехогенності. Лабораторно: АФП – 4500 МО/мл (норма до 10 МО/мл), ХГЛ – у нормі, ЛДГ – помірно підвищена.

Запитання:

1. Про який тип герміногенної пухлини свідчить цей маркерний профіль?
2. Яка першочергова хірургічна та подальша лікувальна тактика?

Віртуальна симуляція

Тема відеоматеріалу «Клінічний розбір: тактика ведення пацієнтки із незрілою тератомою яєчника».

Питання для обговорення після перегляду:

1. Чому збереження фертильності є пріоритетом під час лікування злоякісних герміногенних пухлин?
2. Яка роль пухлинних маркерів у моніторингу рецидивів під час та після хіміотерапії?

СПИСОК РЕКОМЕНДОВАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ:

Основна література:

1. Гінекологія : підручник / В. І. Грищенко та ін. – 4-те вид. – Київ : ВСВ «Медицина», 2020. – 424 с.
2. Онкологія : підручник / Г. В. Бондар та ін. – 2-ге вид. – Київ : ВСВ «Медицина», 2019. – 536 с.
3. Акушерство і гінекологія : у 2 книгах. Книга 2: Гінекологія / за ред. В. І. Грищенка, М. О. Щербини. – Київ : ВСВ «Медицина», 2018. – 376 с.
4. Клінічна онкологія : посібник для студентів та лікарів / за ред. проф. І. Б. Щепоткіна. – Київ : МОРІОН, 2021. – 612 с.

Допоміжна література:

1. Патоморфологія : національний підручник / за ред. В. Д. Марковського, В. О. Туманського. – Київ : ВСВ «Медицина», 2021. – 928 с.
2. Сучасні аспекти діагностики та лікування раку яєчників / О. О. Колеснік, В. С. Свінціцький, Н. П. Ціп // *Український радіологічний та онкологічний журнал*. – 2022. – Т. 30, № 2. – С. 115–128.
3. WHO Classification of Tumours. Female Genital Tumours / International Agency for Research on Cancer. – 5th Edition. – Lyon : IARC Press, 2020. – Vol. 4.
4. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology: Ovarian Cancer (Including Fallopian Tube Cancer and Primary Peritoneal Cancer) / *National Comprehensive Cancer Network*. – 2025/2026.
5. ESMO-ESGO Clinical Practice Guidelines for the management of patients with ovarian cancer / N. Colombo, S. Sessa et al. // *Annals of Oncology*. – 2023. – Vol. 34, Issue 12. – P. 1112–1129.
6. Особливості діагностики та менеджменту неепітеліальних злоякісних пухлин яєчників у підлітковому віці // *Здоров'я України. Тематичний номер: Акушерство. Гінекологія. Репродуктологія*. – 2024. – № 1 (53). – С. 34.

ПРАКТИЧНЕ ЗАНЯТТЯ 5

Гонадобластома

1. Актуальність теми. Гонадобластома – це рідкісна пухлина, яка розвивається майже виключно в пацієнтів із дисгенезією гонад та наявністю Y-хромосоми в каріотипі (наприклад, у разі синдрому Свайєра). Небезпека гонадобластоми полягає в тому, що у 30–40 % випадків вона стає джерелом розвитку інвазивних герміногенних пухлин (найчастіше дисгерміноми), що вимагає своєчасної діагностики генетичних порушень та профілактичного хірургічного втручання.

2. Навчальна мета

Знати: етіологію, зв'язок гонадобластоми з дисгенезією гонад, клінічні прояви, засади онкопрофілактики.

Уміти: виявляти пацієнток групи ризику, інтерпретувати дані каріотипування, обґрунтовувати необхідність профілактичної гонадектомії.

3. Форми та методи навчання:

- Теоретична робота в навчальній кімнаті.
- Робота у профільних відділеннях лікувального закладу (за відсутності карантинних обмежень).
- Розв'язання ситуативних задач.
- Віртуальна симуляція (перегляд тематичних фільмів із подальшим обговоренням).

4. Інформаційний блок

Загальні відомості. Гонадобластома складається з суміші герміногенних клітин та клітин строми статевого тяжа (аналогів клітин Сертолі та гранульози). Сама собою пухлина вважається доброякісною (або *in situ*), але вона має дуже високий потенціал до трансформації в дисгерміному.

Клінічна картина:

- Первинна аменорея: відсутність менструацій у дівчат віком 15–16 років.

- Ознаки інфантилізму: слабкий розвиток вторинних статевих ознак (гіпоплазія молочних залоз, скудне овоłosіння).
- Інтерсексуальна соматотипія: високий зріст, євнухоїдні пропорції тіла, можлива легка вірилізація (кліторомегалія).
- Сама пухлина часто має маленькі розміри й не пальпується в разі звичайного гінекологічного огляду.

Діагностика:

1. Генетичне дослідження (основа діагностики): визначення каріотипу (46,XY або мозаїцизм 45,X/46,XY).
2. Гормональний профіль: різке підвищення рівня гонадотропінів (ФСГ, ЛГ) за принципом зворотного зв'язку на тлі низького рівня естрогенів (гіпергонадотропний гіпогонадізм).
3. УЗД / МРТ органів малого таза: виявлення кальцифікованих, зменшених у розмірах тяжів гонад. Кальцифікація є патогномонічною ознакою гонадобластоми.

Лікування

Хірургічний метод (профілактичний та лікувальний): проведення двобічної гонадектомії (видалення дисгенетичних гонад із обох боків) одразу після встановлення каріотипу з Y-хромосомою через високий ризик малігнізації.

Замісна гормональна терапія (ЗГТ): призначається після операції для формування вторинних статевих ознак, запобігання остеопорозу та забезпечення нормальної якості життя.

5. Практична частина та інтерактивні завдання

Ситуаційна задача. Пацієнтка М. 16 років звернулася зі скаргами на повну відсутність менструацій та слабкий розвиток молочних залоз. Під час огляду: зріст 176 см, астенічна статура, молочні залози І ст. за Таннером. Під час УЗД: матка значно зменшена в розмірах (гіпоплазія), замість яєчників із обох боків візуалізуються щільні фіброзні тяжі з множинними дрібними кальцинатами. Під час генетичного обстеження виявлено каріотип 46,XY.

Запитання:

1. Який діагноз та який ризик розвитку онкологічної патології в пацієнтки?
2. Які рекомендації щодо хірургічного та подальшого медикаментозного ведення?

Віртуальна симуляція

Тема відеоматеріалу «Дисгенезія гонад та гонадобластома: генетичні та клінічні паралелі».

Запитання для обговорення після перегляду:

1. Чому під час виявлення гонадобластоми з одного боку обов'язково видаляють і протилежну гонаду?
2. Які особливості психологічного консультування пацієнток із каріотипом 46 XY та фенотипово жіночою статтю перед виконанням гонадектомії?

СПИСОК РЕКОМЕНДОВАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ:

Основна література:

1. Онкологія : підручник / Г. В. Бондар та ін. – 2-ге видання, переробл. та доповн. – Київ : ВСВ «Медицина», 2019.
2. Онкологія : підручник / В. Ф. Завізіон та ін. – Львів : Видавець Марченко Т. В., 2021.
3. Онкогінекологія: стандарти діагностики та лікування. Клінічні протоколи / Національний інститут раку України. – Київ, 2023 (із регулярними електронними апдейтами).
4. Клінічна онкологія : посібник для студентів медичних ЗВО / за ред. проф. Ю.В. Думанського. – Київ : Здоров'я, 2022.

Допоміжна література:

1. FIGO Cancer Report 2025: Cancer of the vulva; Cancer of the vagina / Olawaiye A. B. et al. // *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 2025.

2. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology: *Vaginal Cancer*, Version 2.2026 / National Comprehensive Cancer Network, 2026.

3. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology: *Vulvar Cancer*, Version 1.2026 / National Comprehensive Comprehensive Cancer Network, 2026.

ESGO Guidelines: European Society of Gynaecological Oncology guidelines for the management of patients with vulvar cancer // *International Journal of Gynecologic Cancer*, 2023/2024.

ПРАКТИЧНЕ ЗАНЯТТЯ 6

Вторинні (метастатичні) пухлини яєчників

1. Актуальність теми

Метастатичне ураження яєчників становить від 10 % до 25 % усіх злоякісних новоутворень цієї локалізації. Своєчасна диференціальна діагностика первинного раку та метастазів є критично важливою, оскільки від цього залежить вибір лікувальної тактики (об'єм оперативного втручання та схеми системної терапії) та прогноз для життя пацієнтки.

2. Навчальна мета

Знати: шляхи метастазування пухлин у яєчники, класифікацію вторинних пухлин, клінічні прояви, критерії діагностики та принципи лікування.

Уміти: збирати анамнез із онкологічною настороженістю, інтерпретувати дані лабораторно-інструментальних досліджень, проводити диференціальну діагностику між первинним та метастатичним раком яєчників.

Уміти виконувати: складати план обстеження в разі підозрі на пухлину Крукенберга, обґрунтовувати тактику комбінованого / паліативного лікування.

3. Зміст теми (теоретичний блок)

Морфологічна будова та групи:

Метастази з пухлин епітеліальної будови: найчастіше з травного тракту (шлунк, товста кишка), молочної залози, ендометрія.

Метастази з пухлин сполучнотканинного походження: саркоми різних локалізацій, меланома.

Метастази невrogenного походження: нейробластоми, гангліоневроми (трапляються рідко).

Пухлина Крукенберга: специфічний метастаз у яєчники (найчастіше з раку шлунка, рідше – кишківника або молочної залози). Характеризується

наявністю перстнеподібних клітин, що продукують слиз, та вираженою саркомоподібною стромою.

Шляхи метастазування: лімфогенний (ретроградний), гематогенний, імплантаційний (трансцеломічний).

Клінічна картина: часто двобічне ураження, швидкий ріст пухлини, асцит, біль у нижніх відділах живота, симптоми з боку первинного вогнища (диспепсія, схуднення, порушення випорожнення).

Діагностика: УЗД із доплерографією (великі або змішані двобічні утвори), КТ / МРТ органів черевної порожнини, малого таза та грудної клітки, ЕГДС та колоноскопія (обов'язково!), онкомаркери (СА-125, СЕА, СА 19-9).

Лікування: зазвичай комбіноване. Циторедуктивна операція (пангістеректомія, оментектомія) виконується за умови контрольованості первинного вогнища. Провідне значення має системна хіміотерапія за схемами лікування первинної пухлини.

4. План та організаційна структура заняття

1. **Підготовчий етап :** організаційні питання, перевірка вихідного рівня знань (тести, фронтальне опитування).

Основний етап:

Теоретична робота в навчальній кімнаті: розбір класифікації та критеріїв пухлини Крукенберга.

Робота у профільних відділеннях (за відсутності карантинних обмежень): курація хворих, збирання анамнезу, вивчення історій хвороб.

Віртуальна симуляція: перегляд навчального фільму з техніки лапароскопічної біопсії та макроскопічного вигляду метастатичних пухлин із подальшим обговоренням.

Рольова гра «пацієнт – лікар»: моделювання прийому пацієнтки зі скаргами на збільшення живота, у якої в анамнезі є резекція шлунка. Студент-«лікар» має зібрати анамнез та призначити дообстеження.

Заключний етап: розв'язання ситуаційних задач, підбиття підсумків, виставлення оцінок, домашнє завдання.

5. Матеріали для самоконтролю:

Ситуаційна задача. Пацієнтка 48 років звернулася зі скаргами на важкість у теральній ділянці, збільшення живота в об'ємі. Два роки тому оперована з приводу раку антрального відділу шлунка (pT3N1M0). Під час дослідження двома руками: із обох боків від матки пальпуються щільні, горбисті, обмежено рухомі пухлини розмірами 8 x 10 см та 10 x 12 см. У черевній порожнині визначається вільна рідина.

Запитання:

1. Який попередній діагноз?
2. Які обстеження необхідно призначити для верифікації діагнозу?
3. Яка лікувальна тактика?

СПИСОК РЕКОМЕНДОВАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ:

Основна література:

1. Онкологія : підручник / Г. В. Бондар та ін. – 2-ге видання, переробл. та доповн. – Київ : ВСВ «Медицина», 2019.
2. Онкологія : підручник / В. Ф. Завізіон та ін. – Львів : Видавець Марченко Т. В., 2021.
3. Онкогінекологія: стандарти діагностики та лікування. Клінічні протоколи / Національний інститут раку України. – Київ, 2023 (з регулярними електронними апдейтами).
4. Клінічна онкологія : посібник для студентів медичних ЗВО / за ред. проф. Ю. В. Думанського. – Київ : Здоров'я, 2022.

Допоміжна література:

1. FIGO Cancer Report 2025: Cancer of the vulva; Cancer of the vagina / Olawaiye A. B. et al. // *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 2025.
2. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology: *Vaginal Cancer*, Version 2.2026 / National Comprehensive Cancer Network, 2026.
3. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology: *Vulvar Cancer*, Version 1.2026 / National Comprehensive Cancer Network, 2026.

ПРАКТИЧНЕ ЗАНЯТТЯ 7

Епітеліальні пухлини яєчників

1. Актуальність теми. Епітеліальний рак яєчників (карцинома) займає перше місце за рівнем смертності серед усіх онкогінекологічних захворювань. Через безсимптомний перебіг на ранніх стадіях понад 70 % випадків діагностують на III–IV стадіях, що вимагає від лікаря будь-якого профілю високої онкологічної настороженості.

2. Навчальна мета

Знати: варіанти розвитку карциноми яєчників, класифікацію TNM та FIGO, клініку залежно від стадії, гістологічні варіанти епітеліальних пухлин, принципи діагностики та лікування.

Уміти: інтерпретувати результати УЗД (шкала IOTA або RMI), КТ, рівні маркерів СА-125, HE4 (індекс ROMA).

Уміти визначати стадію процесу за критеріями FIGO, складати алгоритм первинного хірургічного лікування та хіміотерапії.

3. Зміст теми (теоретичний блок)

Варіанти розвитку захворювання:

Tun I (Low-grade): розвиваються повільно з передпухлинних утворів (ендометріоз, серозні прикордонні пухлини), відносно стабільні.

Tun II (High-grade): розвиваються швидко (часто de novo або з фібріального відділу маткової труби – STIC), мають агресивний перебіг.

Класифікація FIGO та TNM (основні положення):

Стадія I (T1): пухлина обмежена яєчниками.

Стадія II (T2): пухлина уражає один або два яєчники з поширенням на органи таза.

Стадія III (T3 / N1): поширення за межі таза на очеревину та/або метастази в регіонарні лімфовузли.

Стадія IV (M1): віддалені метастази (включаючи плеврит із позитивною цитологією, метастази в паренхіму печінки / селезінки).

Гістологічні варіанти:

Серозна карцинома: найчастіша (аденокарцинома, цистаденокарцинома, аденофіброкарцинома, папілярна).

Муциозна карцинома: часто формує великі багатокамерні кісти, схильна до розриву (ризик псевдоміксом черевини).

Ендоетріоїдна карцинома: часто асоційована з ендометріозом яєчників та синхронним раком ендометрія.

Пухлина Бреннера (злоякісна): рідкісна пухлина, що містить перехідно-клітинні елементи (схожі на уротелій). Діагностика гістологічна, лікування – хірургічне + ХТ.

Клініка: на ранніх стадіях – стерта (дискомфорт, здуття живота). На пізніх стадіях – збільшення живота (асцит), задишка (гідроторакс), кахексія, больовий синдром, явища кишкової непрохідності.

Діагностика: УЗД ОМТ, КТ черевної порожнини та таза з контрастом, онкомаркери СА-125, HE4 (розрахунок ROMA).

Лікування: хірургічне (максимальна циторедукція: екстирпація матки з придатками, оментектомія, видалення видимих метастазів) + системна хіміотерапія (препарати платини та таксани).

4. План та організаційна структура заняття

Підготовчий етап: тестовий контроль, розбір класифікацій TNM / FIGO.

Основний етап:

Теоретична робота: аналіз макро- та мікропрепаратів різних форм карцином (серозна, муциозна, ендометріоїдна).

Робота у профільних відділеннях (за відсутності обмежень): участь у консиліумах, огляд хворих перед- та післяопераційного періоду, вивчення результатів гістологічних висновків.

Віртуальна симуляція: перегляд відеофільму «Лапаротомія, екстирпація матки з придатками та субтотальна оментектомія в разі раку яєчників». Обговорення критеріїв оптимальної та неоптимальної циторедукції.

Заключний етап: розв'язання ситуаційних задач на визначення стадії за FIGO, підбиття підсумків.

5. Матеріали для самоконтролю

Ситуаційна задача. Під час операції у пацієнтки 55 років виявлено: правий яєчник зруйнований пухлиною розміром 12 см із розростаннями на капсулі. На великому чепці (оментеумі) визначаються щільні бляшки метастазів розміром до 2 см. Асцитична рідина містить атипові клітини. Лімфатичні вузли не збільшені.

Запитання:

1. Визначте стадію захворювання за класифікацією FIGO та TNM.
2. Який об'єм оперативного втручання необхідно виконати?
3. Яке додаткове лікування показане пацієнтці в післяопераційному періоді?

СПИСОК РЕКОМЕНДОВАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ:

Основна література:

1. Онкологія : підручник / Г. В. Бондар та ін. – 2-ге видання, переробл. та допов. – Київ : ВСВ «Медицина», 2019.
2. Онкологія : підручник / В. Ф. Завізіон та ін. – Львів : Видавець Марченко Т. В., 2021.
3. Онкогінекологія: стандарти діагностики та лікування. Клінічні протоколи / Національний інститут раку України. – Київ, 2023 (з регулярними електронними апдейтами).
4. Клінічна онкологія : посібник для студентів медичних ЗВО / за ред. проф. Ю. В. Думанського. – Київ : Здоров'я, 2022.

Допоміжна література:

1. FIGO Cancer Report 2025: Cancer of the vulva; Cancer of the vagina / Olawaiye A. B. et al. // *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 2025.
2. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology: *Vaginal Cancer*, Version 2.2026 / National Comprehensive Cancer Network, 2026.

3. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology: *Vulvar Cancer*, Version 1.2026 / National Comprehensive Comprehensive Cancer Network, 2026.
4. ESGO Guidelines: European Society of Gynaecological Oncology guidelines for the management of patients with vulvar cancer // *International Journal of Gynecologic Cancer*, 2023–2024.

ПРАКТИЧНЕ ЗАНЯТТЯ 8

Лікування злоякісних пухлин яєчників

1. Актуальність теми:

Рак яєчників займає одне з провідних місць у структурі смертності від гінекологічного раку. Через прихований клінічний перебіг понад 70 % випадків діагностують на III–IV стадіях. Знання сучасних стандартів комбінованого лікування (хірургічного та хіміотерапевтичного) дає змогу майбутнім лікарям правильно визначати тактику ведення пацієнток та поліпшувати прогноз виживаності.

2. Навчальна мета:

Знати: принципи стадіювання раку яєчників за класифікаціями FIGO та TNM; об'єми хірургічних втручань; класичні схеми хіміотерапії першої лінії та супровідної медикаментозної підтримки; побічні ефекти цитостатиків.

Уміти: обґрунтовувати об'єм операції залежно від поширеності процесу; розраховувати дози препаратів за площею поверхні тіла (BSA) та кліренсом креатиніну (формула Калверта); інтерпретувати результати лабораторних досліджень у процесі лікування; розробляти алгоритми корекції ускладнень хіміотерапії.

3. Форми та методи навчання:

Теоретична робота в навчальній кімнаті.

За відсутності карантинних обмежень: курація пацієнток у профільних відділеннях онкогінекологічного стаціонару.

Розв'язання клінічних ситуаційних задач.

Віртуальна симуляція: перегляд та обговорення відеофільмів (етапи циторедуктивних операцій, техніка інтраперитонеального введення хіміопрепаратів).

ЗМІСТ ТЕМИ

I. Хірургічне лікування раку яєчників

Хірургічний етап є первинним і ключовим. Його мета – точне стадіювання та максимальне видалення пухлинних мас (циторедукція).

Початкові стадії (FIGO I–IIA):

Стандартний об'єм : екстирпація матки з придатками, тотальна оментектомія (видалення великого чепця), тазова та парааортальна лімфаденектомія, біопсія очеревини, цитологічне дослідження змивів із черевної порожнини.

Органозбережне лікування: у разі стадії IA, високого ступеня диференціювання (G1) у пацієнок репродуктивного віку, які бажають зберегти фертильність, припустиме видалення ураженого придатка матки з обов'язковим повним стадіюванням (оментектомія, лімфаденектомія, біопсія контрлатерального яєчника та очеревини).

Поширені стадії (FIGO IIB–IV):

Первинна циторедуктивна операція: виконання максимального об'єму втручання (екстирпація матки з придатками, оментектомія, резекція суміжних органів – кишківника, селезінки, парієтальної очеревини за наявності метастазів).

Критерії ефективності циторедукції:

Повна (R0): видимих залишків пухлини немає (найкращий прогноз).

Оптимальна: максимальний розмір залишкових вузлів < 1 см.

Неоптимальна: залишкові пухлини > 1 см.

Інтервальна циторедукція: виконують після трьох курсів неoad'ювантної (передопераційної) хіміотерапії, якщо первинна оптимальна циторедукція була технічно неможливою через масивне поширення процесу чи тяжкий стан хворої.

II. Хіміотерапія

Рак яєчників є високочутливою пухлиною до системної хіміотерапії.

Стандарт першої лінії: Поєднання препаратів платини та таксанів.

Основні схеми:

Схема TP (Paclitaxel + Carboplatin):

Паклітаксел (Paclitaxel): 175 мг/м² площі поверхні тіла, внутрішньовенно краплинно протягом трьох годин.

Карбоплатин (Carboplatin): AUC 5–6 (дозу розраховують індивідуально за формулою Калверта на основі швидкості клубочкової фільтрації), внутрішньовенно краплинно протягом однієї години.

Етапи та тривалість лікування:

Ад'ювантна (післяопераційна) ХТ: починається через 3–4 тижні після операції.

Кількість курсів: стандартно – 6 курсів із інтервалом у 21 день (три тижні) між першими днями введення. За ранніх стадій (IA–IB G3, IC) можливе проведення 3–4 курсів.

Ускладнення та токсичність:

Гематологічна: нейтропенія (ризик фебрильної нейтропенії), анемія, тромбоцитопенія.

Нейротоксичність: периферична сенсорна нейропатія («оніміння» пальців рук та ніг), характерна для паклітакселу.

Нефро- та ототоксичність: характерна для препаратів платини (меншою мірою для карбоплатину, більшою – для цисплатину).

Шлунково-кишкова: нудота, блювання (потребує профілактичного введення антагоністів 5-НТЗ рецепторів, наприклад, ондансетрону, та дексаметазону), мукозити, діарея.

Алопеція: повне випадіння волосся (зворотне).

III. Променева терапія

Має обмежене використання в разі епітеліального раку яєчників через високий ризик радіаційного ураження органів черевної порожнини (кишківника, печінки). Може застосовуватися як паліативний метод для локального контролю больового синдрому або зупинення кровотечі за метастазів у кістки, головний мозок чи малий таз.

МАТЕРІАЛИ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ:

Ситуаційна задача. Пацієнтка 48 років госпіталізована до онкогінекологічного відділення. Під час лапаротомії виявлено: пухлина лівого яєчника розміром 10 x 12 см із проростанням капсули, асцит (в асцитичній рідині виявлено атипові клітини). На великому чепці та парієтальній очеревині малого таза візуалізуються численні бляшкоподібні метастази розміром до 0,5 см. Органи черевної порожнини без патології. Лімфовузли не збільшені.

Запитання:

1. Визначте стадію захворювання за класифікацією FIGO.
2. Який об'єм хірургічного втручання необхідно виконати?
3. Як буде класифікуватися така операція в разі повного видалення всіх вузлів?
4. Окресліть подальший план лікування (назва схеми, кількість курсів, інтервали).

Еталон відповіді:

1. Стадія ІІС (наявність перитонеальних метастазів за межами малого таза розміром до 2 см, позитивна цитологія асциту).
2. Екстирпація матки з придатками, тотальна оментектомія, видалення видимих метастазів із очеревини малого таза. Якщо залишкові пухлини будуть відсутні, операція класифікується як повна (оптимальна) первинна циторедукція (R0).
3. Післяопераційна ад'ювантна хіміотерапія за схемою паклітаксел + карбоплатин (AUC 5–6) – 6 курсів із інтервалом 21 день.

СПИСОК РЕКОМЕНДОВАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ:

Основна література:

1. Онкологія : підручник / Г. В. Бондар та ін. – 2-ге видання, переробл. та допов. – Київ : ВСВ «Медицина», 2019.
2. Онкологія : підручник / В.Ф. Завізіон та ін. – Львів : Видавець Марченко Т. В., 2021.

3. Онкогінекологія: стандарти діагностики та лікування. Клінічні протоколи / Національний інститут раку України. – Київ, 2023 (з регулярними електронними апдейтами).

4. Клінічна онкологія : посібник для студентів медичних ЗВО / за ред. проф. Ю. В. Думанського. – Київ : Здоров'я, 2022.

Допоміжна література:

1. FIGO Cancer Report 2025: Cancer of the vulva; Cancer of the vagina / Olawaiye A. B. et al. // *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 2025.

2. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology: *Vaginal Cancer*, Version 2.2026 / National Comprehensive Cancer Network, 2026.

3. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology: *Vulvar Cancer*, Version 1.2026 / National Comprehensive Cancer Network, 2026.

4. ESGO Guidelines: European Society of Gynaecological Oncology guidelines for the management of patients with vulvar cancer // *International Journal of Gynecologic Cancer*, 2023–2024.

ПРАКТИЧНЕ ЗАНЯТТЯ 9

Профілактика раку яєчників

1. Актуальність теми:

Відсутність ефективних методів раннього скринінгу епітеліального раку яєчників робить первинну та вторинну профілактику єдиним дієвим інструментом зниження захворюваності та смертності. Лікар будь-якого профілю повинен вміти виділяти пацієнток високого онкологічного ризику для індивідуального планування профілактичних заходів.

2. Навчальна мета:

Знати: фактори ризику розвитку раку яєчників; критерії формування груп високого ризику; генетичні синдроми (BRCA1/2, синдром Лінча); методи первинної та вторинної профілактики.

Уміти: збирати сімейний онкологічний анамнез та складати родові карти; визначати показання до генетичного тестування; формувати тактику спостереження та профілактичного лікування для різних клінічних груп.

3. Форми та методи навчання:

Теоретична робота в навчальній кімнаті.

За відсутності карантинних обмежень: робота в поліклінічному та діагностичному відділеннях (консультативний прийом, розбір амбулаторних карт пацієнток).

Розв'язання клінічних ситуаційних задач.

Віртуальна симуляція: перегляд навчальних матеріалів щодо медико-генетичного консультування та техніки виконання профілактичної сальпінгоофорекомії.

ЗМІСТ ТЕМИ:

I. Групи підвищеного ризику щодо розвитку раку яєчників

Генетичні фактори (найвищий ризик):

Мутації в генах BRCA1 та BRCA2: спадковий синдром раку молочної залози та яєчників (HBOC). Ризик розвитку раку яєчників протягом життя становить до 40–50 % для BRCA1 та до 10–25 % для BRCA2.

Синдром Лінча (спадковий неполіпозний колоректальний рак): мутації в генах системи репарації невідповідних нуклеотидів (MLH1, MSH2, MSH6, PMS2). Підвищує ризик раку ендометрія, товстої кишки та яєчників (до 10–12 %).

Епідеміологічні та соматичні фактори:

Вік (пік захворюваності в постменопаузі – 60–69 років).

Раннє менархе та пізня менопауза (велика кількість овуляторних циклів – теорія «безперервної овуляції»).

Безплідність у анамнезі, відсутність пологів (nulliparity).

Ендометріоз (асоційований із ендометріїдним та світлоклітинним раком яєчників).

Замісна гормональна терапія в менопаузі (у разі тривалого застосування понад п'ять років).

Ожиріння та тютюнопаління (для муцинозного раку).

II. Заходи з профілактики раку яєчників

Профілактика поділяється на первинну (усунення факторів ризику та медикаментозний захист) і вторинну (раннє виявлення та хірургічне попередження).

Первинна медикаментозна профілактика:

Комбіновані оральні контрацептиви (КОК): приймання КОК протягом п'яти років і більше знижує ризик розвитку раку яєчників на 50 %. Захисний ефект зберігається протягом 10–15 років після відміни препаратів унаслідок пригнічення овуляції та зменшення травматизації епітелію яєчника.

Вагітність та лактація: Кожна вагітність знижує ризик на 10–12 %; грудне вигодовування також має протективний ефект.

Хірургічна профілактика:

Профілактична двобічна сальпінгоофоректомія (RRSO): рекомендована носійкам мутацій BRCA1 (у віці 35–40 років) та BRCA2 (у віці 40–45 років) після завершення репродуктивної функції. Метод знижує ризик раку яєчників та маткових труб на 80–90 %.

Опортуністична сальпінгоектомія: видалення маткових труб під час виконання гінекологічних операцій з інших причин (наприклад, гістеректомія з приводу міоми або хірургічна стерилізація) у жінок загальної популяції. Оскільки більшість серозних карцином високого ступеня (HGSC) виникає з фібріального відділу маткової труби (STIC-ураження), цей метод істотно зменшує захворюваність.

Скринінг (вторинна профілактика):

Для загальної популяції жінок ефективного скринінгу не існує (рутинне визначення СА-125 та УЗД не знижують смертності).

Для пацієнток високого генетичного ризику, які відмовилися від профілактичної операції, проводять моніторинг: трансвагінальне УЗД органів малого таза + онкомаркер СА-125 кожні шість місяців, починаючи з 30–35 років (ефективність обмежена).

МАТЕРІАЛИ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ:

Ситуаційна задача. До гінеколога звернулася жінка 34 років. Скарг немає. З анамнезу відомо, що її мати померла від раку яєчників у віці 42 років, а рідна тітка по материнській лінії зараз лікується з приводу раку молочної залози. Пацієнтка реалізувала репродуктивну функцію (має двох дітей), контрацепцію не застосовує.

Запитання:

1. До якої групи ризику належить пацієнтка? Яке обстеження їй необхідно призначити першочергово?

2. Які методи первинної та вторинної профілактики можна запропонувати пацієнтці на цьому етапі?

3. Яка радикальна хірургічна профілактика показана цій пацієнтці в майбутньому та в якому віці?

Еталон відповіді:

1. Пацієнтка належить до групи ультрависокого ризику спадкового раку (підозра на спадковий синдром раку молочної залози та яєчників). Першочергово показано медико-генетичне консультування та тестування на наявність гермінальних мутацій у генах BRCA1 та BRCA2.

2. До отримання результатів генетичного тесту або в разі відмови від операції: трансвагінальне УЗД + визначення рівня СА-125 кожні 6 місяців. Для первинної профілактики (пригнічення овуляції) за відсутності протипоказань доцільно призначити КОК.

3. У разі підтвердження мутації BRCA1 показана профілактична двобічна сальпінгоофорекомія у віці 35–40 років (після завершення дітородіння), у разі мутації BRCA2 – у віці 40–45 років.

СПИСОК РЕКОМЕНДОВАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ:

1. Онкологія : підручник / за ред. В. П. Баштана, А. І. Шевченка. – Київ : ВСВ «Медицина», 2018.

2. Онкогінекологія : національний підручник / за ред. проф. Ю. Г. Ткаліч, проф. О. В. Валецького. – Київ : ВСВ «Медицина», 2023. – 432 с.

3. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines®) - Ovarian Cancer (Current Version).

4. ESGO/ESMO/ESP Guidelines for the management of patients with ovarian cancer.

ПРАКТИЧНЕ ЗАНЯТТЯ 10

Доброякісні захворювання матки

1. Актуальність теми. Міома матки та ендометріоз належать до найпоширеніших гормонозалежних патологій жіночої репродуктивної системи. Вони значно знижують якість життя, викликають безплідність та мають ризик маскування або поєднання з онкологічними процесами органів малого таза.

Формат проведення:

Теоретична робота в навчальній кімнаті.

За відсутності карантинних обмежень – курація хворих у гінекологічному / онкогінекологічному відділенні.

Розв'язання ситуаційних задач.

Віртуальна симуляція: перегляд та обговорення навчальних відеофільмів (техніки операцій, УЗД-діагностика).

Міома матки

Гістогенез пухлини

Міома (лейоміома) – доброякісна моноклональна пухлина, що походить із гладком'язових клітин міометрія або стінок судин матки. Розвивається внаслідок соматичних мутацій клітин-попередників, є естроген- та прогестеронзалежною.

Класифікація (за локалізацією та FIGO):

Субсерозна (підочеревинна): росте в бік черевної порожнини.

Інтрамуральна (міжм'язова): Розміщена в товщі міометрія.

Субмукозна (підслизова): Росте в порожнину матки (класифікація FIGO типу 0–3).

Специфічні локалізації: шийкова, міжзв'язкова (інтралігаментарна).

Діагностика:

Анамнез та скарги: менорагії, біль, тазовий тиск, безплідність.

Бімануальне дослідження: збільшена, щільна, горбиста, рухома матка.

УЗД органів малого таза (ТВ+ТА): «золотий стандарт» визначення розмірів та топографії вузлів.

МРТ: призначають у разі гігантських розмірів або для диференціальної діагностики з саркомою.

Гістероскопія: для верифікації та видалення субмукозних вузлів.

Методи лікування:

Консервативне: гормонотерапія (агоністи ГнРГ, селективні модулятори прогестеронових рецепторів), симптоматична терапія (антифібринолітики, НПЗЗ).

Малоінвазивне: емболізація маткових артерій (ЕМА), ФУЗ-абляція (МРТ-керований фокусований ультразвук).

Хірургічне: консервативна міомектомія (органозбережна), гістеректомія (радикальна).

Ускладнення

Некроз або перекручення ніжки міоматозного вузла (гострий живіт).

Масивні маткові кровотечі з розвитком анемії тяжкого ступеня.

Здавнення суміжних органів (сечовий міхур, пряма кишка).

Народження субмукозного вузла.

Ендометриоз матки (аденоміоз)

Клінічна картина

Виражена циклічна альгодисменорея (біль під час менструації).

Хронічний тазовий біль та диспареунія (біль під час статевого акту).

Аномальні маткові кровотечі (затяжні мажучі темні виділення до і після менструації).

Безплідність.

Діагностика

Гінекологічний огляд: болюча, куляста матка, що збільшується напередодні менструації.

Експертне УЗД: наявність гетеротопних анхогенних зон у міометрії, асиметрія стінок матки, дефекти зони з'єднання.

МРТ малого таза: найвища точність у виявленні дифузних та вузлових форм аденоміозу.

Гістероскопія: візуалізація «очок» ендометріюїдних ходів на слизовій оболонці.

Методи лікування

Медикаментозне: прогестини (дієногест), ЛНГ-ВМС (мірена), агоністи ГнРГ, комбіновані оральні контрацептиви в безперервному режимі.

Хірургічне: ексцизія вогнищ, резекція уражених ділянок або гістеректомія (за неефективності інших методів та завершення репродуктивних планів).

3. Показання до вибору хірургічного доступу

Лапароскопічний доступ:

Консервативна міомектомія в разі субсерозних та інтрамуральних вузлів розміром до 8–10 см (за наявності досвіду хірурга).

Хірургічне лікування ізольованого аденоміозу чи супутнього зовнішнього ендометріозу.

Гістеректомія за загального розміру матки до 12 тижнів вагітності.

Лапаротомний доступ:

Гігантські розміри міоми матки (більше 14–16 тижнів вагітності).

Множинні міоматозні вузли (більше 4–5 великих вузлів), що потребують ретельної пошарової реконструкції міометрія.

