

**Министерство здравоохранения Украины
Высшее государственное учебное заведение Украины
«Украинская медицинская стоматологическая академия»**



«Утверждено»
на заседании №1 кафедры онкологии
Заведующий кафедры онкологии
д.мед.н., профессор Баштан В.П.

«___»_____ 2018г.

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ
ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТОВ
ВО ВРЕМЯ ПОДГОТОВКИ К ПРАКТИЧЕСКОМУ ЗАНЯТИЮ**

<i>Учебная дисциплина</i>	<i>Онкология</i>
<i>Модуль №</i>	<i>I</i>
<i>Смысловой модуль №</i>	<i>3</i>
<i>Тема занятия</i>	Рак шейки матки
<i>Курс</i>	<i>V</i>
<i>Факультет</i>	<i>Медицинский №1, №2</i>

Полтава - 2018

ТЕМА: РАК ШЕЙКИ МАТКИ (РШМ).

1. Актуальность темы.

Рак шейки матки занимает второе место среди всех злокачественных опухолей женских половых органов.

Учитывая, что рак шейки матки относится к визуальным формам раков, а также благодаря высокоинформативным методам диагностики, таким как цитология, кольпоскопия, которые имеются в каждой районной больнице, есть реальная возможность выявления патологии на ранней стадии, когда излечение возможно почти в 100% случаев. В этой связи, знание ранних симптомов, современных методов диагностики, адекватных методов лечения этой патологии необходимо всем студентам медицинских Вузов.

Согласно современных взглядов на механизм развития ракового процесса вирусная инфекция рассматривается как один из факторов канцерогенеза. Основная роль в развитии рака шейки матки отводится вирусу папилломы человека 16 и 18 типов, вируса простого герпеса 2 серотипа. Эти данные, а также эпидемиологические исследования помогли сформировать группы риска. Знание последних имеет большое значение в профилактике рака. На современном уровне знаний можно ставить вопрос о реальной возможности снижения к минимуму заболеваемости и смертности от рака шейки матки (Норвегия - выявляются лишь преинвазивные карциномы).

2. Конкретные учебные цели:

Знать:

- этиологию, патогенез и эпидемиологию рака шейки матки;
- формы рака шейки матки;
- клиническую классификацию в зависимости от распространения опухолевого процесса по системе TNM;
- клиническую симптоматику рака шейки матки;
- методы диагностики РШМ;
- основные методы лечения (хирургическое вмешательство, объем, комбинированное лечение, сочетанно - лучевой метод лечения);
- группы риска.

Уметь:

- провести общее объективное и специальное гинекологическое обследование больных;
- определить роль вспомогательных методов диагностики при раннем выявлении рака шейки матки;
- определить стадию распространения опухолевого процесса;
- уметь провести сбор материала для цитологического исследования;
- провести прицельную биопсию на шейке матки после расширенной кольпоскопии;
- провести дифференциальную диагностику;

- назначить индивидуальное лечение больных раком шейки матки в зависимости от стадии распространения опухоли.

3. Базовые знания, умения, навыки необходимые для изучения темы (междисциплинарная интеграция).

Дисциплины	Знать	Уметь
Анатомия	Анатомию ШМ, кровоснабжение и лимфатическую систему.	Оценивать результаты цитологического и гистологического исследований биоптатов. Оценивать результаты функциональных проб, радионуклидного исследования, показателей биохимических и общеклинических анализов крови и мочи. Проводить физикальное и клиническое обследование больных раком ШМ. Выполнять биопсию периферических метастатических лимфатических лимфоузлов, забор мазков, цитологическое исследование.
Гистология	Структуру эпителия ШМ (количество слоев, рядов, их внешний вид, базальная мембрана)	
Хирургия	Общие принципы хирургического вмешательства	
Патологическая анатомия	Гистологическую структуру опухоли ШМ	
Общая физиология	Нормы функции женских половых органов.	
Патологическая физиология	Патология функции женских половых органов.	
Терапия	Методы общего обследования больных	
Гинекология	Специальные гинекологические исследования, доброкачественные и предраковые заболевания.	

