

Методические указания к практическому занятию по теме: «Доброкачественные состояния шейки матки. Рак шейки матки. Факторы риска. Клиника. Скрининг. Гиперпластические процессы эндометрия. Рак эндометрия. Патогенез. Группы риска. Клиника. Скрининг»

Цель: закрепить знания по диагностике доброкачественных состояний, предрака и рака шейки матки, гиперпластических процессов и рака эндометрия. Усвоить основные принципы лечения и скрининга доброкачественных и злокачественных состояний шейки матки и эндометрия.

Задачи: рассмотреть этиологию и патогенез доброкачественных состояний, предрака и рака шейки матки, гиперпластических процессов и рака эндометрия, изучить критерии диагностики и основные принципы лечения, скрининга и профилактики доброкачественных и злокачественных состояний шейки матки и эндометрия.

Средства и методы обучения: обсуждение теории, клинический разбор, самостоятельное изучение научной и учебной литературы по теме.

Иметь представление об организации медицинской помощи пациентам с доброкачественными и злокачественными состояниями шейки матки и эндометрия, об основных методах обследования и лечения, а также возможностях профилактики.

Ординатор должен знать:

1. Основные факторы риска доброкачественных заболеваний, предрака и рака шейки матки;
2. Основные критерии диагностики доброкачественных состояний, предрака и рака шейки матки;
3. Методы первичной, вторичной и третичной профилактики рака шейки матки;
4. Современные возможности вакцинопрофилактики рака шейки матки;
5. Этиопатогенетическую классификацию гиперпластических процессов и рака эндометрия;
6. Основные критерии диагностики гиперпластических процессов и рака эндометрия;
7. Методы лечения гиперпластических процессов и рака эндометрия в зависимости от этиопатогенеза;
8. Современные возможности скрининга рака эндометрия
9. Основные положения международных и национальных клинических рекомендаций по теме занятия

Ординатор должен уметь:

Должен уметь формулировать план диагностики и скрининга при доброкачественных и злокачественных состояниях шейки матки и эндометрия, интерпретировать данные основных лабораторных, инструментальных исследований, формулировать и обосновывать развернутый клинический диагноз с учетом принятой классификации ВОЗ, оказывать неотложную помощь при угрожающих жизни состояниях, обусловленных злокачественными заболеваниями шейки матки и эндометрия, разрабатывать стратегию скрининга при доброкачественных и злокачественных состояниях шейки матки и эндометрия.

Ординатор должен владеть:

Должен владеть навыками обследования больного и разработки скрининговых программ при доброкачественных и злокачественных состояниях шейки матки и эндометрия, оценки данных основных лабораторных, инструментальных исследований, формулировки развернутого клинического диагноза с учетом принятой классификации ВОЗ, оказания неотложной помощи при угрожающих жизни состояниях, обусловленных осложнениями рака шейки матки и эндометрия.

Учебно-тематический план темы:

Клиническое практическое занятие – 2 часа

Самостоятельная работа – 1 час

Всего – 3 часа

Клиническое практическое занятие включает в себя:

1. Вводный контроль (тесты).
2. Беседа по теме занятий.
3. Клинический разбор пациентов с доброкачественными и злокачественными состояниями шейки матки и эндометрия.
4. Интерпретация исследований: клинического анализа крови, биохимического анализа крови, гормонального обследования функции гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы, щитовидной железы, глюкозо-толерантного теста, цитологического исследования мазков-соскобов с поверхности шейки матки и из цервикального канала, молекулярно-генетического исследования отделяемого из цервикального канала, биоптатов шейки матки и эндометрия, анализа, инструментальных исследований (данные УЗИ и доплерометрии органов малого таза, печени и желчного пузыря, щитовидной железы, КТ, МРТ органов брюшной полости и малого таза).
5. Решение ситуационных задач, представляющих типичные клинические ситуации при доброкачественных и злокачественных состояниях шейки матки и эндометрия.
6. Разбор историй болезней пациентов с доброкачественными и злокачественными состояниями шейки матки и эндометрия, в ведении которых допущены типичные ошибки.
7. Ролевые игры: маршрут пациента от кабинета доврачебного осмотра и далее (врач общей практики, зав. отделением (или врач скорой помощи), врач приемного покоя и т.д.); учебная ЛКК.
8. Отработка практических навыков: обследование пациенток с доброкачественными и злокачественными состояниями шейки матки и эндометрия с осмотром, интерпретация данных лабораторных и инструментальных (УЗИ и доплерометрии органов малого таза, печени и желчного пузыря, щитовидной железы, КТ, МРТ органов брюшной полости и малого таза), определение показаний и противопоказаний вакцинопрофилактики рака шейки матки.