Підозра на малігнізацію (лейоміосаркому) для уникнення розсіювання пухлинних клітин.

Виражений спайковий процес черевного простору IV ступеня.

МАТЕРІАЛИ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ

Ситуаційна задача 1. (Міома матки). Пацієнтка 32 років звернулася зі скаргами на рясні та тривалі менструації (до 9–10 днів), загальну слабкість,

задишку під час фізичного навантаження. В анамнезі – первинна безплідність протягом трьох років. Гемоглобін крові – 84 г/л. Під час бімануального огляду: матка збільшена до 10 тижнів вагітності, щільна, безболісна, обмежено рухома через вузол по передній стінці. За даними трансвагінального УЗД: у порожнині матки візуалізується округлий ізоехогенний утвір діаметром 4,5 см, яке виходить із передньої стінки міометрія та повністю деформує порожнину матки (тип 1 за FIGO).

Запитання:

1. Сформулюйте попередній діагноз.
2. Яке ускладнення розвинулося в пацієнтки?
3. Визначте оптимальну хірургічну тактику з урахуванням віку та репродуктивних планів.

Еталон відповіді:

1. Міома матки, субмукозна локалізація вузла (тип 1 за FIGO). Первинна безплідність.
2. Хронічна залізодефіцитна анемія середнього (ближче до важкого) ступеня.
3. Органозбережне хірургічне лікування – трансцервікальна гістерорезектоскопія (міомектомія) після попередньої корекції рівня гемоглобіну та антианемічної терапії.

Ситуаційна задача 2. (Ендометриоз). Пацієнтка 28 років скаржиться на виражений тазовий біль, що починається за 2–3 дні до менструації та триває під час неї, значну диспареунію (біль під час статевого життя). Останні пів року помітила появу темно-коричневих мажучих виділень зі статевих шляхів за два дні до початку менструації. Під час бімануального дослідження напередодні менструації: матка дещо збільшена, кулястої форми, щільна, різко болюча під час зміщення.

Запитання:

1. Яку патологію матки можна запідозрити?

2. Які методи інструментальної діагностики є найбільш інформативними для підтвердження діагнозу?

3. Яку медикаментозну терапію першої лінії необхідно призначити пацієнтці?

Еталон відповіді:

1. Ендометріоз матки (аденоміоз), дифузна форма.

2. Експертне трансвагінальне УЗД (оцінка зони з'єднання міометрія та ендометрія) або МРТ органів малого таза (за сумнівних результатів УЗД).

3. Гормональна терапія препаратами першої лінії: селективні прогестини (дієногест 2 мг щодня безперервно) або введення левоноргестрелвидільної внутрішньоматкової системи (ЛНГ-ВМС).

СПИСОК РЕКОМЕНДОВАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ:

1. Гінекологія : підручник / В. І. Грищенко та ін. – 4-те вид. – Київ : ВСВ «Медицина», 2020.

2. Національний консенсус щодо ведення пацієнток з міомою матки / Асоціація акушерів-гінекологів України. – Київ, 2021.

3. Uterine fibroids: clinical practice guidelines / International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) // International Journal of Gynecology & Obstetrics. – 2022.

4. ESHRE Guideline: Endometriosis / European Society of Human Reproduction and Embryology. – 2022.

ПРАКТИЧНЕ ЗАНЯТТЯ 11

Рак тіла матки. Саркома матки

1. Актуальність теми. Злоякісні новоутворення матки займають одне з провідних місць у структурі онкогінекологічної захворюваності. Саркоми матки трапляються рідко, проте характеризуються вкрай агресивним перебігом, раннім гематогенним метастазуванням та високою смертністю, що вимагає від випускника медичного закладу освіти високої онкологічної настороженості.

Формат проведення:

Теоретична робота в навчальній кімнаті.

Робота у профільному онкогінекологічному відділенні (за сприятливих епідемічних умов) – аналіз медичних карт, участь у консиліумах.

Розв'язання клінічних ситуаційних задач.

Віртуальна симуляція: перегляд відеоматеріалів радикальних операцій (екстирпація матки з придатками, тазова лімфаденектомія) та патогістологічних зрізів пухлин.

Саркома матки

Гістогенез

Саркоми є неепітеліальними пухлинами. Вони розвиваються з мезенхімальних елементів матки:

Лейоміосаркома (ЛМС): Походить безпосередньо з гладком'язових клітин міометрія (вкрай рідко малігнізується з наявної міоми, частіше виникає *de novo*).

Ендоетріальна стромальна саркома (ЕСС): розвивається зі строми ендометрія.

Примітка. Карциносаркома (змішана пухлина) за сучасною класифікацією FIGO належить до недиференційованого раку ендометрія (епітеліальне походження), але клінічно проходить агресивно, як саркома.

Класифікація (за системою FIGO):

Стадія I: пухлина обмежена тілом матки (IA – (≤ 5) см, IB – (> 5) см для лейоміосарком).

Стадія II: пухлина поширюється за межі тіла матки, але в межах малого таза.

Стадія III: пухлина інфільтрує тканини черевної порожнини.

Стадія IV: метастази в сечовий міхур / пряму кишку (IVA) або віддалені метастази (IVB – найчастіше в легені, печінку).

Клінічна картина:

Швидкий, атиповий ріст матки в постменопаузі.

Поява або посилення болю внизу живота, що не купірується звичайними анальгетиками.

Ациклічні, частіше гнильні або кров'яністі виділення зі статевих шляхів.

Ознаки пухлинної інтоксикації, кахексія, анемія.

Діагностика:

УЗД із доплерографією: виявлення зон атипового неоангіогенезу та центрів некрозу всередині пухлинного вузла.

MPT малого таза з контрастуванням: диференціація між міомою та саркомою (нечіткі контури, геморагії, обмеження дифузії).

Гістероскопія та роздільне діагностичне вишкрібання (РДВ): Ефективно переважно в разі стромальних сарком ендометрія; для лейоміосарком інформативність низька через інтрамуральний ріст.

КТ органів грудної та черевної порожнини: обов'язковий етап виключення віддалених метастазів перед операцією.

Лікування та види хірургічного втручання:

Основою лікування є комбінований підхід, де перший і головний етап – хірургічна операція.

Види хірургічного лікування:

1. Тотальна гістеректомія (екстирпація матки) з двобічною сальпінгоофоректомією (видаленням придатків): базовий об'єм для всіх типів сарком.

2. Тазова та парааортальна лімфаденектомія: обов'язкова в разі ендометріальної стромальної саркоми та карциносаркоми; у разі лейоміосаркоми виконується лише за умови візуально змінених лімфовузлів (оскільки метастазування частіше гематогенне).

3. Циторедуктивні операції: видалення максимального об'єму пухлинних мас за поширених стадій.

Додаткове лікування: променева терапія (для місцевого контролю), ад'ювантна хіміотерапія (доксорубіцин, доцетаксел, гемцитабін) та гормонотерапія (прогестини, інгібітори ароматази використовують у разі гормонопозитивних ендометріальних стромальних сарком).

МАТЕРІАЛИ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ:

Ситуаційна задача 1. (Саркома матки, рання стадія). Пацієнтка 54 років (у постменопаузі три роки) звернулася до РКЦ зі скаргами на появу помірних кров'янистих виділень із піхви та постійний ниючий біль у нижніх відділах живота. Пів року тому під час профілактичного огляду було виявлено міому матки розміром шість тижнів. Під час поточного обстеження: матка збільшена до 12 тижнів вагітності, щільна, обмежено рухома. Під час УЗД: у міометрії візуалізується утвір 9 см із нечіткими контурами, зонами неоднорідної ехогенності (кістозна дегенерація та некроз), під час ЦДК – виражений хаотичний внутрішньопухлинний кровотік із низьким індексом резистентності ($RI < 0,35$). РДВ порожнини матки: атипові гладком'язові клітини з високим мітотичним індексом. КТ ОГК та ОБП – віддалених метастазів не виявлено.

1. Сформулюйте клінічний діагноз пухлини та її стадію за FIGO.

2. Який об'єм радикального хірургічного втручання показаний пацієнтці?

3. Чи доцільне проведення рутинної лімфаденектомії за такого гістологічного типу пухлини?

Еталон відповіді:

1. Лейоміосаркома матки, стадія ІВ (пухлина обмежена маткою, розмір > 5 см) за класифікацією FIGO.

2. Тотальна лапаротомна гістеректомія (екстирпація матки) з двобічною сальпінгоофоректомією (видаленням придатків).

3. Рутинна тазова лімфаденектомія в разі лейоміосаркомі не є обов'язковою, оскільки пухлина метастазує переважно гематогенним шляхом (лімфодисекцію виконують лише в разі візуально або пальпаторно збільшених / підозрілих лімфовузлів).

Ситуаційна задача 2. (Запущена форма / диференціальна діагностика). Пацієнтка 65 років госпіталізована в тяжкому стані зі скаргами на рясні гнильні кров'яністі виділення з неприємним запахом, слабкість, кашель із домішками крові, схуднення на 12 кг за три місяці. Об'єктивно: кахексія, шкіра блідо-сіра. Під час гінекологічного огляду: з цервікального каналу випинає пухлинна тканина, що розпадається й кровоточить під час дотику. Матка збільшена до 18 тижнів вагітності, нерухома. Під час КТ органів грудної клітки: у легенях візуалізуються множинні округлі тіні («гарматні ядра»). Гістологічний висновок біопсії пухлини: ендометріальна стромальна саркома високого ступеня злоякісності (high-grade).

1. Сформулюйте попередній діагноз із зазначенням стадії пухлини за FIGO.

2. Який шлях метастазування призвів до ураження легень?

3. Яка лікувальна тактика є основною в цій клінічній ситуації?

Еталон відповіді:

1. Ендоетріальна стромальна саркома матки високого ступеня злоякісності, стадія IVB (із віддаленими метастазами в легені) за FIGO. Кахексія. Anemia gravis.
2. Гематогенний шлях метастазування (характерний для сарком).
3. Основною є системна паліативна хіміотерапія (препарати антрациклінового ряду, іфосфамід) у поєднанні з гемостатичною симптоматичною терапією. Хірургічне лікування в радикальному об'ємі не показане.

СПИСОК РЕКОМЕНДОВАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ:

1. Онкологія : підручник / за ред. Г. В. Бондаря, Ю. В. Думанського, О. О. Поповича. – 3-тє вид. – Київ : ВСВ «Медицина», 2019.
2. Онкогінекологія : національне керівництво / за ред. проф. Л. І. Воробйової. – Київ, 2020.
3. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology: Uterine Neoplasms / National Comprehensive Cancer Network. – Version 1.2024–2025.
4. Management of uterine sarcomas: ESMO–EURACAN–GENTURIS Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up // Annals of Oncology. – 2023.

ПРАКТИЧНЕ ЗАНЯТТЯ 12

Злоякісні пухлини маткових труб

1. Актуальність теми. Первинний рак маткової труби є відносно рідкісною патологією (близько 1–2 % усіх гінекологічних малігнізацій), проте сучасні молекулярно-генетичні дослідження доводять, що більшість високодиференційованих серозних карцином яєчників та очеревини фактично бере свій початок із фімбріального відділу маткової труби (концепція STIC – серозна тубарна інтраепітеліальна карцинома). Знання цієї теми є надзвичайно важливим для майбутніх лікарів для забезпечення ранньої онконастороженості.

2. Навчальна мета

Знати: класифікацію, макро- і мікроструктуру пухлин маткових труб, патогенез, клінічні критерії Лацаріуса, сучасні методи діагностики та стандарти лікування (FIGO, NCCN).

Уміти: збирати анамнез, інтерпретувати результати УЗД, КТ / МРТ, маркерів (СА-125), складати план комплексного лікування та диференціювати рак, саркому й хоріонкарциному.

3. Зміст теми заняття

Рак маткової труби

Макроскопічна будова: труба колбоподібно або ретортоподібно розширена, нагадує хронічний сальпінгіт (гідро-/гематосальпінкс). На розрізі виявляються папілярні або подібні до цвітної капусти розростання сіро-рожевого кольору, некрози, геморагії.

Мікроскопічна будова: найчастіше трапляється серозна карцинома (низького або високого ступеня злоякісності – LGSC/HGSC). Рідше – ендометріїдна, муцинозна або світлоклітинна.

Клінічна картина: тріада Лацаріуса (трапляється рідко, але є патогномонічною):

1. Періодичні рясні водянисті або бурштинові виділення (hydrops tubae profluens).

2. Переймоподібний біль унизу живота (зникає після виділень).

3. Наявність пухлинного утвору в ділянці придатків, що зменшується після евакуації рідини.

Діагностика: УЗД органів малого таза (трансвагінальне), КТ / МРТ, визначення онкомаркера СА-125, аспіраційна біопсія ендометрія (іноді виявляють клітини пухлини, що змілися з труби), діагностична лапароскопія.

Лікування: комплексне. Хірургічне лікування в системі стадіювання (екстирпація матки з придатками, оментектомія, тазова та парааортальна лімфаденектомія, біопсія очеревини). Післяопераційна поліхіміотерапія (препарати платини та таксани).

Саркома маткової труби

Агресивна злоякісна пухлина неепітеліального походження (лейоміосаркома, ендометріальна стромальна саркома, карциносаркома). Характеризується швидким агресивним ростом, раннім метастазуванням гематогенним та лімфогенним шляхом. Клінічно маскується під аднекстумор. Лікування комбіноване (радикальна операція + хіміотерапія / променева терапія), прогноз несприятливий.

Хоріонкарцинома маткової труби

Ектопічна трофобластична пухлина, що розвивається після тубарної (позаматкової) вагітності або внаслідок метастазування з матки. Характеризується швидкою деструкцією стінки труби, вираженими кровотечами. Специфічний маркер – стрімке зростання β -ХГЛ за відсутності маткової вагітності. Високочутлива до моно- або поліхіміотерапії (метотрексат, дактиноміцин). Хірургічне лікування застосовують за життєвими показаннями (кровотеча).

4. План та структура практичного заняття

Організаційна частина та контроль вихідного рівня знань (тести, опитування) – 20 %.

Теоретична робота в навчальній кімнаті (аналіз класифікацій, розбір алгоритмів діагностики) – 30 %.

Самостійна робота студентів (за відсутності карантинних обмежень – курація хворих у гінекологічному / онкогінекологічному відділенні; аналіз медичних карт, результатів гістологічних досліджень) – 30 %.

Віртуальна симуляція та інтерактивний блок (перегляд навчальних фільмів із техніки операцій у разі раку маткових труб, розбір ситуаційних задач) – 15 %.

Підсумковий контроль та домашнє завдання – 5 %.

МАТЕРІАЛИ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ

Ситуаційна задача 1. Пацієнтка 54 років скаржиться на періодичні переймоподібні болі в правій клубовій ділянці, які раптово зникають після рясних водянистих виділень із піхви жовтуватого кольору. Під час дослідження двома руками праворуч від матки визначається обмежено рухомий, помірно болючий утвір завдовжки 8 см, еластичної консистенції. Рівень СА-125–140 Од/мл. Під час повторного огляду після виділень утвір зменшився в розмірах.

Запитання:

1. Який найбільш імовірний діагноз?
2. Які додаткові методи обстеження необхідно призначити для верифікації?
3. Яка лікувальна тактика?

СПИСОК РЕКОМЕНДОВАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ:

Основна література:

1. Наказ МОЗ України № 690 від 24.11.2015 р. «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної

допомоги в разі раку яєчників, маткових труб, очеревини» (включаючи адаптовані клінічні настанови).

2. Наказ МОЗ України № 1030 від 04.06.2019 р. «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при аномальних маткових кровотечах».

3. Онкологія : підручник для студентів медичних ЗВО / за ред. В. П. Баштана, П. В. Снісаря, О. В. Проскурні. – Полтава, 2021. – 435 с.

4. Гінекологія : підручник для студентів вищих медичних навчальних закладів / за ред. Б. М. Венцківського, Г. К. Степанківської. – Київ : ВСВ «Медицина», 2018. – 424 с.

Додаткова література:

1. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology: Uterine Neoplasms (v.1.2025) & Ovarian Cancer including Fallopian Tube Cancer (v.2.2025).

2. ESGO/ESTRO/ESP Guidelines: Guidelines for the management of patients with endometrial carcinoma (2021–2024 updates).

3. RCOG/BSGE Joint Guideline: Management of Endometrial Hyperplasia (Green-top Guideline No. 67).

4. WHO Classification of Tumours. *Female Genital Tumours* (5th Edition, 2020).

ПРАКТИЧНЕ ЗАНЯТТЯ 13

Доброякісні та передракові захворювання ендометрія

1. Актуальність теми. Гіперпластичні процеси ендометрія займають провідне місце в структурі гінекологічної патології жінок різного віку. Атипова гіперплазія ендометрія є прямим передраком із високою частотою малігнізації (до 30–40 % за відсутності лікування), що потребує від лікаря чіткого дотримання протоколів доказової медицини для профілактики раку тіла матки.

2. Навчальна мета

Знати: етіологію, класифікацію ВООЗ (2014/2020), клініку, діагностику, показання /протипоказання до гістероскопії, принципи терапії згідно з гайдлайнами (ACOG, RCOG, ESGO).

Уміти: інтерпретувати дані УЗД (товщина ехо-сигналу / М-ехо), формувати план лікування залежно від репродуктивного статусу та наявності атипії.

3. Зміст теми заняття

Доброякісні захворювання ендометрія

Гіперплазія ендометрія (без атипії): проліферація залоз ендометрія без ознак цитологічної атипії. Основна причина – абсолютна або відносна гіперестрогенія на тлі дефіциту прогестерону (ановуляція, СПКЯ, ожиріння, гормонопродукувальні пухлини яєчників).

Поліпоз ендометрія. Вогнищева гіперплазія ендометрія з формуванням ніжки, що містить судини.

Клініка: аномальні маткові кровотечі (АМК) – менорагії, метрорагії, міжменструальні або постменопаузальні кровотечі.