4. Задание для самостоятельной работы во время подготовки к занятию.

4.1. Перечень основных сроков, параметров, характеристик которые должен знать студент.

Терминология

Украинский язык	Русский язык	Латинский язык
Рак шийки матки	Рак шейки матки	Ca colli uteri
Біопсія прицільна	Биопсия прицельная	Byopsia
Преінвазійна карцинома	Преинвазивная карцинома	Ca in situ

Кольпоскопия	Кольпоскопия	Colposcopia
Розширена екстирпація матки з придатками	Расширенная экстирпация матки с придатками	Hysterectomy

4.2. Теоретические вопросы к занятию.

1. Анатомия матки.
2. Кровоснабжение, лимфоотток.
3. Гистологические структуры опухолей шейки матки.
4. Объем обследований больных РШМ.
5. Куда чаще всего метастазирует РШМ.
6. Основные методы лечения РШМ.
7. Сочетанно-лучевая терапия больных РШМ.
8. Прогноз.
9. Реабилитация.
10. Профилактика.

4.3. Перечень учебных практических заданий, которые необходимо усвоить на практическом занятии:

1. Осмотр шейки матки в зеркалах.
2. Бимануальное влагалищное обследование.
3. Прямокишечное исследование с изучением состояния параметриев и их зависимости от костей таза.
4. Забор материала для цитологического исследования.
5. Биопсия шейки матки.

Профессиональные алгоритмы относительно овладения навыками и умениями

Задание	Указания	Примечание
Овладеть методикой кольпоскопического обследования больных с доброкачественной предраковой патологией и РШМ.	Выполнять в такой последовательности: -взять ложкообразные зеркала Симпса; -вывести ШМ для обзора; -навести кольпоскоп, включить освещение; -проанализировать состояние эпителия, желез, сосудов. -обработать ШМ раствором Люголя или 3% раствором уксусной кислоты. -повторить обследование состояния эпителия, желез, сосудов.	Обратить внимание на смену цвета тканей, характер сосудов, наличие отека и другое.

Содержание темы.

Патологическая анатомия.

Существует мысль, что в своем развитии рак шейки матки проходит ряд этапов. Большинство из них различается лишь морфологически.

Потому целесообразно патологическую анатомию рака шейки матки изобразить студентам в такой последовательности:

1. Фоновые процессы:
 - а) псевдоэрозии разных стадий;

- б) лейкоплакия (без атипии, простая);
 - в) полип шейки матки.
2. Предраковый процесс:
- а) дисплазия эпителия легкой степени (CIN I);
 - б) дисплазия эпителия средней степени (CIN II);
 - в) дисплазия эпителия тяжелой степени (CIN III);
3. Внутриэпителиальный рак.
4. Микроинвазивный рак.
5. Инвазивный рак
- а) плоскоклеточный ороговевающий;
 - б) плоскоклеточный неороговевающий;
 - в) аденокарцинома;
 - г) светлоклеточный;
 - д) диморфный – железисто-плоскоклеточный.

Начальные стадии рака шейки матки часто имеют форму язвы, которую клинически расценивают как псевдоэрозию шейки матки. В то же время бывают доклинические инвазивные процессы, которые при обзоре шейки матки в зеркалах не определяются. Клинически выраженный рак шейки матки имеет экзофитную, эндофитную и смешанную формы роста.