Перечень вопросов для собеседования

1. Понятие о канцерогенезе рака шейки матки
2. Методы скрининга рака шейки матки
3. Алгоритм диагностики гиперпластических процессов эндометрия
4. Этиопатогенетические варианты рака эндометрия по Я.В. Бохману

Хронокарта клинического практического занятия по теме:

«Доброкачественные состояния шейки матки. Рак шейки матки. Факторы риска. Клиника. Скрининг. Гиперпластические процессы эндометрия. Рак эндометрия. Патогенез. Группы риска. Клиника. Скрининг»

	90 мин
Вводное слово преподавателя, контроль посещаемости, результат проверки рефератов	4 мин
Тестирование	9 мин
Обсуждение теоретических вопросов, заслушивание докладов	18 мин
Обсуждение клинической ситуации на примере пациента и / или ситуационной задачи; отработка практических навыков	45 мин
Контроль усвоения (контрольные вопросы)	9 мин
Выставление оценок, преподаватель подводит итог занятия, дает задание на следующее	5 мин

Самостоятельная работа

Вид работы	Контроль выполнения работы
Подготовка к аудиторным занятиям (проработка учебного материала по конспектам лекций и учебной литературе)	Собеседование
Работа с учебной и научной литературой	Собеседование
Подготовка и написание рефератов, докладов на заданные темы	Проверка рефератов, докладов

Основные темы рефератов:

1. Вакцинопрофилактика рака шейки матки.
2. Скрининговые программы в диагностике рака шейки матки и рака эндометрия

Основные темы докладов:

1. Патогенетические варианты рака эндометрия
2. Алгоритмы диагностики и лечения гиперпластических процессов эндометрии в различные возрастные периоды жизни женщины

Фонд оценочных средств:

Тесты

ПК-5

- 1.** По классификации системы FIGO I-а стадия рака шейки матки включает варианты, при которых
 - a) нет инвазии в строму
 - b) инвазия в строму не превышает 5 мм, а распространенность опухоли – не более 7 мм
 - c) опухоль ограничена шейкой матки
 - d) рак инфильтрирует верхнюю треть влагалища
 - e) рак распространяется на тело матки

ПК-5

- 2.** По классификации системы FIGO ко II-а стадии рака шейки матки относятся варианты, при которых
 - a) рак инфильтрирует стенки влагалища, не переходя на его нижнюю треть

- b) глубина инвазии в тело матки не превышает 5-7 мм
- c) рак инфильтрирует параметрий с одной или обеих сторон, не переходя на стенку таза
- d) имеются регионарные метастазы
- e) рак ограничен только шейкой матки

ПК-5

- 3.** По классификации системы FIGO ко II-b стадии рака шейки матки относятся варианты, при которых
- a) рак ограничен шейкой матки, но глубина инвазии превышает 5 мм
 - b) рак инфильтрирует стенки влагалища, не переходя на его нижнюю треть
 - c) рак инфильтрирует параметрий только с одной стороны
 - d) рак распространяется на тело матки
 - e) рак инфильтрирует параметрий с одной или обеих сторон, не переходя на стенку таза

ПК-5

- 4.** По классификации системы FIGO к III стадии рака шейки матки относятся варианты, при которых
- a) рак инфильтрирует стенки влагалища, переходя на его нижнюю треть
 - b) рак инфильтрирует параметрий с обеих сторон, не переходя на стенку таза
 - c) рак распространяется за пределы малого таза
 - d) рак инфильтрирует тело матки
 - e) опухоль распространяется на стенку таза и/или приводит к гидронефрозу, или нефункционирующей почке