Діагностика: трансвагінальне УЗД (оцінка М-ехо: у репродуктивному віці > 15 мм, у постменопаузі > 4–5 мм є показанням до біопсії).

Лікування: гормонотерапія (гестагени: медроксипрогестерон, мікронізований прогестерон, установлення ВМС із левоноргестрелом – ЛНГ-ВМС).

Передракові захворювання ендометрію

Сучасна класифікація ВООЗ виділяє:

1. Гіперплазію ендометрія без атипії.
2. Атипову гіперплазію ендометрія / Ендометріальна інтраепітеліальна неоплазія (ЕІН).

Клінічні терміни минулих років (вогнищевий / дифузний аденоматоз, аденоматозні поліпи) сьогодні класифікують як атипову гіперплазію / ЕІН.

Патогенетичні варіанти розвитку:

I тип (естрогензалежний): розвивається на тлі тривалої гіперестрогенії, гіперплазії, поєднується з метаболічним синдромом.

II тип (естрогеннезалежний): частіше розвивається в старечому віці на тлі атрофії ендометрія, характеризується високим ступенем злоякісності.

Лікування з позицій доказової медицини: у разі атипової гіперплазії (ЕІН) основним методом лікування є хірургічний – гістеректомія (видалення матки) без/з придатками (залежно від віку). Гормональна терапія (високі дози гестагенів або ЛНГ-ВМС) допускається лише в пацієнток репродуктивного віку, які суворо бажають зберегти фертильність, за умови обов'язкового регулярного контролю біопсії кожні три місяці.

Гістероскопія: Метод прямої візуалізації порожнини матки за допомогою оптичної системи.

Принцип: введення ендоскопа через цервікальний канал із розширенням порожнини матки рідким або газовим середовищем.

Показання: АМК, підозра на поліп, гіперплазію, субмукозну міому, синехії, контроль ефективності лікування.

Протипоказання: гострі запальні захворювання статевих органів, профільна маткова кровотеча (відносно), вагітність, рак шийки матки.

Техніка: антисептичне оброблення, фіксація шийки матки, зондування, розширення каналу Гегара (за потреби), введення гістероскопа, огляд порожнини, проведення прицільної біопсії або резекції (гістерорезектоскопія).

4. План та структура практичного заняття

Організаційна частина, тест-контроль базових знань – 20 %.

Теоретичний блок (розбір класифікації ВООЗ, обговорення патогенетичних варіантів) – 30 %.

Клінічний блок (за відсутності карантинних обмежень – робота в гінекологічному відділенні, участь / перегляд маніпуляцій, огляд хворих, аналіз УЗД-сканів та гістологічних висновків) – 30 %.

Віртуальна симуляція (перегляд відеоматеріалів: «Офісна гістероскопія», «Гістерорезектоскопія поліпа ендометрія», розбір тактики лікування) – 15 %.

Підсумки, виставлення балів – 5 %.

5. Матеріали для самоконтролю

Ситуаційна задача 1. Пацієнтка 42 років скаржиться на тривалі та рясні менструації протягом останніх 6 місяців. Пологи – 2, абортів – 3. Об'єктивно: ІМТ – 32 кг/м². При трансагінальному УЗД на 7-й день менструального циклу товщина ендометрія (М-ехо) становить 16 мм, структура неоднорідна з дрібними анехогенними включеннями. Запитання:

1. Які попередній діагноз та тактика лікаря на першому етапі?
2. Який метод діагностики є «золотим стандартом» у цьому випадку?
3. Яке лікування призначити, якщо за результатами гістології виявлено:
 - а) гіперплазію ендометрія без атипії; б) атипову гіперплазію ендометрія?

СПИСОК РЕКОМЕНДОВАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ:

Основна література:

1. Наказ МОЗ України № 690 від 24.11.2015 р. «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при раку яєчників, маткових труб, очеревини» (включаючи адаптовані клінічні настанови).
2. Наказ МОЗ України № 1030 від 04.06.2019 р. «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при аномальних маткових кровотечах».
3. Онкологія : підручник для студентів медичних ЗВО / за ред. В. П. Баштана, П. В. Снісаря, О. В. Проскурні. – Полтава, 2021. – 435 с.
4. Гінекологія : підручник для студентів вищих медичних навчальних закладів / за ред. Б. М. Венцківського, Г. К. Степанківської. – Київ : ВСВ «Медицина», 2018. – 424 с.

Додаткова література:

1. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology: *Uterine Neoplasms* (v.1.2025) & *Ovarian Cancer including Fallopian Tube Cancer* (v.2.2025).
2. ESGO/ESTRO/ESP Guidelines: Guidelines for the management of patients with endometrial carcinoma (2021–2024 updates).
3. RCOG/BSGE Joint Guideline: *Management of Endometrial Hyperplasia* (Green-top Guideline No. 67).
4. WHO Classification of Tumours. *Female Genital Tumours* (5th Edition, 2020).

ПРАКТИЧНЕ ЗАНЯТТЯ 14

Дисгормональні захворювання та доброякісні пухлини молочних залоз

1. Актуальність теми. Захворювання молочних залоз тісно пов'язані з гінекологічною патологією через спільність нейроендокринної регуляції. Своєчасна діагностика та лікування мастопатій і доброякісних новоутворень є ключовим етапом профілактики та раннього виявлення раку молочної залози.

2. Навчальна мета

Знати: класифікацію мастопатій, симптоматику доброякісних пухлин, алгоритми обстеження та принципи патогенетичного лікування.

Уміти: проводити клінічний огляд молочних залоз, інтерпретувати результати мамографії, УЗД та біопсії, формувати план консервативної та хірургічної тактики.

3. Зміст теми

Мастопатії (фіброзно-кістозна хвороба)

Клінічна класифікація:

Дифузна мастопатія (з перевагою залозистого, фіброзного чи кістозного компонента, а також змішана форма).

Вузлова мастопатія

Клінічна картина: масталгія (біль), що посилюється перед менструацією, нагрубання залоз, наявність дифузних ущільнень або чітких вузлових утворів, можливі виділення з сосків (серозні, зеленуваті).

Методи обстеження: самообстеження, клінічний огляд (пальпація у двох положеннях), УЗД (оптимально до 40 років), мамографія (після 40 років), пункційна біопсія з цитологічним дослідженням.

Лікування залежно від генезу:

Корекція гормонального дисбалансу (прогестагени, інгібітори пролактину, антиестрогени).

Негормональна терапія (симптоматична, вітамінотерапія, фітопрепарати, дієтотерапія, седативні засоби).

Хірургічне лікування (секторальна резекція) – суворо за показаннями в разі вузлових форм для виключення малігнізації.

Доброякісні пухлини молочних залоз

Аденома молочної залози: рідкісна пухлина із перевагою залозистого епітелію. Діагностика: УЗД, гістологія. Лікування: хірургічне видалення.

Аденома соска: доброякісний утвір у зоні протоків соска. Клініка: виділення (бувають кров'яністі), виразки соска (потребує диференціації з раком Педжета). Лікування: висічення пухлини.

Ангіоми молочних залоз: судинні пухлини (гемангіоми, лімфангіоми). Діагностика: візуальний огляд, УЗД, доплерографія. Лікування: хірургічне або лазерне видалення за швидкого росту.

Внутрішньопротокова папілома (хвороба Мінца): папілярний ріст у просвіті протоки. Клініка: кров'яністі або серозні виділення з одного соска. Діагностика: дуктографія (галактографія), цитологія виділень. Лікування: секторальна резекція з видаленням ураженої протоки.

Фібroadенома та аденофіброма: часто трапляються в молодих жінок. Чіткий, рухомий, безболісний утвір. Діагностика: УЗД, трепан-біопсія.

Лікування: динамічне спостереження (за малих розмірів) або хірургічне видалення (за росту чи підозри на філоїдну пухлину).

4. План та структура практичного заняття

1. Організаційний момент.
2. Контроль вихідного рівня знань: тестування, усне опитування.
3. Теоретична робота в навчальній кімнаті: розбір класифікацій, схем лікування.

4. Практична робота :

Умова відсутності обмежень: робота у профільних онкогінекологічних / мамологічних відділеннях клінічної бази (огляд хворих, участь у курації).

Рольова гра «пацієнт – лікар»: відпрацювання навичок збирання анамнезу, побудови довірливих відносин та онконастороженості.

Віртуальна симуляція: перегляд навчальних фільмів із техніки виконання біопсії або ультразвукових критеріїв BI-RADS із подальшим колективним обговоренням.

Розв'язання ситуаційних задач: аналіз клінічних кейсів із інтерпретацією мамограм.

5. Підсумковий контроль та підбиття підсумків.

Матеріали для самоконтролю:

Клінічний кейс. Пацієнтка 38 років звернулася зі скаргами на періодичні виділення бурштиново-кров'янистого характеру з лівого соска, які помічає на білизні протягом останніх трьох місяців. У разі самообстеження пухлинних утворів не виявлено.

Об'єктивно: молочні залози симетричні, шкіра не змінена. Під час пальпації в лівій молочній залозі чітких вузлових утворів немає, але в навколососкової зоні на 13-ту годину визначається легке тяжисте ущільнення. Під час натискання на цю зону з однієї протоки лівого соска виділяється крапля кров'янистого ексудату. Пахвові лімфовузли не збільшені. УЗД

молочних залоз: ознаки дифузної фіброзної мастопатії, локального розширення проток не виявлено.

Запитання до студента:

1. Який попередній діагноз є найбільш вірогідним?
2. Який спеціальний метод діагностики є «золотим стандартом» для підтвердження цього діагнозу?
3. Яка лікувальна тактика показана пацієнтці?

Еталон відповіді:

1. Попередній діагноз: внутрішньопротокова папілома лівої молочної залози (хвороба Мінца).
2. Метод діагностики: дуктографія (галактографія) – рентгенмамографія з введенням контрастної речовини в секретуючу протоку (виявить дефект наповнення). Також обов'язкове цитологічне дослідження виділень із соска для виключення малігнізації (внутрішньопротокового раку).
3. Лікувальна тактика: хірургічне лікування – секторальна резекція лівої молочної залози з обов'язковим видаленням ураженої протоки та терміновим гістологічним дослідженням під час операції.

СПИСОК РЕКОМЕНДОВАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ:

Основна література:

1. Онкологія : підручник / В. П. Баштан та ін.; за ред. В. П. Баштана. – 2-ге вид. – Київ : ВСВ «Медицина», 2018. – 424 с.
2. Гінекологія : підручник / В. М. Запорожан, М. Р. Цегельський, Н. М. Рожковська. – Київ : ВСВ «Медицина», 2017. – 448 с. (Розділи присвячені нейроендокринній регуляції та мастопатіям).
3. Онкогінекологія : навчальний посібник для студентів старших курсів та інтернів / за ред. проф. Ю. Г. Ткаченка. – Харків, 2021. – 180 с.

Додаткова література:

1. Наказ МОЗ України № 503 від 27.12.2006 «Про удосконалення амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги в Україні»

2. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology: *Breast Cancer Screening and Diagnostics* (v.1.2025 / 2026).
3. ESMO Clinical Practice Guidelines: *Management of benign breast diseases and risk assessment* / Annals of Oncology.
4. BI-RADS Atlas (6th Edition): *Breast Imaging Reporting and Data System* / American College of Radiology.

ПРАКТИЧНЕ ЗАНЯТТЯ 15

Рак ендометрія

1. Актуальність теми. Рак ендометрія (рак тіла матки) займає одне з провідних місць у структурі онкогінекологічної захворюваності. Знання факторів ризику та патогенетичних варіантів дає змогу виявляти захворювання на ранніх (преклінічних) стадіях, що істотно поліпшує прогноз виживання пацієнток.

2. Навчальна мета

Знати: епідеміологію, фактори ризику, патогенетичні варіанти Бохмана, класифікації TNM / FIGO, клінічні прояви та стандарти лікування раку ендометрія.

Уміти: виділяти групи ризику, складати алгоритм діагностики в разі аномальних маткових кровотеч, визначати стадію процесу та тактику комбінованого лікування.

3. Зміст теми

Епідеміологія та патогенез

Варіанти патогенезу (за Я. В. Бохманом):

І патогенетичний тип (гормонозалежний, 70–80 %): розвивається на тлі тривалої гіперестрогенії та гіперплазії ендометрія. Асоційований з ожирінням, цукровим діабетом, артеріальною гіпертензією. Прогноз більш сприятливий.

II патогенетичний тип (автономний, 20–30 %): виникає у старшому віці на тлі атрофії ендометрія, без зв'язку з естрогенами. Пухлини низькодиференційовані, агресивні. Прогноз несприятливий.

Форми аденокарциноми: ендометріоїдна (найбільш поширена), серозна, світлоклітинна, муцинозна, плоскоклітинна.

Класифікація та клінічна картина

Міжнародна класифікація за системами TNM та FIGO (основні стадії):

Стадія I (T1) – пухлина обмежена тілом матки (IA – інвазія міометрія < 50 %, IB – інвазія міометрія 50 %).

Стадія II (T2) – пухлина поширюється на строму шийки матки.

Стадія III (T3) – локальне або регіонарне поширення (серозна оболонка, придатки, піхва, параметрій, лімфовузли).

Стадія IV (T4) – інвазія слизової міхура /кишківника або віддалені метастази.

Клініка: основний симптом – аномальна маткова кровотеча (у постменопаузі – будь-які кров'янисті виділення; у репродуктивному віці – рясні циклічні або ациклічні кровотечі). Також можливі гнійні виділення (піометра), біль у тазу (на пізніх стадіях).

Діагностика та лікування

Діагностика: трансвагінальне УЗД (оцінка М-ехо), аспіраційна біопсія ендометрія (Pipelle), гістероскопія з роздільним діагностичним вишкрібанням (РДВ) та гістологічним дослідженням соскобів («золотий стандарт»), МРТ органів таза для оцінки інвазії міометрія.

Групи ризику: жінки з ановуляцією, поліендокринний метаболічний оваріальний синдром (ПМОС), ожирінням, метаболічним синдромом, естрогенпродукувальними пухлинами, а також пацієнтки, які приймають тамоксифен або мають синдром Лінча в сімейному анамнезі.

Лікування: переважно хірургічне (екстирпація матки з придатками, за показаннями – тазова та парааортальна лімфаденектомія). Залежно від стадії

та факторів ризику рецидиву призначається ад'ювантна терапія: променева (дистанційна або брахітерапія), хіміотерапія або гормонотерапія.

4. План та структура практичного заняття

1. Організаційний момент.

2. Контроль вихідного рівня знань: бліц-опитування, розбір систем FIGO та TNM.

3. Теоретична робота в навчальній кімнаті: детальний порівняльний аналіз типів Бохмана, визначення груп ризику.

4. Практична робота:

Умова відсутності обмежень: робота у відділеннях онкогінекологічного профілю, участь у клінічних розборах пацієнток перед хірургічним лікуванням.

Віртуальна симуляція: перегляд відеоматеріалів ендоскопічних операцій (лапароскопічна чи роботасистована гістеректомія в разі раку ендометрія) або проведення гістероскопії з подальшим експертним обговоренням етапів та онкологічних правил (бластика).

Розв'язання ситуаційних задач: розбір клінічних карт пацієнток, установлення діагнозу за класифікацією FIGO на основі гістологічних висновків та визначення тактики ад'ювантного лікування.

Підсумковий контроль, виставлення оцінок.

Завдання для самоконтролю:

Клінічна ситуація: Пацієнтка 69 років скаржиться на постійні сукровичні та гнійні виділення з піхви з неприємним запахом, тягнучий біль у нижніх відділах живота. Менопауза – 19 років. Пацієнтка астеничної статури, супутніх соматичних захворювань (цукрового діабету, ожиріння) не має. *Під час гінекологічного огляду:* шийка матки чиста. Тіло матки збільшене до 8–9 тижнів вагітності, обмежено рухоме, болюче під час зміщення. Інфільтрації параметріїв не виявлено. *Результат РДВ:* серозна аденокарцинома (G3, низькодиференційована).

МРТ органів малого таза: пухлина інфільтрує більше половини товщини міометрія, переходить на строму шийки матки. Виявлено збільшені обтураторні лімфатичні вузли справа до 1,5 см.

Запитання до студента:

1. Визначте патогенетичний тип захворювання за Бохманом та особливості його перебігу.
2. Установіть стадію захворювання за класифікаціями FIGO та TNM на основі наведених даних МРТ.
3. Яким має бути план лікування пацієнтки?

Еталон відповіді:

Патогенетичний тип: II патогенетичний тип (автономний). Розвивається в старшому віці на тлі атрофії ендометрія, не пов'язаний з ожирінням чи гіперестрогенією. Характеризується агресивним перебігом, низькодиференційованими гістологічними варіантами (серозний рак) та раннім лімфогенним метастазуванням.

Стадіювання: стадія ІІС1 за FIGO ($(T_2N_1M_0)$). Пухлина поширюється на строму шийки матки ((T_2)) та є метастази в тазові лімфатичні вузли ((N_1)) / стадія ІІС1).

План лікування: комбіноване лікування. Етап 1 – Хірургічний: розширена екстирпація матки з придатками, тазова та парааортальна лімфаденектомія, оментектомія (видалення великого чепця є обов'язковим у разі серозного раку). Етап 2 – ад'ювантна терапія: системна хіміотерапія в поєднанні з променевою терапією (дистанційне опромінення таза / брахітерапія), оскільки пухлина має високий ризик рецидиву.

СПИСОК РЕКОМЕНДОВАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ:

Основна література:

1. Онкологія : підручник / за ред. В. П. Баштана. – Київ : ВСВ «Медицина», 2018. (Розділ «Рак тіла матки»).
2. Онкогінекологія : підручник / В. О. Ткачук та ін. – Київ : Здоров'я, 2019. – 256 с.
3. Акушерство і гінекологія : у 2 книгах. Книга 2: Гінекологія : підручник / за ред. акад. НАМН України В. І. Грищенка, проф. М. О. Щербини. – 3-тє вид. – Київ : ВСВ «Медицина», 2020. – 456 с.

Додаткова література:

1. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги: «Рак тіла матки» / затверджений Наказом МОЗ України.

2. Наказ МОЗ України № 110 від 14.02.2012 «Про затвердження форм первинної облікової документації та інструкцій щодо їх заповнення» (в частині заповнення форми № 027-1/о «Клінічний талон на онкологічного хворого»).

Міжнародні джерела та керівництва (Guidelines)

3. ESGO/ESTRO/ESP Guidelines: ESGO/ESTRO/ESP guidelines for the management of patients with endometrial carcinoma (актуальне оновлення щодо молекулярної класифікації та стадіювання).

4. FIGO Staging System: Staging classifications for cancer of the uterine corpus (International Federation of Gynecology and Obstetrics).

5. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology: Uterine *Neoplasms* (v.1.2026).

ПРАКТИЧНЕ ЗАНЯТТЯ 16

Пухлини зовнішніх статевих органів і піхви

1. Актуальність теми. Рак вульви та піхви належать до рідкісних, але агресивних візуальних локалізацій. Запущеність залишається високою через сором'язливість пацієнток похилого віку та діагностичні помилки лікарів першої ланки. Знання сучасних класифікацій FIGO / TNM та алгоритмів лікування дозволяє зберегти життя та забезпечити органозбереження на ранніх стадіях.

2. Навчальна мета

Знати: етіологію (роль ВПЛ), класифікації TNM та FIGO для раку вульви й піхви.

Уміти: збирати анамнез, проводити візуальний огляд, оцінювати стан регіонарних лімфовузлів.

Опанувати: алгоритм верифікації (біопсія) та принципи комбінованого лікування.

3. Зміст теми (теоретичний блок)

Рак вульви

Етіологія: два шляхи розвитку – ВПЛ-асоційований (молодий вік) та на тлі хронічного дистрофічного процесу (похилий вік).

Клініка: свербіж, печіння, поява виразки або екзофітного утвору, болі (пізній симптом), кров'янисті виділення.

Діагностика: вульвоскопія, тест Коллінза (фарбування толуїдиновим синім), мазки-відбитки, панч-біопсія («золотий стандарт»), УЗД пахово-стегнових лімфоузлів, КТ / МРТ органів таза.

Класифікація FIGO / TNM (основні критерії):

Стадія I (T1) – пухлина обмежена вульвою або промежиною.

Стадія II (T2) – поширення на нижню 1/3 уретри, піхви, ануса (без метастазів у лімфовузлах).

Стадія III (T1–T2, N1–N2) – наявність регіонарних метастазів (пахово-стегнові вузли).

Стадія IV (T3 або N3, або M1) – інвазія у верхні відділи суміжних органів, фіксовані лімфовузли, віддалені метастази.

Лікування: хірургічне (радикальна вульвектомія, селективна лімфаденектомія або біопсія сигнальних лімфовузлів), променева терапія (дистанційна та брахітерапія), хіміотерапія.

Профілактика: вакцинація проти ВПЛ, своєчасне лікування склеротичного лишаю та VIN (вульварної інтраепітеліальної неоплазії).

Рак піхви

Клініка: контактні кров'яністі виділення, водяністі білі, у разі поширення – розлади сечовипускання, біль у крижах.

Діагностика: кольпоскопія, цитологічне дослідження, прицільна біопсія з гістологією, УЗД, цистоскопія та ректороманоскопія (для виключення проростання).

Класифікація FIGO:

Стадія I – пухлина обмежена стінкою піхви.

Стадія II – інвазія в паравагінальну тканину (без досягнення стінок таза).

Стадія III – поширення пухлини до стінок таза та/або метастази в лімфовузли.

Стадія IV – проростання в слизову сечового міхура / прямої кишки або віддалені метастази.

Лікування: основний метод – променева терапія (поєднання дистанційного опромінення та внутрішньопорожнинної брахітерапії). Хірургічний метод застосовують обмежено (за I стадії у верхній третині піхви – вагінектомія з лімфаденектомією).

4. Практична частина та інтерактивні форми

Робота у відділенні (за відсутності обмежень): курація пацієнток у онкогінекологічному стаціонарі, участь у перев'язках, огляд операційних макропрепаратів.

Віртуальна симуляція: перегляд навчального фільму «Техніка радикальної вульвектомії та пахово-стегнової лімфаденектомії» із подальшим дебрифінгом щодо анатомічних зон та ускладнень (лімфорея, розходження швів).

5. Кейс-тренінг (ситуаційна задача)

Клінічна ситуація: пацієнтка 68 років скаржиться на постійний свербіж вульви та наявність болючої виразки на правій великій статевій губі розміром до 2,5 см, яка з'явилася пів року тому. Під час огляду: утвір щільний, дно виразки кровоточить. Пахові лімфовузли справа збільшені до 1,5 см, щільні, безболісні.

Завдання для студента:

1. Сформулюйте попередній діагноз.
2. Складіть план діагностики для верифікації та стадіювання процесу.
3. Визначте очікувану стадію за FIGO та тактику лікування.

СПИСОК РЕКОМЕНДОВАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ:

Основна література:

1. Онкологія : підручник / Г. В. Бондар та ін. – 2-ге видання, переробл. та допов. – Київ : ВСВ «Медицина», 2019.
2. Онкологія : підручник / В. Ф. Завізіон та ін. – Львів : Видавець Марченко Т. В., 2021.
3. Онкогінекологія: стандарти діагностики та лікування. Клінічні протоколи / Національний інститут раку України. – Київ, 2023 (з регулярними електронними апдейтами).
4. Клінічна онкологія : посібник для студентів медичних ЗВО / за ред. проф. Ю. В. Думанського. – Київ : Здоров'я, 2022.

Допоміжна література:

1. FIGO Cancer Report 2025: Cancer of the vulva; Cancer of the vagina / Olawaiye A. B. et al. // *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 2025.

2. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology: *Vaginal Cancer*, Version 2.2026 / National Comprehensive Cancer Network, 2026.

3. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology: *Vulvar Cancer*, Version 1.2026 / National Comprehensive Cancer Network, 2026.

4. ESGO Guidelines: European Society of Gynaecological Oncology guidelines for the management of patients with vulvar cancer // *International Journal of Gynecologic Cancer*, 2023/2024.

ПРАКТИЧНЕ ЗАНЯТТЯ 17

Доброякісні та передракові захворювання зовнішніх статевих органів

1. Актуальність теми. Передракові стани вульви (VIN) мають тенденцію до омолодження. Помилки в диференціальній діагностиці між банальним дерматитом, доброякісними кістами та істинним передраком призводять або до невиправданого радикалізму, або до онкологічної занедбаності.

2. Навчальна мета

Знати: класифікацію доброякісних та дистрофічних процесів вульви й піхви.

Уміти: проводити диференціальну діагностику між доброякісною патологією та передраком.

Опанувати: методику сучасної терапії (медикаментозна, лазерна, хірургічна).

3. Зміст теми (теоретичний блок)

Доброякісні захворювання

Фіброма, ліпома, міксома, гемангіома: мезенхімальні пухлини. Проявляються як безболісні утвори вульви. Діагностика: огляд, пальпація,

УЗД м'яких тканин. Лікування: хірургічне видалення (енуклеація) з гістологічним дослідженням.

Кіста бартолінієвої залози: результат закупорення вивідної протоки. Клініка: асиметрія полові щілини, дискомфорт під час ходьби та сексу. Лікування: марсупіалізація або видалення кісти (у «холодному» періоді).

Передракові захворювання (дистрофії та неоплазії)

Класифікація ISSVD: розрізняють склеротичний лишай (крауроз), плоскоклітинну гіперплазію (лейкоплакію) та вульварну інтраепітеліальну неоплазію (VIN 1–3).

Лейкоплакія: поява білих бляшок через гіперкератоз. Діагностика: вульвоскопія, прицільна біопсія.

Крауроз (склеротичний лишай): прогресуюча атрофія шкіри та слизової, склероз тканин, звуження входу в піхву. Головний симптом – нестерпний нічний свербіж.

Хвороба Боуена (VIN III, carcinoma in situ): поодинокі або зливні червоні, коричневі або білі бляшки на шкірі вульви. Високий ризик малігнізації.

Хвороба Педжета (екстрамамарна): еритематозні, чітко окреслені ділянки з кірочками та вогнищами мокнуття («ефект полуниці з вершками»). Часто асоційована з аденокарциномами інших локалізацій.

Лікування передраку:

Консервативне: кортикостероїдні мазі високоактивні (клобетазол), мазі з естрогенами / андрогенами, фотодинамічна терапія.

Деструктивне / хірургічне: лазерна вапоризація, кріодеструкція, широке висічення ураженої зони (ексцизія) або поверхнева вульвектомія.

4. Практична частина та інтерактивні форми

Робота у відділенні: участь в амбулаторному прийомі (кольпоскопічний / вульвоскопічний кабінет), спостереження за проведенням радіохвильової біопсії або лазерної вапоризації.

Віртуальна симуляція: перегляд атласу клінічних та кольпоскопічних зображень (диференційне розпізнавання форм VIN, краурозу, лейкоплакії), обговорення критеріїв вибору точок для панч-біопсії.

5. Кейс-тренінг

Ситуаційна задача: пацієнтка 42 років звернулася зі скаргами на свербіж у ділянці вульви. Під час огляду на малих статевих губах та кліторі виявлено декілька щільних білястих бляшок, що не знімаються тампоном. Проба Коллінза (з толуїдиновим синім) позитивна в зонах ураження.

Завдання для студента:

1. Який патологічний процес можна запідозрити?
2. Яка тактика є обов'язковою для встановлення остаточного діагнозу?
3. Які варіанти лікування можливі в разі підтвердження VIN II?

СПИСОК РЕКОМЕНДОВАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ:

Основна література:

1. Акушерство і гінекологія : у 2 книгах. Книга 2: *Гінекологія: підручник* / В. І. Грищенко та ін. – 3-тє видання. – Київ : ВСВ «Медицина», 2020.
2. Гінекологія : підручник / В. І. Пирогова та ін. – Київ : ВСВ «Медицина», 2022.
3. Клінічне акушерство та гінекологія (переклад 4-го англ. видання) / Браян А. Магован, Філіп Оуен, Ендрю Томпсон. – Київ : ВСВ «Медицина», 2021.
4. Профілактика, діагностика та лікування захворювань, асоційованих з вірусом папіломи людини (ВПЛ): Клінічна настанова Центру громадського здоров'я МОЗ України. – Київ, 2022.]

Допоміжна література:

1. ISSVD Consensus Diagnostic Criteria for Vulvar Dystrophies and VIN / International Society for the Study of Vulvovaginal Disease. // *Journal of Lower Genital Tract Disease*, 2023.

2. British Association for Sexual Health and HIV (BASHH) UK national guideline for the management of vulval conditions (Lichen sclerosus and VIN) // *International Journal of STD & AIDS*, 2024.
3. The Bethesda System for Reporting Cervical/Vaginal Cytologic Diagnoses: Definitions, Criteria, and Explanations / Nayar R., Wilbur D. C. // Springer, 3rd Edition, 2015 (з клінічними адаптаціями 2021–2023).
4. Comprehensive management of vulvovaginal cancers and pre-cancers // *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 2025.

ПРАКТИЧНЕ ЗАНЯТТЯ 18

Доброякісні та передракові захворювання шийки матки

1. Актуальність теми. Патологія шийки матки займає одне з провідних місць у структурі гінекологічної захворюваності. Своєчасна діагностика та адекватне лікування доброякісних процесів і передракових станів (дисплазій) є основою первинної та вторинної профілактики раку шийки матки. Студенти 6-го курсу повинні володіти алгоритмами диференціальної діагностики та визначати сучасну лікувальну тактику відповідно до засад доказової медицини.

2. Навчальна мета (компетенції):

Знати: етіологію, патогенез, класифікацію, кольпоскопічні критерії доброякісних та передракових процесів шийки матки.

Уміти: інтерпретувати результати цитологічного дослідження (РАР-тест), ПЛР на ВПЛ (HPV), дані розширеної кольпоскопії.

Володіти навичками: складання плану обстеження, вибору методу лікування (деструктивні, ексцизійні методи) та диспансерного спостереження.

3. Зміст теми:

Доброякісні процеси: справжня ерозія, проста лейкоплакія, поліпи, ендометріоз, ектропіон (посттравматичні зміни), екзо- та ендоцервіцити. Клініка, діагностика, протизапальна та репаративна терапія.

Передракові захворювання (дисплазія / CIN/SIL): роль ВПЛ (Human Papillomavirus) високого онкогенного ризику (16, 18, 31, 33, 35 тощо). Кольпоскопічна картина (ацетобілий епітелій, пунктування, мозаїка, йоднегативні зони).

Сучасне лікування: лазерна вапоризація, радіохвильова конізація (LEEP/LLETZ). Тактика ведення залежно від ступеня дисплазії (CIN I, II, III).

План та організаційна структура практичного заняття

Етап заняття	Тривалість	Методи навчання та матеріальне забезпечення
I. Підготовчий етап Організація, перевірка 5 хв присутності, визначення цілей		Журнал групи, вступне слово викладача
II. Контроль вихідного рівня знань Тестування та усне опитування.	10 хв	Тести, контрольні питання, класифікація Bethesda / BT3
III. Основний етап (теоретично-практичний) Аналіз патологій, 30 хв кольпоскопічних фото та схем лікування		Мультимедійна презентація, атласи кольпоскопії, медичні карти
IV. Практична робота / Симуляційне навчання Віртуальна симуляція та рольова гра	20 хв	Навчальні фільми, сценарії рольових ігор

V. Контроль кінцевого рівня

знань

10 хв

Ситуаційні задачі підвищеної складності

Розв'язання клінічних кейсів

VI. Підсумки заняття та

домашнє

завдання

5 хв

Критерії оцінювання, список літератури

Оцінювання, завдання на

наступну тему

4. Практична частина та інтерактивні блоки:

1. Віртуальна симуляція (перегляд відеоматеріалів):

Контент: перегляд навчального фільму «Методика проведення розширеної кольпоскопії та критерії оцінки за класифікацією IFCPS».

Завдання для обговорення: студенти мають усно описати побачену картину: реакцію епітелію на 3 % оцтову кислоту та розчин Люголя (проба Шиллера). Визначити ознаки нормальної зони трансформації та аномальних кольпоскопічних ознак (АКО).

3. Рольова гра «Мультидисциплінарний консиліум». Сценарій:
у пацієнтки 28 років виявлено CIN II (HSIL) на тлі персистенції ВПЛ 16-го типу. Ерозований ектропіон після перших пологів.

Ролі:

Пацієнтка: ставить запитання про ризик раку, збереження репродуктивної функції.

Сімейний лікар: проводить первинне консультування, скеровує до профільного спеціаліста.

Акушер-гінеколог: проводить диференціальну діагностику, виконує кольпоскопію, пояснює результати біопсії.

Онкогінеколог: визначає фінальну тактику (ексцизія чи конізація), обґрунтовує об'єм хірургічного втручання.

Ситуаційна задача. Хвора 32 років звернулася зі скаргами на контактні кров'янисті виділення. Під час кольпоскопії: на передній губі шийки матки чітка ділянка ацетобілого епітелію з грубим пунктуванням, йоднегативна. Цитологія: HSIL.

Запитання:

1. Який попередній діагноз?
2. Яка тактика ведення та золотий стандарт діагностики?
3. Який метод лікування є оптимальним?

Еталон відповіді:

1. Підозра на CIN II–III (передрак).
2. Прицільна біопсія під контролем кольпоскопії з ендоцервікальним кюретажем.
3. Радіохвильова конізація шийки матки з патогістологічним дослідженням країв резекції.

СПИСОК РЕКОМЕНДОВАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ:

Основна література:

1. Гінекологія : підручник / В.І. Грищенко та ін.; за ред. В. І. Грищенка, М. О. Щербини. – 4-те вид. – Київ : ВСВ «Медицина», 2022. – 416 с.
2. Патологія шийки матки: керівництво для лікарів / Ю. Г. Антипкін, В. В. Подольський, Т. Ф. Татарчук. – Київ : Медкнига, 2021. – 288 с.
3. Кольпоскопія. Текст і атлас : практичний посібник / Альберт Зінгер, Адольф Шнайдер ; пер. з англ. за ред. проф. В. О. Бенюка. – Київ : ВСВ «Медицина», 2020. – 312 с.

Додаткова література:

1. Сучасні аспекти діагностики та лікування захворювань шийки матки: навчальний посібник для студентів старших курсів та інтернів / за ред. проф. О. М. Юзька. – Чернівці : Медуніверситет, 2023. – 144 с.

2. The Bethesda System for Reporting Cervical Cytology: Definitions, Criteria, and Explanatory Notes / Ritu Nayar, David C. Wilbur. – 3rd ed. – Springer, 2015. – 321 p.

3. Рекомендації IFCPC (Міжнародної федерації з кольпоскопії та цервікальної патології): Клінічна класифікація аномальних кольпоскопічних ознак (актуальна редакція).

ПРАКТИЧНЕ ЗАНЯТТЯ 19

Рак шийки матки. Пухлини статевих органів і вагітність

1. Актуальність теми. Рак шийки матки (РШМ) займає одне з провідних місць у структурі онкологічної захворюваності та смертності серед жінок працездатного віку. Поєднання пухлин статевих органів із вагітністю є вкрай складною клінічною проблемою, що потребує від лікаря знань сучасних міжнародних стандартів, онкологічної настороженості та вміння ухвалювати рішення в межах мультидисциплінарної команди.

2. Навчальна мета (компетенції):

Знати: клінічні прояви, патоморфологію, класифікацію РШМ за системами TNM та FIGO; принципи комбінованого лікування; особливості перебігу пухлин під час вагітності.

Уміти: стадіювати процес на основі клініко-інструментальних даних, формулювати діагноз, складати схеми профілактики та вакцинації.

Володіти навичками: обґрунтування вибору між хірургічним, променевим та хіміотерапевтичним лікуванням, менеджменту рецидивів.

3. Зміст теми:

Рак шийки матки

Етіопатогенез (роль інтеграції ВПЛ у геном клітини).

Клініка: контактні кровотечі, водянисті білі, болі в малому тазі (пізні стадії).

Класифікація: співвідношення критеріїв FIGO та TNM.

Лікування за стадіями: органозбережні операції (конізація, трахелектомія), радикальна екстирпація матки з придатками та тазовою лімфаденектомією (операція Вертгейма). Променева терапія (дистанційна + брахітерапія). Хіміотерапія (платинові дуплети).

Профілактика: первинна (квадривалент, nonavalent вакцини проти ВПЛ) та вторинна (скринінг, PAP-тест, HPV-тест).

План та організаційна структура практичного заняття

Етап заняття	Тривалість	Методи навчання та матеріальне забезпечення
I. Підготовчий етап Мотивація, визначення плану роботи	5 хв	Тема, план заняття на дошці /слайді
II. Контроль вихідного рівня знань Письмове або комп'ютерне експрес-тестування	10 хв	Тестові завдання, класифікаційні таблиці FIGO
III. Основний етап Розбір стадіювання, хірургічних технік, хіміопроменів та ведення вагітних	30 хв	Схеми радикальних операцій, протоколи лікування NCCN/ESGO
IV. Симуляційний тренінг Відеоінструктаж, аналіз операцій, рольова гра	20 хв	Навчальні операційні відео, кейс-картки для гри
V. Оцінювання та контроль кінцевих знань Рішення тактичних онкогінекологічних завдань	10 хв	Клінічні ситуаційні задачі
VI. Завершення заняття Підбиття підсумків, виставлення балів	5 хв	Оцінні листи, рекомендації до самостійної роботи

Практична частина та інтерактивні блоки :

1. Віртуальна симуляція (перегляд відеоматеріалів)

Контент: перегляд фрагментів хірургічного втручання: «Радикальна гістеректомія з тазовою лімфаденектомією (операція Вертгейма)» та «Радіохвильова петлева ексцизія шийки матки (LEEP)».

Завдання для обговорення: визначити анатомічні орієнтири (сечоводи, маткові артерії, obturatorний нерв); обговорити радикалізм операції залежно від стадії (FIGO IA2 проти IB1).

2. Рольова гра «Консультація сімейної пари щодо вакцинації та онкоскринінгу»

Сценарій: на прийом до сімейного лікаря прийшла мати з 12-річною донькою та жінка 26 років, у якої виявлено рак шийки матки T1bN0M0 під час вагітності терміном 10 тижнів.

Ролі: *пацієнтка – вагітна.*

Налякана, хоче зберегти дитину й вилікувати рак.

Сімейний лікар: пояснює жінці з донькою графік та безпечність ВПЛ-вакцинації. Скеровує вагітну до онкогінекологічного консилиуму.

Акушер-гінеколог: оцінює стан вагітності та ризики прогресування пухлини.

Онкогінеколог: надає варіанти тактики (переривання вагітності та негайна операція АБО неоад'ювантна хіміотерапія з пролонгацією вагітності до зрілості плода в разі мікроінвазії).

Ситуаційна задача. Вагітна, 24 роки, термін 14 тижнів. Під час огляду в дзеркалах на шийці матки екзофітний утвір до 1,5 см, що кровоточить у разі доторкання. Біопсія: плоскоклітинний незроговілий рак шийки матки. МРТ органів таза: пухлина обмежена шийкою матки, лімфовузли інтактні. Клінічна стадія FIGO IB1.

Запитання:

1. Які особливості перебігу РШМ під час вагітності?
2. Які можливі варіанти лікувальної тактики в цьому терміні вагітності?

3. Яка первинна профілактика цієї патології існує?

Еталон відповіді:

1. Вагітність посилює васкуляризацію, що може прискорити лімфогенне метастазування.

2. Оскільки термін < 22 тижнів, пацієнтці пропонується переривання вагітності (хірургічне або медикаментозне) з подальшою радикальною гістеректомією та лімфаденектомією. За категоричної відмови пацієнтки від переривання – можливе проведення консервативної тазової лімфаденектомії (для підтвердження N0) та призначення неoad'ювантної хіміотерапії з платиною після 14-го тижня для пролонгування вагітності до життєздатності плода.

3. Первинна профілактика – вакцинація проти ВПЛ до початку статевого життя (у віці 9–14 років).

СПИСОК РЕКОМЕНДОВАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ:

Основна література:

1. Онкологія : підручник для студентів медичних ЗВО / В. П. Башта, та ін. ; за ред. проф. О. О. Ковальова. – Київ : ВСВ «Медицина», 2024. – 544 с.

2. Онкогінекологія : національний підручник / Л. І. Воробйова та ін. ; за ред. акад. НАМН України Л. І. Воробйової. – Київ : Книга-плюс, 2021. – 612 с.

3. Рак шийки матки: від скринінгу до високотехнологічного лікування : монографія / В. В. Мартинюк, І. І. Смоланка. – Київ : Здоров'я, 2022. – 196 с.

Додаткова література :

1. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology: Cervical Cancer (National Comprehensive Cancer Network) / Актуальна версія протоколу поточного року.

2. ESGO-ESTRO-ESP Guidelines for the management of patients with cervical cancer / Рекомендації Європейського товариства онкогінекологів (актуальна редакція).

3. Cancer, Pregnancy and Fertility: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up / Клінічні настанови Європейського товариства медичної онкології щодо ведення пухлин у вагітних.

ПРАКТИЧНЕ ЗАНЯТТЯ 20

Злоякісні новоутворення та вагітність

1. Актуальність теми. Поєднання злоякісних пухлин та вагітності є однією з найскладніших проблем сучасної медицини. Зростання віку першої вагітності призводить до збільшення частоти виявлення онкопатології у вагітних. Рак шийки матки займає одне з перших місць серед гестаційних пухлин. Діагностика та лікування вимагають балансу між збереженням життя матері та пролонгуванням вагітності задля народження життєздатної дитини. Ця тема формує у випускника навички мультидисциплінарного підходу та клінічного мислення.

2. Навчальна мета заняття

Аналізувати клініко-морфологічний статус раку шийки матки (РШМ) у вагітних.

Складати алгоритм діагностики злоякісних пухлин шийки матки, вульви, піхви та яєчників під час гестації.

Формулювати тактику ведення вагітності та пологів у разі пухлин яєчників.

Визначати показання до хіміотерапії, хірургічного лікування та пролонгування вагітності.

Обґрунтовувати рішення мультидисциплінарного консиліуму з позицій медичної етики та деонтології.

3. Зміст теми заняття

1. Рак шийки матки та вагітність:

Особливості цервікального скринінгу, безпека кольпоскопії та біопсії під час вагітності.

Стадіювання (класифікація FIGO / TNM).

Тактика в разі CIS (carcinoma in situ) та мікроінвазивного раку.

Особливості лікування на різних гестаційних термінах (I, II, III триместри).

Метод розродження (переваги кесарева розтину).

2. Рак вульви, піхви та вагітність:

Особливості клінічного перебігу та біопсії.

Принципи хірургічного лікування та можливість збереження вагітності.

3. Пухлини яєчників і вагітність:

Диференціальна діагностика доброякісних, прикордонних та злоякісних пухлин.

УЗД-критерії (ІОТА) та МРТ-діагностика без контрастування.

Тактика ведення: терміни безпечного хірургічного втручання (оптимально – II триместр).

Структура практичного заняття

Етап заняття	Тривалість	Методи навчання та контролю
I. Підготовчий етап Організація, перевірка вихідного рівня знань	15 хв	Тестовий контроль, фронтальне опитування
II. Основний етап Теоретична робота, віртуальна симуляція, робота у відділенні	40 хв	Робота з картами, перегляд фільму, курація пацієнток, рольова гра

III. Заключний етап	Розв'язання ситуаційних задач,
Контроль засвоєння, підсумки, 25 хв	дебрифінг гри, виставлення
домашнє завдання	оцінок

4. Практична частина та інтерактивні блоки

Віртуальна симуляція (метод кіноакадемії)

Матеріал: перегляд навчального фільму / відеозапису клінічного кейсу (наприклад, виконання кесаревого розтину з одночасною радикальною гістеректомією за Вертгеймом).

Обговорення: студенти аналізують етапи операції, об'єм крововтрати та особливості хірургічної анатомії вагітної матки.

Рольова гра «Мультидисциплінарний консилиум»

Сюжет: пацієнтка 28 років, вагітність 16 тижнів. Діагноз: рак шийки матки, стадія ІВ 1. Отримано результати біопсії.

Ролі:

Пацієнтка – висловлює бажання зберегти вагітність, ставить запитання про ризики.

Акушер-гінеколог – оцінює стан плода, терміни гестації, ризики недоношеності.

Онкогінеколог – доповідає морфологічний статус, пропонує варіанти (неoad'ювантна ХТ до досягнення зрілості плода або негайне переривання та радикальна операція).

Медичний директор – контролює юридичні аспекти, заповнення інформованої згоди, дотримання клінічних протоколів.

Мета: навчити студентів комунікації, деонтології та ухваленню колегіальних рішень.

Ситуаційна задача 1. Вагітна 32 роки, термін 24 тижні, звернулася зі скаргами на контактні кров'яністі виділення зі статевих шляхів. Під час огляду в дзеркалах: на шийці матки екзофітна пухлина до 2,5 см. Гістологія:

плоскоклітинний незроговілий рак. Ознак метастазування за УЗД та МРТ немає (стадія ІВ 2).

Завдання: визначити оптимальну тактику ведення.

Еталон відповіді: Враховуючи ІІ триместр та бажання зберегти вагітність, можливе проведення неoad'ювантної хіміотерапії (препарати платини) до 34–35 тижнів. У терміні 34–35 тижнів – розродження за допомогою кесарева розтину з одночасним радикальним хірургічним лікуванням (операція Вертгейма) або подальшим променевим лікуванням.

Ситуаційна задача 2. У вагітної в терміні 9 тижнів під час скринінгового УЗД виявлено двобічні великі утвори яєчників розміром 6 та 8 см із посиленням кровотоком. Рівень СА-125 помірно підвищений (110 Од/мл). Скарг немає.

Завдання: сформулюйте тактику лікаря.

Еталон відповіді: динамічне спостереження. Рівень СА-125 під час вагітності може підвищуватися фізіологічно. Повторні УЗД та МРТ без контрасту в 14–16 тижнів. У разі підозри на малігнізацію або загрозу перекручення – хірургічне втручання (лапароскопія / лапаротомія) оптимально в ІІ триместрі (16–18 тижнів).

СПИСОК РЕКОМЕНДОВАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ:

1. Акушерство і гінекологія : підручник : у 2 кн. Кн. 1 : Акушерство / Б. М. Венцківський та ін. – 4-те вид., випр. – Київ : ВСВ «Медицина», 2020. – 424 с.
2. Акушерство і гінекологія : підручник : у 2 кн. Кн. 2 : Гінекологія / В. І. Грищенко та ін. – 3-тє вид., випр. – Київ : ВСВ «Медицина», 2020. – 376 с.
3. Онкологія : підручник / Г. В. Бондар та ін. – 2-ге видання. – Київ : ВСВ «Медицина», 2019. – 520 с.
4. Онкологія : підручник / В. Ф. Завізіон та ін. – Львів : Видавець Марченко Т. В., 2021.

ПРАКТИЧНЕ ЗАНЯТТЯ 21

Променеві методи діагностики онкогінекологічних хворих

1. Актуальність теми. Сучасна онкогінекологія базується на точній топічній та функціональній діагностиці. Правильний вибір методу візуалізації визначає стадію процесу, об'єм хірургічного втручання та схему хіміопроменевого лікування.

2. Навчальна мета

Знати: фізичні принципи УЗД, КТ та МРТ; показання та протипоказання до КТ із болюсним підсиленням.

Уміти: інтерпретувати базові ехографічні ознаки пухлин матки та придатків; оцінювати результати томографії для стадіювання за класифікацією FIGO / TNM.

Властивості: аналізувати доплерометричні індекси судин пухлини.

3. Зміст теоретичного матеріалу

УЗД діагностика онкогінекологічних захворювань.

Ультразвукове дослідження (УЗД) є методом першої лінії (скринінгом) в онкогінекології завдяки неінвазивності та доступності.

Трансвагінальна ехографія (ТВУЗД): дозволяє детально оцінити структуру ендометрія, міометрія та яєчників.

Критерії малігнізації яєчників (за системою ІОТА): наявність великого компонента, багатокамерність, папілярні розростання, наявність асцитів.

Трансвагінальна ультразвукова доплерографія патології матки.

Кольорове доплерівське картування (КДК) та імпульсна доплерографія оцінюють ангиогенез пухлини.

Якісна оцінка: візуалізація хаотичного, мозаїчного внутрішньопухлинного кровотоку з множинними артеріовенозними шунтами.

Кількісна оцінка: зниження індексу резистентності ($(IR < 0,4)$) та пульсаційного індексу ($(PI < 1,0)$), що свідчить про низький опір у новоутворених судинах пухлини.

Рентгенівська комп'ютерна (КТ) та магнітно-резонансна томографія (МРТ):

МРТ: метод вибору для оцінки місцевого поширення пухлини (малий таз). Найкраще візуалізує глибину інвазії в міометрій, перехід на шийку матки, параметрії та стінки таза.

КТ: метод вибору для пошуку віддалених метастазів, оцінки ураження лімфовузлів вище від таза, канцероматозу очеревини та метастазів у паренхіматозні органи (печінка, легені).

Комп'ютерна томографія з болюсним підсиленням. Передбачає автоматичне внутрішньовенне введення йодовмісної контрастної речовини за допомогою інжектора.

Показання: стадіювання раку яєчників, шийки та тіла матки; підозра на рецидив; оцінення динаміки після хіміотерапії.

Протипоказання: тяжка ниркова недостатність (швидкість клубочкової фільтрації (< 30) мл/хв), анафілактичні реакції на йод у анамнезі, декомпенсований тиреотоксикоз.

- **Методика:** виконання нативного (без контрасту) сканування, з подальшим скануванням у артеріальну (25–30 сек), венозну (60–70 сек) та відстрочену (3–5 хв) фази.

4. План практичної роботи

Теоретична частина (навчальна кімната): розбір базових питань, алгоритмів вибору методу діагностики.

Робота у профільних відділеннях: (за відсутності карантинних обмежень) курація хворих у кабінетах УЗД, КТ / МРТ лікувального закладу.

1. Віртуальна симуляція: перегляд та колективне обговорення навчальних відеоматеріалів (ехографічні картини раку ендометрія, МРТ інвазії раку шийки матки).

5. Матеріали для самоконтролю

Ситуаційна задача 1. Пацієнтка 54 років скаржиться на кров'яністі виділення зі статевих шляхів у постменопаузі. Під час ТВУЗД: М-ехо – 16 мм,

гетерогенної структури, з активним хаотичним кровотоком під час КДК (IR = 0,35).

Запитання:

1. Який попередній діагноз?
2. Який метод променевої діагностики є «золотим стандартом» для визначення глибини інвазії в міометрій?

Еталон відповіді

1. Рак ендометрія.
2. Магнітно-резонансна томографія (МРТ) органів малого таза.

СПИСОК РЕКОМЕНДОВАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ:

Основна література:

1. Онкогінекологія : національний підручник / за ред. проф. Ю. Г. Ткаліч, проф. О. В. Валецького. – Київ : ВСВ «Медицина», 2023. – 432 с.
2. Променева лікування в онкології : підручник для студентів та інтернів / В. О. Тарасов, М. І. Скрипник, О. П. Іванова. – Львів : Кварт, 2024. – 310 с.
3. Радіологія (променева діагностика та променева терапія) / за ред. проф. М. М. Ткаченка. – Київ : Книга-плюс, 2022. – 560 с.
4. Невідкладна онкогінекологія : навчальний посібник / О. М. Суханова, Л. В. Яковлєва. – Харків : Факт, 2025. – 198 с.

Додаткова література:

1. Практична ультразвукова діагностика в гінекології та онкогінекології / за ред. К. В. Колесникової. – Київ : Медкнига, 2023. – 240 с.
2. Магнітно-резонансна томографія в онкогінекології: атлас клінічних випадків / І. П. Сидоренко, О. М. Ткачук. – Одеса : Астропринт, 2024. – 176 с.
3. Променеві реакції та ускладнення в онкорадіології: профілактика, діагностика, лікування / А. В. Глущенко, С. О. Петров. – Дніпро : Ліра, 2025. – 142 с.

Нормативні документи та міжнародні настанови:

1. Наказ Міністерства охорони здоров'я України № 123 від 20.01.2024 «Про затвердження Стандартів медичної допомоги "Рак шийки матки"».
2. Наказ Міністерства охорони здоров'я України № 1895 від 14.10.2023 «Про затвердження Стандартів медичної допомоги "Рак ендометрія"».
3. FIGO Cancer Report 2024. Cancer of the corpus uteri / International Federation of Gynecology and Obstetrics. – *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 2024.
4. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology: Uterine Neoplasms (Version 1.2026) / National Comprehensive Cancer Network, 2026.
5. ESGO/ESTRO/ESP Guidelines for the management of patients with cervical cancer / European Society of Gynaecological Oncology, 2025.

ПРАКТИЧНЕ ЗАНЯТТЯ 22

Променева терапія в онкогінекології

1. Актуальність теми. Променева терапія (ПТ) є одним із основних методів лікування раку шийки матки, ендометрія та піхви як у самостійному радикальному варіанті, так і в складі комбінованого лікування.

2. Навчальна мета

Знати: принципи та програми променевої терапії; методики дистанційної та внутрішньопорожнинної ПТ; променеві ускладнення.

Уміти: розрізняти гострі та пізні променеві реакції; складати план супровідної симптоматичної терапії.

Властивості: інтерпретувати карти дозного розподілу під час застосування лінійних прискорювачів.

3. Зміст теоретичного матеріалу

Програми променевої терапії

Радикальна: повне знищення пухлини та зон регіонарного метастазування (підведення вогнищевих доз 60–70 Гр).

Паліативна: гальмування росту пухлини, подовження життя пацієнтки, усунення загрозливих симптомів (наприклад, кровотечі).

Симптоматична: спрямована на ліквідацію провідного важкого симптому (наприклад, знеболення в разі метастазів у кістки).

Методи лікування та їх поєднання

Найчастіше в онкогінекології застосовують поєднано-промєнову терапію (ППТ), яка комбiнує дистанційне та внутрішньопорожнинне опромінення.

Внутрішньопорожнинна промєнева терапія (брахітерапія). Джерело випромінювання (Іридій-192 або Кобальт-60) вводять безпосередньо в порожнину матки та склепіння піхви за допомогою ендостатів (системи Afterloading).

Переваги: створення максимальної дози безпосередньо в пухлині в разі швидкого зниження дози в навколишніх здорових тканинах.

Недоліки: локальний характер дії, неможливість лікування зон регіонарного лімфовідтоку.

Дистанційна променева терапія (ДПТ). Опромінення малого таза та зон лімфовідтоку з зовнішніх джерел. Сучасний стандарт – використання **лінійних прискорювачів** із технологіями IMRT (променева терапія з модульованою інтенсивністю) та VMAT. Це дозволяє точно повторити контур пухлини та захистити критичні органи (сечовий міхур, пряму кишку, тонкий кишківник).

Променева терапія окремих локалізацій

Рак шийки матки (РШМ): ППТ є основним методом лікування для стадій ІІВ–ІVА.

Рак ендометрія: ПТ частіше застосовують в ад'ювантному (післяопераційному) режимі у вигляді брахітерапії кукси піхви або ДПТ на таз за високого ризику рецидиву.

Рак яєчників: ПТ має обмежене паліативне значення (у разі локальних рецидивів), очікуваним методом є хіміотерапія.

Променеві реакції та ускладнення

Ранні (гострі): виникають під час курсу ПТ. Проявляються у вигляді ректиту (діарея, тенезми) та циститу (дизурія). Лікування симптоматичне.

Пізні (ускладнення): виникають через три й більше місяців після лікування. Охоплюють фіброз параметріїв, нориці (міхурово-піхвові, ректо-піхвові), стриктури сечоводів, променеві виразки.

4. План практичної роботи

Теоретична частина (навчальна кімната): обговорення радіобіологічних принципів, розрахунку доз опромінення.

Робота у профільних відділеннях: (за умов відсутності обмежень) ознайомлення з роботою лінійного прискорювача, каньйону для брахітерапії, систем радіотерапевтичного планування.

Віртуальна симуляція: перегляд 3D-планів розподілу доз опромінення, відеоматеріалів щодо укладання пацієнток для томотерапії.

Розв'язання ситуаційних задач.

Матеріали для самоконтролю

Ситуаційна задача. Пацієнтка 48 років проходить курс радикальної поєднано-променевої терапії з приводу раку шийки матки ІІВ стадії. На 3-му тижні дистанційного опромінення з'явилися скарги на часте болісне сечовипускання та рідкі випорожнення до 5 разів на добу з домішками слизу.

Запитання:

1. Яке ускладнення / реакція виникли в пацієнтки?
2. Яка лікувальна тактика?

Еталон відповіді

1. Гострий променевий цистит та гострий променевий ректит.
2. Призначають дієту з обмеженням клітковини, спазмолітики, місцево – мікроклізми з протизапальними засобами (відвар ромашки, метилурацил), інстиляції у сечовий міхур антисептиків та регенерантів (гіалуронова кислота, обліпихова олія). Променеву терапію зазвичай не переривають, за потреби коригують супровідну терапію.

СПИСОК РЕКОМЕНДОВАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ:

Основна література:

1. Онкогінекологія : національний підручник / за ред. проф. Ю. Г. Ткаліч, проф. О. В. Валецького. – Київ : ВСВ «Медицина», 2023. – 432 с.
2. Променеве лікування в онкології : підручник для студентів та інтернів / В. О. Тарасов, М. І. Скрипник, О. П. Іванова. – Львів : Кварт, 2024. – 310 с.
3. Радіологія (променева діагностика та променева терапія) / за ред. проф. М. М. Ткаченка. – Київ : Книга-плюс, 2022. – 560 с.
4. Невідкладна онкогінекологія : навчальний посібник / О. М. Суханова, Л. В. Яковлєва. – Харків : Факт, 2025. – 198 с.

Додаткова література:

1. Практична ультразвукова діагностика в гінекології та онкогінекології / за ред. К. В. Колесникової. – Київ : Медкнига, 2023. – 240 с.
2. Магнітно-резонансна томографія в онкогінекології: атлас клінічних випадків / І. П. Сидоренко, О. М. Ткачук. – Одеса : Астропринт, 2024. – 176 с.
3. Променеві реакції та ускладнення в онкорадіології: профілактика, діагностика, лікування / А. В. Глущенко, С. О. Петров. – Дніпро : Ліра, 2025. – 142 с.

Нормативні документи та міжнародні настанови:

1. Наказ Міністерства охорони здоров'я України № 123 від 20.01.2024 «Про затвердження Стандартів медичної допомоги "Рак шийки матки"».
2. Наказ Міністерства охорони здоров'я України № 1895 від 14.10.2023 «Про затвердження Стандартів медичної допомоги "Рак ендометрія"».
3. FIGO Cancer Report 2024. Cancer of the corpus uteri / International Federation of Gynecology and Obstetrics. – *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 2024.
4. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology: Uterine Neoplasms (Version 1.2026) / National Comprehensive Cancer Network, 2026.
5. ESGO/ESTRO/ESP Guidelines for the management of patients with cervical cancer / European Society of Gynaecological Oncology, 2025.

ПРАКТИЧНЕ ЗАНЯТТЯ 24

Сучасні методи діагностики онкогінекологічних захворювань

1. Актуальність. Упровадження молекулярно-генетичних та імуногістохімічних (ІГХ) маркерів докорінно змінило підходи до класифікації та персоналізованого лікування раку в онкогінекології.

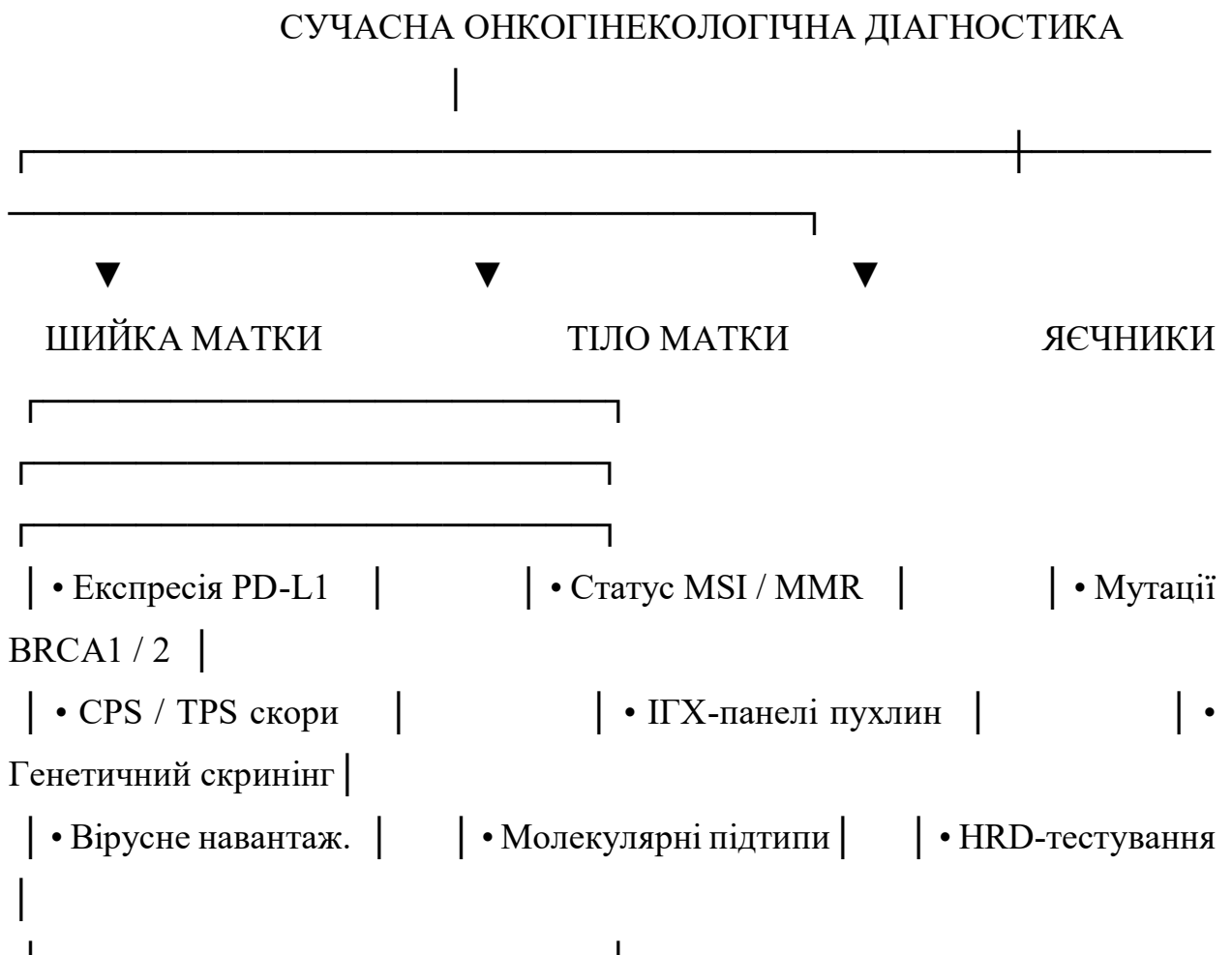
2. Навчальна мета заняття

Знати: роль маркерів PD-L1, MSI, MMR, BRCA1/2 у діагностиці; принципи скринінгу та профілактики.

Уміти: інтерпретувати результати молекулярних та ІГХ-досліджень для вибору тактики лікування.

Володіти: навичками клінічного мислення під час аналізу генетичних панелей пухлин.

3. Зміст теми заняття



Молекулярна діагностика в разі захворювань шийки матки

Визначення PD-L1 рецепторів: оцінка експресії ліганду програмованої клітинної смерті (PD-L1) методом ІГХ.

Клінічне значення: використовують для визначення показань до імунотерапії (наприклад, пембролізумабом).

Показники оцінки: обчислення комбінованого позитивного скору (CPS) або пухлинного пропорційного скору (TPS).

Молекулярна діагностика в разі захворювання тіла матки

Мікросателітна нестабільність (MSI): результат дефекту системи репарації невідповідних нуклеотидів (MMR).

Імуногістохімічні дослідження: визначення втрати експресії білків MLH1, MSH2, MSH6, PMS2.

Значення: діагностика синдрому Лінча, прогнозування перебігу хвороби, визначення чутливості до імунотерапії.

Молекулярна діагностика в разі захворювань яєчників

Визначення BRCA1/2 мутацій: тестування гермінальних (спадкових) та соматичних (у тканині пухлини) мутацій.

Клінічне значення: визначення чутливості пухлини до PARP-інгібіторів та платинових агентів.

Профілактика: за виявлення гермінальних мутацій – розгляд ризик-знижувальних операцій (сальпінгоофоректомія).

3. Матеріали для самоконтролю:

Тематика навчальних фільмів для перегляду та обговорення

Відеофільм 1. «Лабораторні етапи виконання імуногістохімічного дослідження пухлин».

Відеофільм 2. «Принцип методу ПЛР та секвенування нового покоління (NGS) в онкогінекології».

Ситуаційна задача. Пацієнтка 42 років, діагноз: рак тіла матки, II стадія. За результатами ІГХ виявлено втрату експресії білків MSH2 та MSH6 (MSI-H). Сімейний анамнез обтяжений (у матері рак товстої кишки в 45 років).

Запитання:

1. Який синдром можна запідозрити в пацієнтки?
2. Які додаткові молекулярні дослідження та профілактичні заходи показані родичам першої лінії?

Еталон відповіді:

1. Синдром Лінча (спадковий неполіпозний колоректальний рак).
2. Генетичне тестування на наявність гермінальних мутацій у генах MMR; для родичів – регулярний скринінг (колоноскопія, УЗД малого таза).

СПИСОК РЕКОМЕНДОВАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ:

Основна (базова) література:

1. Онкологія : підручник / за ред. В. П. Баштана, П. В. Скрипника. – 2-ге вид. – Київ : ВСВ «Медицина», 2019. – 424 с.
2. Онкогінекологія : навчальний посібник / за ред. проф. В. В. Мартинюка. – Львів : Кварт, 2021. – 280 с.
3. Невідкладні стани в онкогінекології : навч. посіб. / Ю. Г. Ткаченко та ін. – Харків : ХНУ ім. В. Н. Каразіна, 2022. – 196 с.
4. Патоморфологічна та імуногістохімічна діагностика пухлин: керівництво для лікарів / за ред. К. О. Галахіна. – Київ : Книга-плюс, 2018. – 312 с.

Додаткова література:

1. Настанова на основі доказової медицини. Рак шийки матки. Рак ендометрія. Рак яєчників // Державницькі клінічні протоколи МОЗ України (сучасні версії на базі адаптованих настанов NCCN / ESMO).
2. Colombo N., Sessa C., Boysen G. et al. ESMO-ESGO-ESTRO Consensus Conference on Endometrial Cancer: diagnosis, treatment and follow-up. *Annals of Oncology*, 2021. Vol. 32(12). P. 1470–1485.
3. Concin N., Matias-Guiu X., Vergote I. et al. ESGO/ESTRO/ESP guidelines for the management of patients with endometrial carcinoma. *International Journal of Gynecological Cancer*, 2021. Vol. 31(1). P. 12–39.

ПРАКТИЧНЕ ЗАНЯТТЯ 24

Сучасні методи діагностики та лікування онкологічних хворих

1. Актуальність. Знання радикальних хірургічних технік, концепції сигнальних лімфовузлів та схем системної терапії є обов'язковим для формування сучасного лікаря-онколога.

2. Навчальна мета заняття:

Знати: показання та етапи операції Вертгейма, циторедуктивних втручань; принципи ICG-картування.

Уміти: обґрунтувати об'єм хірургічного втручання; призначати таргетну / імунотерапію залежно від маркерів.

Володіти: алгоритмами профілактики та лікування післяопераційних і токсичних ускладнень.

3. Зміст теми заняття

Хірургічне лікування захворювань шийки матки: операція Вертгейма

Показання: рак шийки матки стадій IA2, IB1, IB2, IIA1 (за класифікацією FIGO).

Техніка виконання: радикальна гістеректомія з видаленням матки, додатків, верхньої третини піхви, параметріальної клітковини та тазової лімфаденектомії.

Ускладнення: кровотеча, пошкодження сечоводів /сечового міхура, лімфоцеле, атонія сечового міхура.

Хірургічне лікування захворювань тіла матки: лапароскопічна пангістеректомія з біопсією сигнальних лімфовузлів (SLN) із використанням ICG

Показання: рак ендометрія низького та проміжного ризику (I–II стадій).

Техніка введення барвника: індоціанін зелений (ICG) вводять цервікально (на 3-й та 9-й годинах) підслизово та стромально.

Хід операції: візуалізація лімфатичних шляхів у ближньому інфрачервоному спектрі (NIR), видалення лише сигнальних вузлів, пангістеректомія.

Ускладнення: алергічні реакції на йод (компонент ICG), конверсія в лапаротомію.

Хірургічне лікування захворювань яєчників: циторедуктивні операції

Показання: первинний або рецидивний рак яєчників (переважно III–IV стадій).

Техніка виконання: видалення матки з придатками, великого чепця, видимих пухлинних конгломератів у черевній порожнині до мінімального залишку (оптимальна циторедукція – залишок пухлини < 1 см, повна – 0 см).

Ускладнення: значна крововтрата, пошкодження суміжних органів (кишківник, селезінка), тромбоемболічні ускладнення.

Поліхіміотерапія (ПХТ), таргетна та імунотерапія

Показання та критерії підбору:

Хіміотерапія: платинові дуплети (паклітаксел + карбоплатин) – стандарт першої лінії в разі раку яєчників та ендометрія.

Таргетна терапія: олапариб (PARP-інгібітор) у разі BRCA-мутацій; бевацизумаб (анти-VEGF) для пригнічення ангиогенезу.

Імунотерапія: пембролізумаб у разі високої MSI або позитивного статусу PD-L1.

Ускладнення: нейротопія, мієлосупресія (лейкопенія, анемія), нефротоксичність, імунозалежні коліти / пневмоніти.

4. Матеріали для самоконтролю студентів

Тематика навчальних фільмів для перегляду та обговорення

Відеофільм 1 «Лапароскопічна екстирпація матки з флуоресцентною візуалізацією сигнальних лімфовузлів за допомогою ICG».

Відеофільм 2 «Етапи виконання радикальної абдомінальної гістеректомії за Вертгеймом».

Ситуаційна задача. Пацієнтка 58 років госпіталізована з приводу серозного раку яєчників високого ступеня злоякісності (High-Grade), стадія ІІС. Виявлено гермінальну мутацію в гені BRCA1. Планується хірургічне лікування.

Запитання:

1. Яка хірургічна мета є пріоритетною під час оперативного втручання?
2. Який таргетний препарат доцільно внести до схеми підтримувальної терапії після завершення першої лінії платиноєтичної ПХТ?

Еталон відповіді:

1. Метою є виконання повної (залишок пухлини 0 см) або оптимальної (залишок пухлини < 1 см) циторедуктивної операції.
2. Доцільно призначити олапариб (PARP-інгібітор), оскільки в пацієнтки підтверджено наявність мутації BRCA1.

СПИСОК РЕКОМЕНДОВАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ:

Основна (базова) література:

1. Клінічна онкологія : у 3 томах. Том 2. Онкогінекологія / за ред. проф. І. Б. Щепотіна. – Київ : МОРІОН, 2020. – 560 с.
2. Попова О. В. Оперативна хірургія в онкогінекології: атлас / О. В. Попова, В. М. Сухіна. – Київ : Здоров'я, 2018. – 240 с.
3. Шаллієв С. О. Хіміотерапія та таргетна терапія злоякісних пухлин органів малого таза : довідник лікаря. – Дніпро : Ліра, 2022. – 188 с.
4. Шпитальна хірургія з курсом онкології / за ред. Л. Я. Ковальчука. – Тернопіль : Укрмедкнига, 2019. – 612 с.

Додаткова література та міжнародні гайдлайни:

1. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology: Cervical Cancer, Uterine Neoplasms, Ovarian Cancer / National Comprehensive Cancer Network. – Current Version 2025/2026.
2. Cibula D., Raspollini M.R., Barth J. et al. ESGO/ESTRO/ESP quality indicators for radiation therapy and surgical treatment of cervical cancer. *International Journal of Gynecological Cancer*, 2024. Vol. 34(2). P. 189–201.
3. Armstrong D.K., Alvarez R.D., Bakkum-Gamez J.N. et al. Epithelial Ovarian Cancer, Version 3.2024, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network*, 2024. Vol. 22(5). P. 310–332.
4. Querleu D., Morrow C.P. Classification of radical hysterectomy (The Querleu-Morrow Classification) updated 2017. *Annals of Surgical Oncology*, 2018. Vol. 25(9). P. 2722–2731. (Опис сучасних модифікацій операції Вертгейма).

ПРАКТИЧНЕ ЗАНЯТТЯ 25

Практико-орієнтований диференційований залік

Залікове заняття буде містити питання до всього курсу «Онкогінекологія», серед яких: теоретичні питання, питання до тестового контролю.

Оцінка курсу навчання. Підбивання підсумків.

ПЕРЕЛІК ПИТАНЬ:

1. Пухлиноподібні та передпухлинні процеси: лютеома вагітності. Клініка, діагностика, лікування гіпертекоз.
2. Фолікулярні кісти, кіста жовтого тіла. Клініка, діагностика, лікування.
3. Параоваріальна кіста: клініка, діагностика, лікування.
4. Гранульозо-текаклітинні пухлини (гранульозоклітинна пухлина, текома або текаклітинна пухлина, фіброма яєчника, саркома яєчника). Клініка. Діагностика. Лікування.
5. Ліпідно-клітинні пухлини (гіпернефрома, лютеома, лютеїнома та маскулінобластома): клініка, діагностика, лікування.
6. Герміногенні пухлини: дисгермінома, пухлина ендодермального синуса. Загальні відомості. Клініка. Діагностика. Лікування.
7. Ембріональна карцинома, поліембрінома, хоріокарцинома. Загальні відомості. Клініка. Діагностика. Лікування.
8. Тератоми (зрілі, незрілі), змішані герміногенні пухлини. Загальні відомості. Клініка. Діагностика. Лікування.
9. Гонадобластома: загальні відомості, клініка, діагностика, лікування.
10. Вторинні (метастатичні) пухлини: морфологічна будова, групи (метастази з пухлин епітеліальної будови, з пухлин сполучнотканинного походження, метастази невrogenного походження, пухлина Крукенберга), клініка, діагностика, лікування.

11. Карцинома яєчників: варіанти розвитку захворювання. Міжнародна клінічна класифікація раку яєчників за системами TNM і FIGO. Методи діагностики злоякісних пухлин яєчників і лікування.
12. Карцинома з серозних пухлин яєчників: аденокарцинома, цистаденокарцинома, аденофіброкарцинома, папілярна ккарцинома.
13. Карциноми з муцинозних пухлин. Ендоетріюїдна карцинома. Клініка й симптоматика раку яєчників за різних стадій процесу.
14. Пухлина Бренера: загальні відомості, діагностика, лікування.
15. Хірургічне лікування раку яєчників: об'єм оперативного втручання залежно від стадії процесу.
16. Хіміотерапія: препарати та схеми лікування, етапи проведення лікування, тривалість і кількість курсів, ускладнення.
17. Променева терапія.
18. Заходи з профілактики раку яєчників. Групи підвищеного ризику щодо розвитку раку яєчників.
19. Міома матки: гістогенез пухлини, класифікація, діагностика, методи лікування, ускладнення.
20. Ендоетріоз матки: клінічна картина, діагностика, методи лікування.
21. Показання до лапароскопічного та лапаротомного оперативного лікування.
22. Саркома матки: гістогенез, класифікація, клініка, діагностика, лікування. Види хірургічного лікування.
23. Рак маткової труби: макро- і мікроскопічна будова пухлини, клініка, діагностика, лікування. Саркома маткової труби. Хоріонкарцинома маткової труби.
24. Доброякісні захворювання ендометрія: гіперплазія ендометрія, поліпоз ендометрія: основні причини виникнення, клініка, діагностика, сучасні аспекти лікування.

25. Передраки ендометрія: атипова гіперплазія, вогнищевий та дифузний аденоматоз, аденоматозні поліпи. Патогенетичні варіанти розвитку передраку ендометрія. Клінічна картина та діагностика передраку ендометрія.

26. Лікування гіперплазії ендометрія з позицій доказової медицини. Гістероскопія: принцип методу, показання, протипоказання, техніка операції.

27. Мастопатії: клінічна класифікація, клінічна картина, методи обстеження, лікування залежно від генезу захворювання.

28. Доброякісні пухлини молочних залоз: аденома молочної залози, аденома соска, ангіоми молочних залоз, внутрішньопротокова папілома, фібраденома, аденофіброма, діагностика, лікування.

29. Рак ендометрія: епідеміологія, форми аденокарциноми, варіанти патогенезу. Міжнародна класифікація рака тіла матки за системами TNM і FIGO, клініка, діагностика, лікування. Групи ризику щодо розвитку раку ендометрія.

30. Рак вульви: міжнародна класифікація за системами TNM і FIGO, клініка, діагностика, лікування, профілактика.

31. Рак піхви: міжнародна класифікація за системами TNM і FIGO, клініка, діагностика, лікування, профілактика.

32. Доброякісні захворювання зовнішніх статевих органів і піхви: фіброма, ліпома, міксома, гемангіома, кіста бартолінієвої залози: клініка, діагностика, класифікація, лікування.

33. Передракові захворювання зовнішніх статевих органів і піхви: лейкоплакія: клініка, діагностика, класифікація, лікування.

34. Крауроз вульви, хвороба Боуена, хвороба Педжета: клініка, діагностика, класифікація.

35. Доброякісні захворювання шийки матки: справжня ерозія шийки матки: кольпоскопічна картина, діагностика, лікування .

36. Проста лейкоплакія, поліпи шийки матки, ендометріоз шийки матки, посттравматичні зміни (ектропіон), екзо- та ендocerвіцити: кольпоскопічна картина, діагностика, лікування.

37. Передракові захворювання шийки матки: дисплазія шийки матки: кольпоскопічна картина (розширена кольпоскопія), етіологія, діагностика.
38. Передракові захворювання шийки матки: дисплазія шийки матки: класифікація.
39. Сучасні методи лікування дисплазії шийки матки (лазерна вапоризація, радіохвильова конізація), тактика ведення хворих.
40. Рак шийки матки: етіологія, клініка, діагностика, міжнародна класифікація раку тіла матки за системою TNM.
41. Лікування раку шийки матки: хірургічне (конізація, конусоподібна електроексізія шийки матки, екстирпація матки), променева терапія, хіміотерапія.
42. Профілактика раку шийки матки. Вакцинація проти раку шийки матки. Лікування рецидивів.
43. Рак шийки матки та вагітність: клініко-морфологічний статус, діагностика, лікування.
44. Рак вульви, піхви та вагітність.
45. Пухлини яєчників і вагітність: тактика ведення вагітності.
46. Променеві методи діагностики онкогінекологічних хворих, УЗД онкогінекологічних захворювань. Трансвагінальна ультразвукова доплерографія патології матки.
47. Рентгенівська комп'ютерна та магнітно-резонансна томографії в діагностиці онкогінекологічних захворювань. Комп'ютерна томографія з болюсним підсиленням: показання, протипоказання, методика проведення.
48. Променева терапія: радикальна та паліативна програми, симптоматична терапія. Методи лікування онкологічних хворих.
49. Внутрішньопорожнинна променева терапія: методики, недоліки. Дистанційна променева терапія.
50. Променева терапія окремих локалізацій раку геніталій: рак шийки матки, рак ендометрія, рак яєчників. Променеві реакції та ускладнення під час променевої терапії.

51. Використання лінійного прискорювача в онкогінекології.
52. Сучасні методи діагностики онкогінекологічних захворювань. Сучасні методи діагностики онкологічних хворих: молекулярна діагностика в разі захворювань шийки матки: визначення PDL-1 рецепторів.
53. Молекулярна діагностика в разі захворювань тіла матки: мікросателітна нестабільність, імуногістохімічні дослідження.
54. Молекулярна діагностика в разі захворювань яєчників – визначення BRCA-мутацій, профілактика онкологічних захворювань залежно від отриманих результатів.
55. Хірургічне лікування захворювань шийки матки: операція Вертгейма – показання, техніка виконання, ускладнення.
56. Хірургічне лікування захворювань тіла матки: лапароскопічна пангістеректомія з біопсією сигнальних лімфатичних вузлів, із використанням ICG – показання, техніка введення барвника, хід операції, можливі ускладнення.
57. Хірургічне лікування захворювань яєчників: циторедуктивні операції – показання, техніка виконання, ускладнення.
58. Поліхіміотерапія, таргетна та імунотерапія в онкогінекології: показання, критерії підбору препаратів, ускладнення.

СПИСОК РЕКОМЕНДОВАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ:

Основна література:

1. Онкологія /А. І. Шевченко та співавт. Нова книга, 2020. – 488 с.
2. Нікітіна І. М. Методичні вказівки з циклу тематичного вдосконалення «Гістероскопія» : лікарів-інтернів, лікарів-курсантів, акушерів-гінекологів, а також студентів спеціальності 222 «Медицина». – Суми : Сумський державний університет, 2022. – 101 с.
3. Кузьоменська М. Л. Оптимізація методів лікування лейоміоми матки в жінок репродуктивного віку : монографія / М. Л. Кузьоменська, І. М. Нікітіна. – Суми : Сумський державний університет, 2022. – 216 с.

4. Джеймс Абрагам. Клінічна онкологія : посібник Бетезди / Джеймс Абрагам, Джеймс Л. Галлі. – Київ : ВСВ «Медицина», 2021. – 277 с.

5. Довідник онколога: класифікація злоякісних пухлин за системою TNM : навчально-методичний посібник. – 8-ме видання / О. К. Толстанов та ін. – Житомир : ТОВ «Видавничий дім «Бук- Друк»», 2022. – 216 с.

Допоміжна література:

1. Clinical gynecologic oncology / Philip J Disaia, William T. Creasman, Rober S. Mannel and others. – Philadelphia, 2018. – 732 p.

2. An Atlas of gynecologic Oncology/ Investigation and surgery/ J. Richard Smith, Giuseppe Del Priore John Monaghan. – United Kindom , 2017. – 368 p.

3. Свінціцький В. С. Клінічні рекомендації з діагностики та лікування раку ендометрія / В. С. Свінціцький, О. П. Ренкас // Клінічна онкологія. – 2018. – Т. 8, № 3 (31). – Режим доступу: <https://www.clinicaloncology.com.ua/article/21717/klinichni-rekomendacii-z-diagnostiki-ta-likuvannya-raku-endometriya>.

4. Сучасні підходи до діагностики та лікування раку шийки матки. / В. С. Свінціцький, В. В. Приймак, О. П. Ренкас // Український медичний часопис. – 2020, 3(2) (137). – V/VI. – Режим доступу: <https://www.umj.com.ua/article/178064/suchasni-pidhodi-do-diagnostiki-ta-likuvannya-raku-shijki-matki>.

5. Бойко В. І. Сучасні підходи до діагностики та лікування доброякісних пухлин яєчників : навч. посіб. / В. І. Бойко, Н. В. Калашник, А. В. Бойко. – Суми : Сумський державний університет, 2019. – 267 с.

6. Experience of interscapulo thoracic amputation in patient with locally advanced breast cancer. Shevchenko V., Kopytsia T. XII international scientific and practical conference “Scientific Theories and Practices as an Engine of Modern Development”, Bratislava, Slovakia, 2024. – p. 124–126.

7. Umbilical metastasis (or sister Mary Joseph nodule) as a first manifestation of advanced ovarian cancer. Kopytsia T.V, Sevchenko V.P., Shevchenko

V.V. Priority directions of science and technology development. Proceedings of VIII international scientific and practical conference, 2021. – p. 99–101.

8. Оперативна гінекологія : навч. посіб. / Ю. С. Паращук, М. Г. Грищенко, В. Ю. Паращук, Р. А. Сафонов. – Харків : Харківський нац. мед. ун-т, 2017. – 132 с.

9. Ураження шийки матки на тлі інфікування вірусом папіломи людини: аспекти профілактики, діагностики та лікування / В. К. Кондратюк, Н. Є. Горбань, І. М. Нікітіна, К. О. Кондратюк // Репродуктивне здоров'я жінки. 2023. 6 (69):68–75. – Режим доступу: <https://journals.indexcopernicus.com/api/file/viewByFileId/1862783>.

10. Імуногістохімічні особливості раку яєчників / І. М. Нікітіна та ін. // Буковинський медичний вісник. 2023. Т. 27, № 3 (107). С. 122–125. DOI:10.24061/2413-0737.27.3.107.2023.20.

Інформаційні ресурси в мережі «Інтернет»:

1. Поліпи ендометрія у жінок репродуктивного віку – сучасний етіопатогенетичний погляд на проблему (огляд літератури) / І. М. Нікітіна та ін. // Актуальні питання педіатрії, акушерства та гінекології. – Тернопіль : ТНМУ, «Укрмедкнига», 2020. – № 2. – С. 111–118.

2. Клінічні аспекти збереження репродуктивного здоров'я жінок з гіперпроліферативною патологією ендометрія / І. М. Нікітіна, К. В. Микитин // Збірник наукових праць Асоціації акушерів-гінекологів України. – Рівне : ПП Естери, 2021. – № 2 (48). – С. 38–48.

3. Immunoglobulin indicators to viruses cytomegal and genital herpes in the blood serum of women with non-atypical endometrial hyperproliferative pathology. Nataliia E. Gorban, Irina B. Vovk, Iryna M. Nikitina, Valentina K. Kondratiuk, Nadiia O. Yemets. Wiadomości Lekarskie. 2020. Vol. LXXIII, No. 8. P. 1600-1604. DOI: 10.36740/Wlek202008102.

4. Estimation of relative risk of development and informativeness of diagnostic methods of hyperproliferative processes of endometrium. Alla V.

Boyчук, Tetiana V. Vereshchahina, Iryna M. Nikitina. Wiadomości Lekarskie. 2020. Vol. LXXIII, No. 9. P. 2004–2009. DOI: 10.36740/Wlek202009220.

5. Interdisciplinary interaction in maintaining the reproductive health in women with uterine leiomyoma. Iryna Yu. Karacharova, Tetiana M. Kozarenko, Maya A. Flakseberg, Alla G. Kornatska, Valentyna K. Kondratiuk, Iryna M. Nikitina. Wiadomości Lekarskie. 2021. Vol. LXXIV, No.5. P. 1152–1157. DOI: 10.36740/Wlek202105120.

6. Morphological changes of the endometrium in hyperplastic process in women of reproductive age. Tetiana V. Vereshchahina, Alla V. Boyчук, Yuliia B. Yakymchuk, Iryna M. Nikitina, Tetiana V. Datsko. Wiadomości Lekarskie. 2021. Vol. LXXIV, No.2. P. 388–394. DOI: 10.36740/Wlek202103102.

7. The state of reproductive health of women with hyperproliferative pathology of the endometrium. Iryna M. Nikitina, Nataliia Ye. Horban, Kseniia V. Mykytyn, Kateryna O. Kondratiuk, Svitlana A. Smiian, Nataliia V. Kalashnyk, Nadiya V. Gerevich. Wiadomości Lekarskie. 2021. Vol. LXXIV, No.9. P. 2076–2081. DOI: 10.36740/Wlek202109109.

8. Клінічні аспекти збереження репродуктивного здоров'я жінок з гіперпроліферативною патологією ендометрія / І. М. Нікітіна, К. В. Микитин // Збірник наукових праць Асоціації акушерів-гінекологів України. – Рівне : ПП Естеро, 2021. – № 2 (48). – С. 38–48.

9. Hartmans ageless operation and its effectiveness in patients with complicated colorectal cancer. Kopytsia T, Shevchenko V. XIII international scientific and practical conference “Innovative scientific research: balance of theory and practical application”. Brussels, Belgium. 2024; 113–116.

10. Sumtsov D, Skulbeda A, Sumtsov G, Nikitina I. Magnetic resonance and computer tomography in the diagnosis of primary fallopian tube cancer. East Ukr Med J. 2024;12(1):183–191. DOI: [https://doi.org/10.21272/eumj.2024;12\(1\):183–191](https://doi.org/10.21272/eumj.2024;12(1):183–191).

Електронне навчальне видання

Методичні вказівки
до практичних занять
із дисципліни за вибором «Онкогінекологія»
спеціальностей 222 «Медицина», 228 «Педіатрія»
очної форми здобуття вищої освіти

Відповідальна за випуск І. М. Нікітіна
Редакторка Т. Г. Чернишова
Комп'ютерне верстання І. М. Нікітіної

Формат 60×84/8. Ум. друк. арк. 12,79. Обл.-вид. арк. 8,45.

Видавець і виготовлювач
Сумський державний університет,
вул. Харківська, 116, м. Суми, 40007
Свідоцтво про внесення суб'єкта господарювання до Державного реєстру видавців,
виготовлювачів і розповсюджувачів видавничої продукції ДК № 8193 від 15.10.2024.