Эпидемиология. Заболеваемость раком шейки матки характеризуется широким разнообразием. Рак шейки матки часто случается среди негритянок, реже среди европейских женщин, очень редко болеют женщины, которые не жили половой жизнью. Высоким является показатель заболеваемости раком шейки матки среди женщин легкого поведения. Высокая заболеваемость в Украине (21,4 %), достаточно низкая – в Таджикистане (6,2 %). В последнее время наметилась тенденция на снижение заболеваемости раком шейки матки. Средний возраст больных раком шейки матки – 50 лет. Заболеваемость РШМ на Полтавщине в 2000р. составляла 17,6 на 100 000 женского населения, по Украине соответственно 17,8. Последние годы имеется рост заболеваемости по РШМ – 20,7 на 100 тыс. населения (2008 г.).

Этиология. Следует доказать студентам, что среди факторов возникновения рака шейки матки доминируют внешние факторы. До недавнего времени считали, что заболевание развивается в результате частых родов, потому его называли еще "болезнью матерей". Теперь изучается роль многих других этиологических факторов: времени начала половой жизни, сексуальной активности, частоты смены половых партнеров, обрезания, венерических заболеваний, канцерогенного действия смегмы.

Существует мнение, что причиной развития рака шейки матки является инфицирование вирусом А Герпеса простого 2-серо типа (ВГП-2) или вирусом папилломы человека (ВП-ч). Вирус ВГП-2 широко распространен в человеческой популяции, может долго находиться в латентной форме. Попадая в смегму, вирус передается половым путем. У женщин, больных раком шейки матки, антитела к ВГП-2 случаются в 84 % случаев. У девочек антител к ВГП-2 не обнаружено.

Классификация раков шейки матки
(код МКХ - О С53) по системе TNM (5-ое издание, 1997р) и FIGO.

TNM Клиническая классификация

T – Первичная опухоль

TNM категории	FIGO стадии	Признаки
T_x		Не достаточно данных для оценки первичной опухоли
T₀		Первичная опухоль не определяется
T_{is}	0	Преинвазийна карцинома (<i>carcinoma in situ</i>)
T₁	I	Опухоль ограничена шейкой матки (распространение на тело матки не учитывается)
T_{1a}	IA	Инвазивная карцинома, которая диагностируется только микроскопически. Все макроскопические видимые изменения, даже при поверхностной инвазии, принадлежат к T _{1b} (стадия IB)
T_{1a1}	IA₁	Инвазия стромы не более, чем 3мм в глубину и горизонтальное распространение не более, чем на 7мм
T_{1a2}	IA₂	Инвазия стромы более 3мм, но не более, чем на 5мм в глубину и горизонтальное распространение не более, чем на 7мм
T_{1b}	IB	Клинически видимое поражение шейки матки, или микроскопическое поражение больше, чем при T _{1a2} (стадия IA ₂)
T_{1b1}	IB₁	Клинически видимое поражение размером не более, чем 4см в наибольшем измерении
T_{1b2}	IB₂	Клинически видимое поражение размером более 4см в наибольшем измерении
T₂	II	Опухоль распространяется за пределы матки, но без прорастания стенки таза или нижней трети влагалища
T_{2a}	IIA	Без инвазии параметрия
T_{2b}	IIB	С инвазией параметрия
T₃	III	Опухоль распространяется на стенку таза и/или на нижнюю треть влагалища и/или приводит к гидронефрозу, или не функционирующей почке
T_{3a}	IIIA	Опухоль будет поражать нижнюю треть влагалища, но не распространяется на стенку таза
T_{3b}	IIIB	Опухоль будет поражать нижнюю треть влагалища и распространяется на стенку таза
T₄	IVA	Опухоль прорастает в слизистый слой мочевого пузыря или прямой кишки и/или распространяется за границы малого таза
N₁	IVB	Метастазы в 1-3 регионарных лимфоузлах
M₁		Отдаленные метастазы

N — Регионарные лимфатические узлы.