ПК-5

- 5.** Рак шейки матки
- a) может осложняться окклюзией мочеточника/-ов
 - b) метастазирует преимущественно гематогенным путем
 - c) может являться показанием к операции Вертгейма
 - d) может лечиться с применением высоких доз гестагенов
 - e) О стадии (система FIGO) при правильном лечении имеет 100% 5-летнюю выживаемость и низкий процент рецидивирования

ПК-5

- 6.** Рак шейки матки
- a) диагностируется с помощью специфической пробы Шиллера
 - b) чаще встречается у небеременевших и/или нерожавших женщин
 - c) встречается только в виде экзофитной формы
 - d) на ранних стадиях проявляется ациклическими кровотечениями
 - e) в преинвазивной стадии у женщин не старше 50 лет, как правило, является показанием к конусовидной ампутации шейки матки

ПК-5

- 7.** Рак шейки матки
- a) диагностируется по положительной пробе Шиллера
 - b) в этиопатогенезе связывают с ВПЧ высокого онкогенного риска
 - c) развивается только из эктоцервикса

- d) может проявляться контактными кровотечениями
- e) в I-a стадии (система FIGO), как правило, является показанием к электроэксцизии шейки матки

ПК-5

8. Рак шейки матки

- a) может быть диагностирован с помощью кольпоскопии
- b) как правило, встречается в строго определенных возрастных группах женщин
- c) может развиваться в цервикальном канале
- d) может проявляться гематурией в III-b стадии (система FIGO)
- e) в I-a стадии (система FIGO) может быть показанием к простой экстирпации матки

ПК-5

9. Рак шейки матки

- a) метастазирует в наружные подвздошные и запирательные лимфоузлы
- b) может осложняться развитием гидронефроза
- c) как правило, гематогенно метастазирует в легкие и кости
- d) во II стадии (система FIGO) может быть показанием к комбинированному или сочетанному лучевому лечению
- e) лечится с широким использованием химиопрепаратов

ПК-5

10. Рак шейки матки

- a) может выявляться и профилактироваться организованным цитологическим скринингом
- b) как правило, успешно лечится только хирургическим методом
- c) с гистологической точки зрения классифицируется на плоскоклеточный и железистый рак
- d) на ранних стадиях, как правило, проявляется тазовыми болями
- e) в преинвазивной стадии может быть показанием к простой экстирпации матки

ПК-5

11. Рак шейки матки

- a) метастазирует в наружные подвздошные и obturatorные лимфоузлы
- b) при I-b стадии (система FIGO) является показанием к конусовидной ампутации шейки матки по Штурмдорфу
- c) III стадии (система FIGO) является показанием к операции Вертгейма
- d) может лечиться с применением гормональных препаратов
- e) можно профилактировать с помощью вакцин против ВПЧ-инфекции

ПК-5

12. К фоновым процессам шейки матки относятся

- a) эктопия
- b) эктропион
- c) полип
- d) дискератозы (лейкоплакия, эритроплакия)
- e) дисплазия

ПК-5

13. Эктопия шейки матки

- a) выглядит как йод-негативная зона при выполнении пробы Шиллера
- b) подлежит кольпоскопическому исследованию с цитологическим тестом (Pap-test)
- c) может рассматриваться как преинвазивный рак
- d) в процессе эпителизации может сопровождаться образованием ретенционных кист
- e) может лечиться с помощью лазеровапоризации

ПК-5,ПК-6

14. Полип цервикального канала

- a) относится к предраковым заболеваниям
- b) может быть удален в амбулаторных условиях преимущественно под местной анестезией
- c) как правило, является показанием к выскабливанию цервикального канала и полости матки не зависимо от возраста пациентки
- d) может быть фиброзным
- e) может быть диагностирован при цервико(кольпо)скопии

ПК-5

15. Цервикальная интраэпителиальная неоплазия (CIN, терминалогия ВОЗ, 1972 г.)

- a) это патология покровного эпителия шейки матки, во всей толще которого имеются гистологические признаки рака, но отсутствует инвазия в подлежащую строму
- b) I степени - относится к категории LSIL (Low-grade Squamous Intraepithelial Lesions) по терминологической системе Бетесда (Bethesda, США, 1995 г.)
- c) диагностируется в ходе специальных исследований визуально неизменной шейки матки
- d) является показанием к простой экстирпации матки в любом возрасте
- e) обычно лечится с помощью электрокоагуляции пораженных участков шейки матки

ПК-5

16. Цервикальная интраэпителиальная неоплазия (CIN, терминалогия ВОЗ, 1972 г.)

- a) это атипия эпителия шейки матки с нарушением слоистости и вовлечением в процесс поверхностного слоя
- b) II степени – соответствует умеренной дисплазии шейки матки или HSIL (High-grade Squamous Intraepithelial Lesions) по терминологической системе Бетесда (Bethesda, США, 1995 г.)
- c) может быть обнаружена, как правило, при исследовании визуально измененной шейки матки
- d) имеет характерные клинические признаки
- e) III степени может сочетаться с инвазивным раком

ПК-5

17. Рак шейки матки

- a) на ранних стадиях может проявляться специфическими вагинальными выделениями
- b) при I-b стадии (система FIGO), как правило, является показанием к простой экстирпации матки

- c) III стадии (система FIGO) является показанием к операции Ледера-Нейгебауэра
- d) IV стадии (система FIGO) характеризуется поражением соседних органов (мочевой пузырь/прямая кишка)
- e) как правило, метастазирует в большой сальник

ПК-5

18. Эктопия шейки матки

- a) никогда не встречается в пубертатном периоде
- b) неосложненных форм в пубертатном и раннем репродуктивном периодах является физиологическим состоянием
- c) в репродуктивном возрасте может быть следствием эндо(экто)цервицита
- d) характеризуется нарушением слоистости плоского эпителия эктоцервикса
- e) при обнаружении в I триместре беременности является показанием к обязательному консервативному лечению

ПК-5

19. Эктопия шейки матки

- a) как правило, возникает в результате травмы шейки матки в родах
- b) наиболее часто встречается у женщин в перименопаузальном периоде
- c) относится к предраковым заболеваниям
- d) характеризуется развитием цилиндрического эпителия на поверхности эктоцервикса
- e) выглядит как йод-позитивная зона при выполнении пробы Шиллера

ПК-5

20. Цервикальная интраэпителиальная неоплазия (CIN, терминалогия ВОЗ, 1972 г.)

- a) это атипия эпителия шейки матки с нарушением слоистости, но без вовлечения в процесс поверхностного слоя и стромы
- b) I степени – характеризуется высоким уровнем спонтанной регрессии
- c) может быть диагностирована при визуальном осмотре шейки матки «в зеркалах» по характерным клиническим признакам
- d) I степени у беременных не подлежит специфическим (хирургическим) методам лечения
- e) может лечиться с помощью методов эксцизии и/или абляции

ПК-5

21. Рак эндометрия

- a) у 30-40% больных развивается при отсутствии выраженных обменно-эндокринных нарушений и снижении репродуктивного потенциала
- b) имеет более неблагоприятное клиническое течение при II патогенетическом варианте опухоли, чем при I варианте
- c) чаще встречается в виде аденокарциномы
- d) II клинической стадии (FIGO) - опухоль, ограниченная телом матки
- e) T3 в классификации по системе TNM обозначает случаи распространения карциномы за пределами матки, но в пределах малого таза

ПК-5

22. Рак эндометрия

- a) как правило, встречается чаще у много рожавших женщин
- b) как правило, проявляется циклическими маточными кровотечениями
- c) O стадии (FIGO) имеет синоним - атипичная гиперплазия эндометрия

- d) I стадии (FIGO) - опухоль, ограниченная телом матки
- e) T2 в классификации по системе TNM обозначает, что карцинома ограничена телом матки

ПК-5

23. Рак эндометрия

- a) у 60-70% больных развивается как гормонозависимая опухоль
- b) имеет сравнительно благоприятное течение у больных с I патогенетическим вариантом развития опухоли
- c) II патогенетического варианта чаще встречается у женщин с бесплодием и измененной репродуктивной функцией
- d) IIb стадии (FIGO) - опухоль ограничена телом матки
- e) M0 в классификации по системе TNM означает отсутствие признаков отдаленных метастазов

ПК-5

24. Рак эндометрия

- a) у 60-70% больных развивается на фоне хронической гиперэстрогении в сочетании с нарушениями жирового и углеводного обмена
- b) имеет более благоприятное клиническое течение при I патогенетическом варианте развития опухоли, чем при II варианте
- c) чаще развивается у нерожавших женщин
- d) IIa стадии (FIGO) – инвазия стромы шейки матки
- e) T2 в классификации по системе TNM обозначает процесс, ограниченный телом и шейкой матки

ПК-5

25. Рак эндометрия

- a) метастазирует преимущественно лимфогенным путем
- b) на ранних стадиях проявляется водянистыми белями
- c) NX в классификации по системе TNM означает, что нет достаточно данных для оценки состояния регионарных лимфатических узлов
- d) Ia стадии (FIGO) – опухоль ограничена эндометрием
- e) Ib стадии (FIGO) – опухоль ограничена эндометрием

ПК-5

26. Признаками, позволяющими отнести рак эндометрия к I патогенетическому варианту, являются

- a) сниженная детородная функция
- b) атрофия как фоновое состояние эндометрия
- c) гиперпластический процесс эндометрия
- d) возраст наступления менопаузы после 50-ти лет
- e) фиброз яичников

ПК-5

27. Рак эндометрия I патогенетического варианта характеризуется

- a) более длительным течением
- b) высокой степенью дифференцировки опухоли
- c) высокой склонностью опухоли к метастазированию
- d) высокой чувствительностью к гормональной терапии
- e) поверхностной инвазией в миометрий

Контрольные вопросы

1. Перечислите формы рака шейки матки (по локализации, характеру роста, гистологическому строению). ПК-5
2. Классификация рака шейки матки по степени распространения патологического процесса (клиническая классификация). ПК-5
3. Какие исследования необходимо применять при подозрении на рак шейки матки (какой метод подтверждает рак)? ПК-5
4. Объем оперативного вмешательства в зависимости от стадии распространения ракового процесса. ПК-6
5. Что такое комбинированная терапия? ПК-6
6. Опишите методы диагностики рака эндометрия. ПК-5
7. Что такое внутриэпителиальный рак и методы его лечения. ПК-5, ПК-6
8. Назовите методы лечения инвазивного рака шейки матки. ПК-6

Ситуационные задачи

ПК-5, ПК-6

Задача №1.

В женскую консультацию обратилась пациентка 48 лет с жалобами на нарушение менструального цикла в течение последних 3-х месяцев – обильные и длительные месячные (в течение 5-6 дней), а также мажущие кровянистые выделения из половых путей в течение последующих 3-4 дней. По причине такого же нарушения менструального цикла – год тому назад производилось выскабливание полости матки (результаты гистологического исследования – железистая гиперплазия эндометрия, активная форма). Рекомендованной гормональной терапии пациентка не проводила.

Menarche с 12 лет, menses по 4-5 дней через 30-35 дней, умеренные, безболезненные. Последняя менструация закончилась пять дней назад. Половая жизнь с 22 лет, предохранение – барьерные методы. В анамнезе: длительное бесплодие, одни срочные физиологические роды и один самопроизвольный выкидыш при сроке 5/6 недель беременности без осложнений. Из соматических заболеваний – аутоиммунный тиреоидит (гипотиреоз, принимает эутирокс 75 мг/сутки ежедневно); хронический холецистит; варикозное расширение вен нижних конечностей; в течение последних 5 лет наблюдается у терапевта и эндокринолога по поводу гипертонической болезни (I стадии) и нарушения толерантности к глюкозе.

Объективно: состояние удовлетворительное. Пациентка повышенного питания, гиперстенической конституции. ИМТ – 32. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски и влажности. Пульс 86 ударов в минуту, ритмичный. АД 145/95 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации.

St. specialis:

В зеркалах: слизистая влагалища и шейки матки без видимых патологических изменений.

Per vaginam: шейка матки цилиндрической формы, наружный зев закрыт. Матка в положении anteflexio-versio, несколько больше нормальных размеров, плотной консистенции, подвижная, безболезненная. Придатки с двух сторон не определяются. Влагалищные своды свободные. Инфильтратов в параметриях нет.

Дополнительные лабораторные данные:

по результатам УЗИ органов малого таза определено – матка несколько увеличена в размерах 56x44x57 мм, структура миометрия диффузно неоднородная. Эндометрий – 16 мм, пролиферативного типа, с множественными гиперэхогенными включениями. В полости матки визуализируется гиперэхогенное образование с четкими контурами размерами 20x18 мм. Между образованием и миометрием визуализируется гиперэхогенная полоска. При ЦДК – кровоток не регистрируется. Яичники не увеличены, без особенностей в структуре, свободной жидкости в малом тазу нет.

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. План обследования и лечения.
3. Общие принципы и методы терапии данного заболевания.
4. Противопоказания к медикаментозной (гормональной) терапии.

ПК-5, ПК-6

Задача №2.

Больная 52 лет поступила в гинекологическое отделение многопрофильного стационара с **жалобами** на кровянистые выделения из половых путей, продолжающиеся около недели.

Менопауза наступила в 50 лет. В 46 лет – двух кратная госпитализация по поводу ациклических маточных кровотечений, в 47 лет по причине рецидивирующей метроррагии выполнено раздельное диагностическое выскабливание полости матки и цервикального канала (гистологическое заключение: железисто-кистозная гиперплазия эндометрия). Рекомендованную терапию не получала.

В анамнезе: беременностей не было, половая жизнь нерегулярная, контрацепцию не использовала. В течение 5 последних лет страдает гипертонической болезнью II стадии, ожирение II степени, нарушение толерантности к глюкозе, по поводу чего наблюдается у терапевта и эндокринолога.

Объективно: состояние удовлетворительное. Пульс 86 ударов в минуту, ритмичный. АД 160/100 мм рт. ст. Рост – 155 см, масса тела – 92 кг. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах.

St. specialis:

В зеркалах: слизистая влагалища и шейки матки без видимой патологии. Выделения кровянистые, умеренные.

Per vaginam: шейка матки конической формы, наружный зев закрыт. Тело матки в положении anteflexio-versio, несколько больше нормальных размеров, плотной консистенции, подвижное, безболезненное. Придатки с обеих сторон не определяются. Влагалищные своды свободные. Инфильтратов в параметриях нет.

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Укажите возможные патогенетические варианты развития данного заболевания, а также возможные причины его развития в данном клиническом случае.
3. Методы обследования, необходимые для уточнения диагноза.
4. Основные методы и тактика лечения данного заболевания.

ПК-5, ПК-6

Задача №3.

Больная 27 лет, поступила в приемное отделение гинекологического стационара **по направлению** гинеколога районной женской консультации с **диагнозом** «угрожающий выкидыш раннего срока?». В течение месяца пациентку беспокоят мажущие темно-красные выделения из половых путей, тошнота. Тест на беременность (качественный), произведенный пациенткой накануне госпитализации – положительный.

Menarche с 12 лет, menses по 4-5 дня, через 30 дней, умеренные, безболезненные, регулярные. В анамнезе: одни срочные физиологические роды без осложнений и два искусственных аборта (при сроках 7 и 9 недель беременности) без осложнений. Последняя нормальная менструация – 2 месяца назад.

Объективно: состояние удовлетворительное. Отмечается небольшая бледность кожных покровов и слизистых оболочек. Пульс 84 удара в минуту, ритмичный. АД 110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах.

St. specialis:

В зеркалах: слизистая влагалища и шейки матки цианотичные. Наружный зев приоткрыт. Выделения кровянистые, умеренные.

Per vaginam: шейка матки цилиндрической формы, наружный зев пропускает кончик пальца. Тело матки увеличено до 12 недель беременности, мягковатой консистенции, безболезненное. С обеих сторон от матки пальпируются тугоэластичные гладкостенные образования, размерами 5х4х3 см, безболезненные при пальпации. Влагалищные своды свободные. Инфильтратов в параметриях нет.

Дополнительные инструментальные данные:

УЗИ органов малого таза – тело матки увеличено в размерах соответственно 12 недельного срока беременности. Элементы эмбриона не определяются. Полость матки расширена, заполнена гиперэхогенным неоднородным содержимым с многочисленными кистозными (гипоэхогенными) образованиями размерами в диаметре от 2 до 5 мм (симптом «снежной бури»). В режиме ЦДК: в структуре содержимого полости матки определяются зоны высокой васкуляризации с низкими индексами сосудистого сопротивления (т.е. диффузно увеличен кровоток в содержимом полости матки). Яичники – увеличены в размерах, в структуре – многочисленные многокамерные кистозные эхонегативные образования с тонкими стенками. Свободной жидкости в малом тазу не определяется.

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Дифференциальный диагноз. План обследования.
3. Перечислите формы данного заболевания.
4. Тактика лечения и методы терапии.
5. Прогноз для репродуктивной функции. Диспансеризация.

ПК-5, ПК-6

Задача №4.

Больная 28 лет, обратилась с **жалобами** на общую слабость, одышку, сердцебиение, кашель с «ржавой» мокротой, скудные темно-красные выделения из половых путей в течение недели. Общесоматические заболевания отрицает.

Menarche с 14 лет, менструальный цикл регулярный, menses по 3-4 дня, через 28 дней, умеренные, безболезненные. Последняя нормальная менструация была 5 месяцев назад.

Половая жизнь – с 20 лет. В анамнезе три беременности: первая из них закончилась срочными физиологическими родами без особенностей, вторая – искусственным абортom при сроке беременности 10 недель, без осложнений.

Три месяца назад произошел самопроизвольный выкидыш при сроке беременности 6/7 недель, было произведено выскабливание полости матки, после которого в течение 2 недель продолжались скудные темно-красные выделения из половых путей. К врачу в женскую консультацию не обращалась. В дальнейшем выделения из половых путей прекратились самостоятельно.

В течение 1 месяца чувствовала себя хорошо. Затем после 2-недельной задержки появились темные кровянистые выделения из половых путей, продолжающиеся в течение 2 недель, в связи с чем обратилась в женскую консультацию. Было выполнено УЗИ

органов малого таза, по результатам которого заподозрены остатки плодного яйца в полости матки. Произведено выскабливание полости матки с последующим гистологическим исследованием соскоба, где элементы плодного яйца обнаружены не были. Больная была выписана домой в связи с отсутствием жалоб и удовлетворительным состоянием.

Две недели назад появились кашель с «ржавой» мокротой, одышка, повышение температуры тела до 37,7°C. Обратилась к участковому терапевту.

Объективно: состояние средней тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые бледные. Пульс 106 ударов в минуту, ритмичный. АД 100/60 мм рт. ст. ЧД 26 в минуту.

Дополнительные лабораторные данные:

в клиническом анализе крови Hb – 76 г/л, лейкоцитарная формула не изменена, СОЭ – 36 мм/ч.

При Rg-графии легких: обнаружен «симптом круглой тени».

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Дополнительные методы обследования.
3. Перечислите допущенные врачебные ошибки.

Гинекологический осмотр.

St. specialis:

В зеркалах: умеренный цианоз слизистых шейки матки и влагалища. Из цервикального канала – умеренные кровянистые выделения. В верхней трети влагалища на передней стенке определяется образование сине-багрового цвета, размерами 2х3 см, при пальпации – мягковатой консистенции, безболезненное.

Per vaginam: шейка матки цилиндрической формы, наружный зев закрыт. Тело матки в положении anteflexio-versio, увеличено соответственно 8/9 недельного срока беременности, мягковатой консистенции, подвижное, безболезненное. С двух сторон от матки пальпируются безболезненные тугоэластические образования размерами 8х5х3 см и 6х4х5 см. Влагалищные своды глубокие. Инфильтрации в параметриях нет.

4. Принципы лечения, методы терапии данного заболевания.

ПК-5, ПК-6

Задача № 5.

Женщина 37 лет, считающая себя здоровой, обратилась в женскую консультацию к врачу-гинекологу для профилактического осмотра. Последний раз пациентка была на приеме у гинеколога около 5 лет назад.

1. В чем заключается профилактический гинекологический осмотр, какова частота его проведения у женщин различных возрастных групп? Какие методы профилактики рака шейки матки Вам известны?

На момент осмотра **жалоб не предъявляет.**

Menarche с 12 лет, установились сразу, menses по 4-5 дней, через 28 – 30 дней, регулярные, умеренные, безболезненные. Половая жизнь с 17 лет, в данный момент – вне брака. Контрацепция: барьерный метод (мужской презерватив), прерванный половой акт. Беременностей – 3, из них: роды – 1 (срочные, физиологические, без осложнений), аборт – 2 (при сроках 8 и 12 недель беременности, без осложнений). Пять лет назад в КВД проходила хирургическое лечение (лазеродеструкция) обширного кондиломатоза наружных половых органов.

St. specialis:

Наружные половые органы без патологических изменений.

В зеркалах: слизистая влагалища не изменена. Шейка матки рубцово деформирована за счет старого бокового разрыва. Вокруг наружного зева – участки белесоватых бляшек (2-3 мм в диаметре), несколько кистовидно-расширенных желез

(ovule Nabothii), имеется выворот слизистой цервикального канала, а также бело-розовая складка 4 мм на верхней губе шейки матки над неизменной слизистой. Выделения обильные, слизистые.

Per vaginam: шейка матки цилиндрической формы, рубцово деформирована, наружный зев закрыт. Тело матки в положении anteflexio-versio, представляется нормальных размеров, плотное, подвижное, безболезненное. Придатки с обеих сторон не определяются. Влагалищные своды глубокие. Инфильтрации в параметриях нет.

2. Какие патологические процессы шейки матки Вы знаете? Какие из них описаны в данном клиническом случае?

3. Перечислите дополнительные методы обследования для уточнения клинического диагноза.

По результату мазка шейки матки на онкоцитологическое исследование: выявлена дисплазия (CIN – цервикальная интраэпителиальная неоплазия) III степени.

4. Перечислите основные принципы лечения и методы терапии ВПЧ-ассоциированных заболеваний наружных половых органов.

5. Принципы и методы лечения цервикальной интраэпителиальной неоплазии (CIN).

ПК-5, ПК-6

Задача №6.

В женскую консультацию обратилась пациентка 45 лет с **жалобами** на контактные кровянистые выделения из половых путей, появляющиеся после полового акта, а также периодически возникающие тянущие боли в нижних отделах живота, несвязанные с месячными.

Menarche с 12 лет, menses по 3-4 дня, через 30 дней, регулярные умеренные, безболезненные. Половая жизнь с 18 лет, состоит в третьем гражданском браке. В анамнезе: 2 срочных физиологических родов без осложнений, искусственных абортов (на ранних сроках беременности) – 4, также без осложнений. Пять лет назад произведена элетрокоагуляция шейки матки по поводу эктопии и дисплазии (CIN) I степени. Является носителем ВПЧ 16 и 18 типов (диагностировано методом ПЦР 5 лет назад). На осмотре у гинеколога не была последние 2 года.

Объективно: состояние удовлетворительное. Пульс, АД в норме. Живот мягкий, безболезненный.

St. specialis:

В зеркалах: слизистая влагалища не изменена. Шейка матки гипертрофирована. На влагалищной части шейке матки вокруг наружного зева определяется кратерообразная язва, кровоточащая при дотрагивании. Выделения кровянистые, скудные, контактные.

Per vaginam: влагалище емкое. Шейка матки гипертрофирована, цилиндрической формы. Тело матки несколько увеличено, ограничено подвижное, безболезненное при пальпации. Справа к матке примыкает инфильтрат, не достигающий до стенок таза. Слева придатки не определяются. Влагалищные своды – слева свободны, справа – уплощены.

1. Сформулируйте предварительный диагноз.

2. Дополнительные методы обследования, уточняющие диагноз.

3. