

**Міністерство охорони здоров'я України  
Вищий державний навчальний заклад України  
«Українська медична стоматологічна академія»**



**«Затверджено»**  
на засіданні кафедри онкології  
завідувач кафедри онкології  
д.мед.н., професор Баштан В.П.

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2018 \_р.

**МЕТОДИЧНІ ВКАЗІВКИ  
ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ  
ПІД ЧАС ПІДГОТОВКИ ДО ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ**

<i>Навчальна дисципліна</i>	<i>Онкологія</i>
<i>Модуль №</i>	<i>I</i>
<i>Змістовий модуль №</i>	<i>I</i>
<i>Тема заняття</i>	<b>Рак шийки матки</b>
<i>Курс</i>	<i>IV</i>
<i>Факультет</i>	<i>Стоматологічний</i>

**Полтава - 2018**

## **ТЕМА: РАК ШИЙКИ МАТКИ (РШМ).**

### **1. Актуальність теми.**

Рак шийки матки займає друге місце серед усіх злоякісних пухлин жіночих статевих органів. Завдяки масовим профілактичним оглядам, що широко проводяться в нашій країні, виявленню і лікуванню передракових процесів, захворюваність на рак шийки матки має тенденцію до зниження.

Враховуючи, що рак шийки матки відноситься до візуальних форм раків, а також завдяки високоінформативним методам діагностики, таким як цитологія, кольпоскопія, що є в кожній районній лікарні, є реальна можливість виявлення патології на ранній стадії, коли лікування можливе майже в 100% випадків. В зв'язку з цим, знання ранніх симптомів цієї патології, сучасних методів діагностики, адекватних методів лікування необхідно усім студентам медичних ВУЗів.

У світі сучасних поглядів на механізм розвитку ракового процесу вірусна інфекція розглядається як один із факторів канцерогенеза. Основна роль у розвитку раку шийки матки відводиться вірусу папіломи людини 16 і 18 типів, вірусу простого герпеса 2 серотипу. Ці дані, а також епідеміологічні дослідження допомогли сформуванню групи ризику. Знання останніх має велике значення у профілактиці раку. На сучасному рівні знань можна ставити питання про реальну можливість зниження до мінімуму захворюваності і смертності від раку шийки матки (Норвегія - виявляється лише преінвазивні карциноми).

### **2. Конкретні навчальні цілі:**

#### **Знати:**

- етіологію патогенез та епідеміологію раку шийки матки;
- форми раку шийки матки;
- клінічну класифікацію в залежності від розповсюдження пухлинного процесу за системою TNM;
- клінічну симптоматику раку шийки матки;
- основні методи лікування (хірургічне втручання, обсяг, комбіноване лікування, поєднано - променевий метод лікування);
- групи ризику.

#### **Вміти:**

- провести загальне об'єктивне та спеціальне гінекологічне обстеження хворих;
- визначити роль допоміжних методів діагностики у ранньому виявленні раку шийки матки;
- визначити стадію розповсюдження пухлинного процесу;
- вміти провести збір матеріалу для цитологічного дослідження;
- провести прицільну біопсію на шийці матки після розширеної кольпоскопії;

- провести диференційну діагностику;
- призначити індивідуальне лікування хворих на рак шийки матки в залежності від стадії поширення пухлини.

### 3. Базові знання, вміння, навички необхідні для вивчення теми (міждисциплінарна інтеграція).

Дисципліни	Знати	Вміти
<b>Анатомія</b>	Анатомію ШМ, кровопостачання та лімфатичну систему.	Оцінювати результати цитологічного та гістологічного досліджень біоптатів. Оцінювати результати функціональних проб, радіонуклідного дослідження, показників біохімічних та загальноклінічних аналізів крові й сечі. Проводити фізикальне та клінічне обстеження хворих на рак ШМ. Виконувати біопсію периферичних метастатичних лімфатичних лімфовузлів, забір мазків цитологічне дослідження.
<b>Гістологія</b>	Структуру епітелію ШМ (кількість шарів, рядів, їх зовнішній вигляд, базальна мембрана)	
<b>Хірургія</b>	Загальні принципи хірургічного втручання	
<b>Патологічна анатомія</b>	Гістологічну структуру пухлини ШМ	
<b>Загальна фізіологія</b>	Норми функції жіночих статевих органів.	
<b>Патологічна фізіологія</b>	Патологія функції жіночих статевих органів.	
<b>Терапія</b>	Методи загального обстеження хворих	
<b>Гінекологія</b>	Спеціальні гінекологічні дослідження, доброякісні та передракові захворювання.	

### 4. Завдання для самостійної роботи під час підготовки до заняття.

#### 4.1. Перелік основних термінів, параметрів, характеристик які повинен знати студент.

##### Термінологія

Українська мова	Російська мова	Латинська мова
Рак шийки матки	Рак шейки матки	Ca colli uteri
Біопсія прицільна	Биопсия прицельная	Byopsia
Преівазійна карцинома	Преинвазивная карцинома	Ca in situ
Кольпоскопія	Кольпоскопия	Colposcopia

Розширена екстирпація матки з придатками	Расширенная экстирпация матки с придатками	Hysterectomy
--	--	--------------

#### 4.2. Теоретичні питання до заняття.

1. Анатомія матки.
2. Кровообіг, лімфовідтік.
3. Гістологічні структури пухлин шийки матки зустрічається найчастіше?
4. Об'єм обстежень хворих на РШМ.
5. Куди найчастіше метастазує РШМ.
6. Основні методи лікування РШМ.
7. Поєднано-променева терапія хворих на РШМ.
8. Прогноз.
9. Реабілітація.
10. Профілактика.

#### 4.3. Перелік навчальних практичних завдань, які необхідно засвоїти на практичному занятті:

1. Огляд шийки матки у дзеркалах.
2. Бімануальне піхве обстеження.
3. Ректальне дослідження з вивченням стану параметрів та їх залежності від кісток таза.
4. Збір матеріалу для цитологічного дослідження.
5. Біопсія шийки матки.

#### Професійні алгоритми щодо оволодіння навичками та вміннями

Завдання	Вказівки	Примітка
Оволодіти методикою кольпоскопічного обстеження хворих з доброякісною передраковою патологією та РШМ.	Виконувати в такій послідовності: -взяти ложкоподібні дзеркала Сімпса; -вивести ШМ для огляду; -навести кольпоскоп, включити освітлення; -проаналізувати стан епітелію, залоз, судин. -обробити ШМ розчином Люголя або 3% розчином оцтової кислоти. -повторити обстеження стану епітелію, залоз, судин.	Звернути увагу на зміну кольору тканин, характер судин, наяву набряку та інше.

## **Зміст теми.**

### **Патологічна анатомія.**

Існує думка, що в своєму розвитку рак шийки матки проходить ряд етапів. Більшість з них розрізняються лише морфологічно.

Тому доцільно патологічну анатомію раку шийки матки зобразити студентам у такій послідовності:

1. Фонові процеси:
  - а) псевдоерозії різних стадій;
  - б) лейкоплакія (без атипії, проста);
  - в) поліп шийки матки.
2. Передраковий процес:
  - а) дисплазія епітелію легкого ступеня;
  - б) дисплазія епітелію середнього ступеня;
  - в) дисплазія епітелію важкого ступеня;
3. Внутрішньоепітеліальний рак.
4. Мікроінвазивний рак.
5. Інвазивний рак
  - а) плоскоклітинний роговіючий;
  - б) плоскоклітинний нероговіючий;
  - в) аденокарцинома;
  - г) світло клітинний;
  - д) диморфний – залозисте – плоскоклітинний.

Початкової стадії раку шийки матки часто мають форму виразки, яку клінічно розцінюють як псевдо ерозію шийки матки. Водночас бувають доклінічні інвазивні процеси, які при огляді шийки матки в дзеркалах не визначаються. Клінічно виражений рак шийки матки має екзофітну, ендофітну та змішану форми росту.

**Епідеміологія.** Захворюваність на рак шийки матки характеризується широкою різноманітністю. Рак шийки матки часто трапляється серед негритянок, рідше серед європейських жінок, дуже рідко хворіють жінки, що не жили статевим життям. Високим є показник захворюваності на рак шийки матки серед жінок легкої поведінки. Висока захворюваність в Україні (21,4 %), досить низька – у Таджикистані (6,2 %). Останнім часом намітилась тенденція на зниження захворюваності на рак шийки матки. Середній вік хворих на рак шийки матки – 50 років. Захворюваність на РШМ на Полтавщині у 2000р. складала 17,6 на 100 000 жіночого населення, по Україні відповідно 17,8.

**Етіологія.** Слід довести студентам, що серед факторів виникнення раку шийки матки домінують зовнішні чинники. Донедавна вважали, що захворювання розвивається внаслідок частих пологів, тому його називали ще "хворобою матерів". Тепер вивчається роль багатьох інших етіологічних факторів: часу початку статевого життя, сексуальної активності, частоти

зміни статевих партнерів, обрізання, венеричних захворювань, канцерогенної дії смегми.

Існує думка, що причиною розвитку раку шийки матки є інфікування вірусом Гермеса простого 2-серо типу (ВГП-2) або вірусом папіломи людини (ВП-Л). Вірус ВГП-2 широко розповсюджений в людській популяції, може довго перебувати в латентній формі. Потрапляючи у смегму, вірус передається статевим шляхом. У жінок, хворих на рак шийки матки, антитіла до ВГП-2 трапляються в 84 % випадків. У дівчаток антитіл до ВГП-2 не виявлено.

Експериментально встановлено, що навіть одноразове введення ВГП-2 у піхву миші може викликати рак шийки матки. Ці та деякі інші дані свідчать про те, гіпотеза про вірусний генез плоскоклітинного раку шийки матки знаходить щораз більше підтверджень. Велике значення має порушення ендокринної та імунної системи. Науковими роботами Г.О. Вакуленко також встановлене негативне значення хламідіозу, трихомоніазу, гарднерельозу та інше.

### Класифікація раків шийки матки

(код МКХ - О С53) за системою TNM (5-е видання, 1997р) та FIGO.

#### TNM Клінічна класифікація

##### T – Первинна пухлина

TNM категорії	FIGO стадії	Ознаки
T <sub>x</sub>		Не досить даних для оцінки первинної пухлини
T <sub>0</sub>		Первинна пухлина не визначається
T <sub>is</sub>	0	Преінвазійна карцинома ( <i>carcinoma in situ</i> )
T <sub>1</sub>	I	Пухлина обмежена шийкою матки (поширення на тіло матки не враховується)
T <sub>1a</sub>	IA	Інвазійна карцинома, яка діагностується тільки мікроскопічно. Усі макроскопічно видимі зміни, навіть при поверхневій інвазії, належать до T <sub>1b</sub> (стадія IB)
T <sub>1a1</sub>	IA <sub>1</sub>	Інвазія строми не більше, ніж 3мм у глибину і горизонтальне поширення не більше, ніж на 7мм
T <sub>1a2</sub>	IA <sub>2</sub>	Інвазія строми понад 3мм, але не більше, ніж на 5мм у глибину і горизонтальне поширення не більше, ніж на 7мм
T <sub>1b</sub>	IB	Клінічно видиме ураження шийки матки, або мікроскопічне ураження більше, ніж при T <sub>1a2</sub> (стадія IA <sub>2</sub> )
T <sub>1b1</sub>	IB <sub>1</sub>	Клінічно видиме ураження розміром не більше, ніж 4см у найбільшому вимірі
T <sub>1b2</sub>	IB <sub>2</sub>	Клінічно видиме ураження розміром понад 4см у найбільшому вимірі
T <sub>2</sub>	II	Пухлина поширюється за межі матки, але без проростання стінки таза або нижньої третини піхви

<b>T<sub>2a</sub></b>	<b>IIA</b>	Без інвазії параметрія
<b>T<sub>2b</sub></b>	<b>IIB</b>	З інвазією параметрія
<b>T<sub>3</sub></b>	<b>III</b>	Пухлина поширюється на стінку таза і/або на нижню третину піхви і/або призводить до гідронефрозу, або не функціонуючої нирки
<b>T<sub>3a</sub></b>	<b>IIIA</b>	Пухлина уражає нижню третину піхви, але не поширюється на стінку таза
<b>T<sub>3b</sub></b>	<b>IIIB</b>	Пухлина уражає нижню третину піхви, але не поширюється на стінку таза
<b>T<sub>4</sub></b>	<b>IVA</b>	Пухлина проростає в слизовий шар сечового міхура чи прямої кишки і/або поширюється поза межі малого тазу
<b>N<sub>1</sub></b>	<b>IIB</b>	Метастази в 1-3 регіонарних лімфовузлах
<b>M<sub>1</sub></b>	<b>IVB</b>	Віддалені метастази

**N — Регіонарні лімфатичні вузли.**

**N<sub>x</sub>** — недостатньо даних для оцінки стану регіонарних лімфатичних вузлів

**N<sub>0</sub>** — немає ознак ураження регіонарних лімфатичних вузлів

**N<sub>1</sub>** — наявні метастази в 1-3 регіонарних лімфатичних вузлах

**M — Віддалені метастази**

**M<sub>x</sub>** — недостатньо даних для визначення віддалених метастазів

**M<sub>0</sub>** — віддалені метастази не визначаються

**M<sub>1</sub>** — наявні віддалені метастази

### **pTNM Патоморфологічна класифікація**

Категорії **pT**, **pN** та **pM** відповідають категоріям **T**, **N** та **M**

**pN<sub>0</sub>** — Матеріал для гістологічного дослідження після тазової лімфаденектомії повинен включати не менше 10 лімфатичних вузлів.

### **G — Гістопатологічна градація**

**G<sub>x</sub>** — Ступінь диференціації не може бути визначений

**G<sub>1</sub>** — Високий ступінь диференціації

**G<sub>2</sub>** — Середній ступінь диференціації

**G<sub>3</sub>** — Низький ступінь диференціації

**G<sub>4</sub>** — Недиференційована пухлина

## Групування за стадіями

Стадія 0	T <sub>is</sub>	N <sub>0</sub>	M <sub>0</sub>
Стадія IA	T <sub>1a</sub>	N <sub>0</sub>	M <sub>0</sub>
Стадія IA <sub>1</sub>	T <sub>1a1</sub>	N <sub>0</sub>	M <sub>0</sub>
Стадія IA <sub>2</sub>	T <sub>1a2</sub>	N <sub>0</sub>	M <sub>0</sub>
	T <sub>1b</sub>	N <sub>0</sub>	M <sub>0</sub>
	T <sub>1b1</sub>	N <sub>0</sub>	M <sub>0</sub>
	T <sub>1b2</sub>	N <sub>0</sub>	M <sub>0</sub>
Стадія IIA	T <sub>2a</sub>	N <sub>0</sub>	M <sub>0</sub>
Стадія IIB	T <sub>2b</sub>	N <sub>0</sub>	M <sub>0</sub>
Стадія IIIA	T <sub>3a</sub>	N <sub>0</sub>	M <sub>0</sub>
Стадія IIIB	T <sub>1</sub>	N <sub>1</sub>	M <sub>0</sub>
	T <sub>2</sub>	N <sub>1</sub>	M <sub>0</sub>
	T <sub>3a</sub>	N <sub>1</sub>	M <sub>0</sub>
	T <sub>3b</sub>	будь-яке N	M <sub>0</sub>
Стадія IVA	T <sub>4</sub>	будь-яке N	M <sub>0</sub>
Стадія IVB	будь-яке T	будь-яке N	M <sub>1</sub>

**Клініка.** Доінвазивний та мікроінвазивний рак і навіть перші його стадії перебігають безсимптомно. Ці стадії називають доклінічним раком. Скарги на болі, уплави та кровотечі (тріада симптомів раку шийки матки) характерні для пізнього, часто інкурабельного раку. Симптоми раку шийки матки називаються симптомами смерті.

- **Уплави**, а навіть контактні кров'янисті виділення можуть спостерігатися у хворих з доінвазивним чи початковим раком шийки матки, але їх генез частіше зумовлений наявністю фонових процесів. При клінічному раку уплави мають вигляд м'ясних помий. Вони є наслідком витікання лімфи і крові при розпаді пухлин.
- **Кровотечі** виникають при травмі пухлини (контактні), а також при розпаді пухлини.
- **Болі у хворих** при доклінічному раку шийки матки відсутні, а якщо з'являються то є наслідком загострення запального процесу геніталій. При проростанні процесу в параметрії стискується магістральний нерв, з'являється нестерпний біль, що віддає у ногу чи спину. Виражені інфільтрати в параметрії, перетискуючи сечовід, зумовлюють розвиток гідро - та піонефрозу.

**Діагностика.** Гінекологічний огляд здійснюється за допомогою ложкоподібних дзеркал та дворучним дослідженням через піхву. Під час огляду в дзеркалах студенти визначають форму вагінальної частини шийки матки, її анатомічний стан, розміри. Важливим симптомом раку при огляді шийки матки є її кровоточивість при дотику тампоном. Дворучне вагінальне дослідження при внутрішньо епітеліальному та початково-інвазивному раку не є інформативним. У хворих з вираженим клінічним процесом шийки



матки щільна або хрящовидна, наявні кратер, інфільтрація. Обов'язковим елементом огляду хворої з підозрінням на рак шийки матки є дослідження через пряму кишку (ректовагінальне та ректочеревне), що дає змогу краще оцінити шийку матки, а також визначити стан бокових і заднього параметріїв. Дослідження хворих на рак шийки матки через пряму кишку допомагає уточнити стадію процесу.

Методом ранньої діагностики раку шийки матки є цитологічне дослідження секрету цервікального каналу та шийки матки. Мікроскопові оцінка фарбованих мазків шийки матки, за Папаниколау, передбачає п'ять класів, характеристика, яких зводиться до наступного:

- I тип – здорова;
- II тип – елементи запалення;
- III тип – підозріння на рак;
- IV тип – рак, але непереконливо;
- V тип – переконливо, рак.

До методів ранньої діагностики раку шийки матки належить кольпоскопія. Метод передбачає огляд шийки матки і піхви при 8 – 32 кратному збільшенні кольпоскопа. Кольпоскопія дозволяє виявити патологічні зміни у піхвовій частині шийки матки, підозрілі злоякісні переродження, а також проводити прицільні зіскоби та біопсію. При кольпоскопії у цієї групи хворих виявляються різні види атипічного епітелію, що виглядають слідуючим чином:

1. Проліферуюча лейкоплакія.
2. Поля атипічного епітелію.
3. Папілярна зона атипічного епітелію.
4. Зона трансформації атипічного епітелію.
5. Атипічні судини.

### **Диференційний діагноз.**

- Рак тіла матки;
- Передракові захворювання (псевдоерозія, папілома, дисплазія, лейкоплакія);
- Сифіліс;
- Неспецифічне запалення шийки матки;

### **Лікування.**

Вибір методу лікування хворих залежить від стадії поширення пухлинного процесу, а також від загального стану хворих. Існує оперативний, комбінований, поєднано-променевиий і комплексний методи лікування хворих.

**Преінвазивний рак** – підлягає оперативному лікуванню: електроконізація, ампутація шийки матки.

При першій та другій стадії (маточний варіант) проводиться комбіноване лікування. Операція розширена екстирпація матки з придатками по методу Вертгейма – Губарева. При цій операції проводиться видалення тіла матки з шийкою і верхньої третини піхви, придатки, а також проводиться лімфаденектомія (видалення клітчатки та розташованих у ній лімфовузлів) по ходу підвздошних судин у запиратильній ямці. Після операції проводиться дистанційна променева терапія. Існують методики передопераційної променевої терапії.

При II та III стадіях раку шийки матки проводиться поєднано-променева терапія, яка складається з зовнішнього опромінювання та внутрішньо порожнинних аплікацій радіоактивних препаратів.

Очакова доза променевої терапії у точках А (місце перетину маточної артерії і сечоводу – 7500 – 8000 Рад (75 – 80Гр) у точці В – 5000 – 6000 рад (50 – 60Гр). При III стадії II доза променевої терапії повинна бути вища.

При IV стадії можливі паліативні курси поліхіміотерапії і симптоматичне лікування.

## **Матеріали для самоконтролю.**

### **А. Питання для самоконтролю.**

1. Перелічіть етіологічні фактори РШМ.
2. Які клінічні симптоми у хворих на РШМ.
3. Клінічна класифікація РШМ.
4. Назвіть додаткові методи обстеження хворих на РШМ.
5. Роль кольпоскопії у ранній діагностиці РШМ.
6. Що таке прицільна біопсія?
7. Хірургічний метод лікування РШМ. Назвіть класичну операцію при цій патології та авторів, що її запропонували.
8. Комбіноване лікування хворих.
9. Поєднано – променевий метод лікування хворих на РШМ.

## **Рекомендована література:**

### **а) Основна**

1. Онкологія. За ред. В.П. Баштана, А.Л. Одабаш'яна, П.В. Шелешка. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2003. – 313 с.
2. Онкологія. За ред. Б.Т. Білинського, Ю.М. Стернюка, Я.В. Шпарика. – Київ: Здоров'я, 2004. – 527 с.
3. Галайчук І.Й. Клінічна онкологія. Частина І: Посібник. – Тернопіль: «Укрмедкнига», 2003. – 276 с.
4. Онкологія. За ред. І.Б.Щепотіна. – Київ: «Книга плюс», 2006. – 496 с.
5. Лекції з клінічної онкології. Том 1. (Пухлини травного тракту).  
Учбовий посібник для студентів 5-6 курсів, інтернів та сімейних лікарів. За редакцією академіка АМН України професора Бондаря Г.В. – Донецьк: ООО «Норд Комп'ютер», - 2006. – 255 с.

### **б) Додаткова**

1. Вибрані лекції з клінічної онкології. За ред. проф. Г.В.Бондаря і проф. С.В.Антіпової. Луганськ, 2009.
2. Стандарти діагностики і лікування онкологічних хворих. Затверджено наказом Міністерства охорони здоров'я України «Про затвердження протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Онкологія» від 17.09. 2007 № 554. - 199 с.
3. Я.В.Бохман. Руководство по онкогинекологии. Ленинград, "Медицина", 1989 г.
4. Онкогинекология: Руководство для врачей. / Под ред. З.Ш. Гилязутдиновой и М.К. Михайлова. – М.: Медпресс, 2000. – 384 с.

### **в) Методична**

- В.Є. Мілерян. - Методичні основи підготовки проведення навчальних занять в медичних вузах (методичний посібник).- Київ, Хрещатик. – 2003. – 80с.**5.**

## **Б. Тести вихідного рівня знань по темі: “Рак шийки матки” (РШМ).**

I. Назвіть найбільш поширенні причинні фактори у виникненні РШМ:

1. запальна;
2. вірусна;
3. гормональна;
4. ембріональна;
5. механічна;
6. спадковість;
7. порушення харчування.

II. Кровопостачання шийки матки здійснюється за рахунок:

1. оваріальна артерія;
2. маточна артерія;
3. здухвинна артерія;
4. піхвова артерія.

III. Назвіть найбільш поширенні скарги у хворих на РШМ:

1. уплави;
2. кровотеча;
3. дисфункція кишківника;
4. дізуричні проблеми;
5. кров'янисті виділення;
6. біль;
7. нудота та блювота.

IV. Яка клінічна група свідчить про оздоровлення хворих на РШМ:

1. II-а
2. III
3. IV

V. Найбільш відомі фактори ризику по РШМ:

1. часті пологи та аборти;
2. нейрогормональні порушення;
3. вірусне інфікування;
4. тютюнопаління;
5. рання менопауза.

VI. Лейкоплакія з атипією клітинних елементів слід віднести:

1. нормальний стан;
2. доброякісне захворювання;
3. передрак;

4. преінвазивний рак;
5. інвазивний рак.

VII. По гістологічній структурі РШМ переважно:

1. залозистий;
2. солідний;
3. фіброзний;
4. плоскоклітинний;
5. перехідно – клітинний.

VIII. Вкажіть найбільш інформативні методи обстеження хворих на РШМ:

1. кольпоскопія;
2. рентгенографія легень;
3. цитологічне дослідження;
4. УЗД;
5. біопсія;
6. ретророманоскопія;
7. лапароскопія.

IX. Передракові захворювання у хворих на РШМ:

1. ерозія шийки матки;
2. поліп шийки матки;
3. дисплазія епітелію шийки матки;
4. ендометріоз шийки матки;
5. бородавчата лейкоплакія шийки матки;
6. цервіцит.

X. Найбільш поширенні методи лікування хворих на РШМ:

1. хірургічний;
2. хіміотерапевтичний;
3. гормонотерапія;
4. поєднано – променева терапія;
5. імунотерапія.

**Правильні відповіді:**

I) 1,2. II) 2. III) 1,5. IV) 2. V) 1,3. VI) 4. VII) 4. VIII) 1,3,5. IX) 3,6. X) 1,5.

## **В. Ситуаційні задачі для самоконтролю.**

### **Задача № 1 (№ 406).**

Хвора 50 років скаржиться на біль, сукровичні виділення із піхви. При огляді шийка матки гіпертрофована, у ділянці зовнішнього зіву кратероподібна виразка, шийка хрящевидної щільності, тіло матки обмежене в рухливості, ліворуч у параметральній клітковині - інфільтрат, який досягає стінки таза. Попередній діагноз. Які потрібні додаткові дослідження? План лікування.

### **Задача № 2 (№ 407).**

Хвора 46 років скаржиться на контактні кровотечі, біль внизу живота. В анамнезі 3 пологів. Гінекологічний огляд: шийка матки деформована, ектропіон передньої губи, ліворуч-розрив шийки до склепіння. В ділянці зовнішнього зіву - папіломатозне розростання, яке переходить на склепіння піхви. Тіло матки відхилене назад. При біопсії - плоскоклітинний зроговілий рак. Діагноз. План лікування.

### **Задача № 3.**

Хвора Л., 22р., звернулась зі скаргами на постійні кров'яністі виділення із статевих органів на протязі останнього місяця. До лікаря – гінеколога звертається вперше. Менструація з 12 р. по 5 – 6 днів, помірні, без болю. Вагітностей не було. При огляді у дзеркалах на шийці матки є пухлина, яка кровить при дотиці, розміром до 7 см у діаметрі. Пальпаторно пухлина щільна, бугриста, помірно рухлива.

#### **Запитання:**

1. Попередній діагноз? Стадія?
2. Допоміжні методи обстеження, які повинні підтвердити клінічний діагноз?

### **Задача № 4.**

Хвора П., 48р., яка мала 5 пологів та 12 абортів, помітила дотикові кров'яністі виділення на протязі останніх 2 місяців. Звернулась до лікаря – гінеколога. На шийці матки виявлено екзофітну пухлину до 5 см у діаметрі з розростаннями по типу "кольорової капусти". При дотиці кровить. Зліва пухлина доходить до піхви. При ректовагінальному обстеженні зліва визначається інфільтрат, який не доходить до стінок тазу. Взята біопсія. Гістологічно: плоскоклітинний ороговіваючий рак шийки матки.

#### **Запитання:**

1. Діагноз, стадія.
2. Лікарська тактика.
3. Прогноз.

### **Задача № 5.**

Хвора Т., 62р., поступила у гінекологічне відділення зі скаргами на кров'яністі виділення із статевих органів, які з'явилися у період менопаузи (10р.) Пологів – 3, абортів 10. Гінекологічне обстеження виявило виразковість на шийці матки до 3 см у діаметрі, яка дотиково кровить. Пальпаторно ШМ щільна, бугриста, має бочковидну форму. Тіломатки та придатки без особливостей.

#### **Запитання:**

1. Попередній діагноз? Форма пухлини?
2. Допоміжні обстеження, які дадуть змогу поставити правильний діагноз?

**Задача № 6.**

Хвора К., 32р., прийшла на прийом у кабінет патології ШМ. 3 місяці тому у неї була виявлена ерозія ШМ. Хвора обстежена, взята біопсія. Гістологія: стаціонарний ендocerвікоз. Проведена діокоагуляція ерозії ШМ. На момент обстеження було виявлена виразковість у області внутрішнього маточного зева до 1 см. Дотиково кровоточить. Кольпоскопія виявила папілярну зону атипового епітелію. Взяті мазки на цитологію. Виявлені клітини плоскоклітинного неороговіваючого раку ШМ.

**Запитання:**

1. Де повинна бути обстежена хвора далі?
2. Попередній діагноз?
3. Можливі лікарські помилки?

**Задача № 7.**

Хвора К., 42 р., була обстежена на онкопрофоглядів у міській поліклініці, де у неї виявлено ерозію ШМ. Пологів – 2, абортів – 5. Хвору направлено на обстеження до лікаря жіночої консультації.

**Запитання:**

1. План обстеження хворої.
2. Хто здійснює профогляди у міських та районних лікарнях?
3. Попередній діагноз.

**Задача № 8.**

У жінки, яка мала пологи, 33р., у оглядовому кабінеті поліклініки виявили ерозію ШМ.

**Запитання:**

1. Які ще захворювання ШМ можуть переродитися у рак?
2. Який лікар і по якій формі повинен взяти хвору на диспансерний огляд?

**Задача № 9.**

Хвора 50р., скаржиться на болі, сукровичні виділення із піхви. При огляді ШМ гіпертрофована, у області зовнішнього зева виявлено кратероподібну язву ШМ – хрящовинної щільності, тіло матки у рухах обмежено, зліва у параметральній клітковині – інфільтрат, який сягає стінок тазу.

**Запитання:**

1. Попередній діагноз?
2. Які потрібні допоміжні дослідження?
3. План лікування.

**Задача № 10.**

Жінка 28р. звернулася до гінеколога з приводу кров'янистих виділень із піхви. Вагітність 9 тижнів. При огляді – у області ШМ дефект епітелію з папіломатозним розростанням, яке легко кровоточить. Матка рухома, інфільтратів у параметральній клітковині немає.

**Запитання:**

1. Попередній діагноз?
2. Які потрібні допоміжні дослідження?
3. План лікування.