Nx — недостаточно данных для оценки состояния регионарных лимфатических узлов

N₀ — нет признаков поражения регионарных лимфатических узлов

N₁ — имеются метастазы в 1-3 регионарных лимфатических узлах

M — Отдаленные метастазы

Mx — недостаточно данных для определения отдаленных метастазов

M₀ — отдаленные метастазы не определяются

M₁ — имеющиеся отдаленные метастазы

pTNM Патоморфологическая классификация

Категории **pT**, **pN** и **pM** отвечают категориям **T**, **N** и **M**

pN₀ — Материал для гистологического исследования после тазовой лимфаденектомии должен включать не меньше 10 лимфатических узлов.

G — Гистопатологическая градация

Gx — Степень дифференциации не может быть определена

G₁ — Высокая степень дифференциации

G₂ — Средняя степень дифференциации

G₃ — Низкая степень дифференциации

G₄ — Недифференцированная опухоль

Группировка по стадиям

Стадия 0	Tis	N ₀	M ₀
Стадия IA	T1a	N ₀	M ₀
Стадия IA1	T1a1	N ₀	M ₀
Стадия IA2	T1a2	N ₀	M ₀
	T1b	N ₀	M ₀
	T1b1	N ₀	M ₀
	T1b2	N ₀	M ₀
Стадия IIA	T2a	N ₀	M ₀
Стадия IIB	T2b	N ₀	M ₀
Стадия IIIA	T3a	N ₀	M ₀
Стадия IIIB	T1	N ₁	M ₀
	T2	N ₁	M ₀
	T3a	N ₁	M ₀
	T3b	любое N	M ₀
Стадия IVA	T4	любое N	M ₀
Стадия IVB	любое T	любое N	M ₁

Клиника. Доинвазивный и микроинвазивный рак и даже первые его стадии имеют бессимптомное течение. Эти стадии называют доклиническим раком.

Жалобы на боли, бели и кровотечения (триада симптомов рака шейки матки) характерные для позднего, часто инкурабельного рака. Симптомы рака шейки матки называются симптомами смерти.

- **Бели**, и даже контактные кровянистые выделения могут наблюдаться у больных с доинвазивным или начальным раком шейки матки, но их генез чаще предопределен наличием фоновых процессов. При клиническом раке бели имеют вид мясных помоев. Они являются следствием вытекания лимфы и крови при распаде опухолей.
- **Кровотечения** возникают при травме опухоли (контактные), а также при распаде опухоли.
- **Боли у больных** при доклиническом раке шейки матки отсутствуют, а если появляются, то являются следствием обострения воспалительного процесса гениталий. При прорастании процесса в параметрий сжимается магистральный нерв, появляется нестерпимая боль, которая отдает в ногу или спину. Выраженный инфильтрат в параметрии, пережимая мочеточник, предопределяет развитие гидро - и пионефроза.

Диагностика. Гинекологический осмотр осуществляется с помощью ложкообразных зеркал и двуручным исследованием через влагалище. Во время осмотра в зеркалах студенты определяют форму влагалищной части шейки матки, ее анатомическое состояние, размеры. Важным симптомом рака при осмотре шейки матки является ее кровоточивость при прикосновении тампоном. Двуручное влагалищное исследование при внутриэпителиальном и начальном инвазивном раке не является информативным. У больных с выраженным клиническим процессом шейка матки плотная или хрящевидная, имеются кратер, инфильтрация. Обязательным элементом осмотра больной с подозрением на рак шейки матки есть исследование через прямую кишку (ректовагинальное), что дает возможность лучше оценить шейку матки, а также определить состояние боковых и заднего параметриев. Исследование больных раком шейки матки через прямую кишку помогает уточнить стадию процесса.

Методом ранней диагностики рака шейки матки является цитологическое исследование секрета цервикального канала и шейки матки. Микроскопическая оценка окрашенных мазков шейки матки, по методу Папаниколау, предусматривает пять классов, характеристика которых сводится к следующему:

- I тип – здоровая;
- II тип – элементы воспаления;
- III тип – подозрение на рак;
- IV тип – рак, но неубедительно;
- V тип – убедительно, рак.

К методам ранней диагностики рака шейки матки принадлежит кольпоскопия. Метод предусматривает осмотр шейки матки и влагалища при 8 – 32 кратном увеличении кольпоскопа. Кольпоскопия позволяет обнаружить патологические изменения на влагалищной части шейки матки, подозрительные злокачественные перерождения, а также проводить прицельные соскобы и биопсию. При

кольпоскопии у этой группы больных обнаруживаются разные виды атипического эпителия, которые выглядят следующим образом:

1. Проллиферирующая лейкоплакия.
2. Поля атипического эпителия.
3. Папиллярная зона атипического эпителия.
4. Зона трансформации атипического эпителия.
5. Атипические сосуды.

Дифференциальный диагноз.

- Рак тела матки;
- Предраковые заболевания (псевдоэрозия, папиллома, дисплазия, лейкоплакия);
- Сифилис;
- Неспецифическое воспаление шейки матки;

Лечение.

Выбор метода лечения больных зависит от стадии распространения опухолевого процесса, а также от общего состояния больных. Существует оперативный, комбинированный, сочетанно-лучевой и комплексный методы лечения больных.

Преинвазивный рак – подлежит оперативному лечению: электроконизация, ампутация шейки матки.

При первой и второй стадии (маточный вариант) проводится комбинированное лечение. Операция расширенная экстирпация матки с придатками по методу Вертгейма – Губарева. При этой операции проводится удаление тела матки с шейкой и верхней третью влагалища, придатки, а также проводится лимфаденектомия (удаление клетчатки и расположенных в ней лимфоузлов) по ходу подвздошных сосудов в запирающей ямке. После операции проводится дистанционная лучевая терапия. Существуют методики предоперационной лучевой терапии.

При II и III стадиях рака шейки матки проводится сочетанно-лучевая терапия, которая состоит из внешнего облучения и внутренне полостных аппликаций радиоактивных препаратов, а также полихимиотерапия.

Очаговая доза лучевой терапии в точках А (место пересечения маточной артерии и мочеочника – 7500 – 8000 РАД (75 – 80Гр) в точке В – 5000 – 6000 РАД (50 – 60Гр). При III стадии П доза лучевой терапии должна быть более высокая.

При IV стадии возможные паллиативные курсы полихимиотерапии и симптоматическое лечение.

Материалы для самоконтроля.

А. Вопросы для самоконтроля.

1. Перечислите этиологические факторы РШМ.
2. Какие клинические симптомы у больных РШМ.
3. Клиническая классификация РШМ.
4. Назовите дополнительные методы обследования больных РШМ.
5. Роль кольпоскопии в ранней диагностике РШМ.
6. Что такое прицельная биопсия?
7. Хирургический метод лечения РШМ. Назовите классическую операцию при этой патологии и авторов, что ее предложили.
8. Комбинированное лечение больных.
9. Сочетано – лучевой метод лечения больных на РШМ.

Рекомендуемая литература:

а) Основная

1. Онкология. Под ред. В.П. Баштана, А.Л. Одабашьяна, П.В. Шелешко. – Тернополь: Укрмедкнига, 2003. – 313 с.
2. Онкология. Под ред. Б.Т. Билинского, Ю.М. Стернюка, Я.В. Шпарика. – Киев: Здоровье, 2004. – 527 с.
3. Галайчук І.Й. Клиническая онкология. Часть I: Пособие. – Тернополь: «Укрмедкнига», 2003. – 276 с.
4. Онкология. Под ред. И.Б.Щепотина. – Киев: «Книга плюс», 2006. – 496 с.
5. Лекции по клинической онкологии. Том 1. (Опухоли пищеварительного тракта). Учебное пособие для студентов 5-6 курсов, интернов и семейных врачей. Под редакцией академика АМН Украины профессора Бондаря Г.В. – Донецк: ООО «Норд Компьютер», - 2006. – 255 с.

б) Дополнительная

1. Выбранные лекции по клинической онкологии. Под ред. проф. Г.В.Бондаря и проф. С.В.Антиповой. Луганск, 2009.
2. Стандарты диагностики и лечения онкологических больных. Утверждено приказом Министерства здравоохранения Украины «Об утверждении протоколов предоставления медицинской помощи по специальности «Онкология» от 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) Методическая

- В.Е. Милерян. - Методические основы подготовки проведения учебных занятий в медицинских вузах (методическое пособие).- Киев, Крещатик. – 2003. – 80с.5.

Б. Тести исходного уровня знаний по теме: “Рак шейки матки” (РШМ)

I. Назовите наиболее распространенные причины в возникновении РШМ:

1. воспалительная;
2. вирусная;
3. гормональная;
4. эмбрионная;
5. механическая;
6. наследственность;
7. нарушение питания.

II. Кровоснабжение шейки матки осуществляется за счет:

1. яичниковая артерия;
2. маточная артерия;
3. подвздошная артерия;
4. влагалищная артерия.

III. Назовите наиболее распространенные жалобы у больных РШМ:

1. бели;
2. кровотечение;
3. дисфункция кишечника;
4. дизурические проблемы;
5. кровянистые выделения;
6. боль;
7. тошнота и рвота.

IV. Какая клиническая группа свидетельствует об оздоровлении больных РШМ:

1. II-а
2. III
3. IV

V. Наиболее известные факторы риска по РШМ:

1. частые роды и аборты;
2. нейрогормональные нарушения;
3. вирусное инфицирование;
4. курение;
5. ранняя менопауза.

VI. Лейкоплакия с атипией клеточных элементов следует отнести:

1. нормальное состояние;
2. доброкачественное заболевание;
3. предрак;
4. преинвазивный рак;
5. инвазивный рак.

VII. По гистологической структуре РШМ преимущественно:

1. железистый;
2. солидный;
3. фиброзный;
4. плоскоклеточный;
5. переходный – клеточный.

VIII. Укажите наиболее информативные методы обследования больных РШМ:

1. кольпоскопия;
2. рентгенография легких;
3. цитологическое исследование;
4. УЗИ;
5. биопсия;
6. ретророманоскопия;
7. лапароскопия.

IX. Предраковые заболевания у больных РШМ:

1. эрозия шейки матки;
2. полип шейки матки;
3. дисплазия эпителия шейки матки;
4. эндометриоз шейки матки;
5. бородавчатая лейкоплакия шейки матки;
6. цервицит.

X. Наиболее распространенные методы лечения больных РШМ:

1. хирургический;
2. химиотерапевтический;
3. гормонотерапия;
4. сочетанно – лучевая терапия;
5. иммунотерапия.

Правильные ответы:

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. Ситуационные задачи для самоконтроля.

Задача № 1 (№ 406).

Больная 50 лет жалуется на боль, сукровичные выделения из влагалища. При осмотре шейка матки гипертрофирована, в участке наружного зева кратерообразная язва, шейка хрящевидной плотности, тело матки ограничено в подвижности, слева в параметральной клетчатке - инфильтрат, который достигает стенки таза. Предварительный диагноз. Какие нужны дополнительные исследования? План лечения.

Задача № 2 (№ 407).

Больная 46 лет жалуется на контактные кровотечения, боль внизу живота. В анамнезе 3 родов. Гинекологический осмотр: шейка матки деформирована, эктропион передней губы, слева разрыв шейки к своду. В участке внутреннего зева - папилломатозные разрастания, которые переходят на свод влагалища. Тело матки отклонено назад. При биопсии - плоскоклеточный ороговевающий рак. Диагноз. План лечения.

Задача № 3.

Больная Л., 22р., обратилась с жалобами на постоянные кровянистые выделения из половых органов в течение последнего месяца. К врачу – гинекологу обращается впервые. Менструация с 12 л. по 5 – 6 дней, умеренные, без боли. Беременностей не было. При осмотре в зеркалах на шейке матки есть опухоль, которая кровит при дотрагивании, размером до 7 см в диаметре. Пальпаторно опухоль плотная, бугристая, умеренно подвижная.

Вопрос:

1. Предварительный диагноз? Стадия?
2. Методы обследования, которые должны подтвердить клинический диагноз?

Задача № 4.

Больная П., 48р., которая имела 5 родов и 12 аборт, заметила контактные кровянистые выделения в течение последних 2 месяцев. Обратилась к врачу – гинекологу. На шейке матки обнаружена экзофитная опухоль до 5 см в диаметре с разрастаниями по типу “цветной капусты”. При дотрагивании кровит. Слева опухоль доходит до влагалища. При ректовагинальном обследовании слева определяется инфильтрат, который не доходит до стенок таза. Взята биопсия. Гистологически: плоскоклеточный ороговевающий рак шейки матки.

Вопрос:

1. Диагноз, стадия.
2. Врачебная тактика.
3. Прогноз.

Задача № 5.

Больная Т., 62р., поступила в гинекологическое отделение с жалобами на кровянистые выделения из половых органов, которые появились в период менопаузы (10р.) Родов – 3, аборт - 10. Гинекологическое обследование обнаружило язву на шейке матки до 3 см в диаметре, которая контактно кровит. Пальпаторно ШМ плотная, бугристая, имеет бочковидную форму. Тело матки и придатки без особенностей.

Вопрос:

1. Предварительный диагноз? Форма опухоли?
2. Обследования, которые дадут возможность поставить правильный диагноз?

Задача № 6.

Больная К., 32р., пришла на прием в кабинет патологии ШМ. 3 месяца назад у нее была обнаружена эрозия ШМ. Больная обследована, взята биопсия. Гистология: стационарный эндоцервикоз. Проведенна диатермокоагуляция эрозии ШМ. На момент обследования было обнаружено изъязвление в области внутреннего маточного зева до 1 см. Контактное кровоточит. Кольпоскопия обнаружила папиллярную зону атипичного эпителия. Взяты мазки на цитологию. Обнаружены клетки плоскоклеточного неороговевающего рака ШМ.

Вопрос:

1. Где должна быть обследована больная дальше?
2. Диагноз?
3. Возможные врачебные ошибки?

Задача № 7.

Больная К., в 42 г., была обследована на онкопрофосмотре в городской поликлинике, где у нее обнаружена эрозия ШМ. Родов – 2, аборт – 5. Больная направлена на обследование к врачу женской консультации.

Вопрос:

1. План обследования больной.
2. Кто осуществляет профосмотр в городских и районных больницах?
3. Предварительный диагноз.

Задача № 8.

У женщины, которая имела роды, 33р., в смотровом кабинете поликлиники обнаружили эрозию ШМ.

Вопрос:

1. Какие еще заболевания ШМ могут переродиться в рак?
2. Какой врач и по какой форме должен взять больную на диспансерный учет?

Задача № 9.

Больная 50л., жалуется на боли, сукровичные выделения из влагалища. При осмотре ШМ гипертрофирована, в области внутреннего зева обнаружена кратерообразная язва ШМ – хрящевидной плотности, тело матки ограничено-подвижно, слева в параметральной клетчатке – инфильтрат, который достигает стенок таза.

Вопрос:

1. Диагноз?
2. Какие нужны исследования для уточнения диагноза?
3. План лечения.

Задача № 10.

Женщина 28л. обратилась к гинекологу по поводу кровянистых выделений из влагалища. Беременность 9 недель. При осмотре – в области ШМ дефект эпителия с папилломатозными разрастаниями, которые легко кровоточат. Матка подвижная, инфильтрата в параметральной клетчатке не определяется.

Вопрос:

1. Предварительный диагноз?
2. Какие нужны дополнительные исследования?
3. План лечения.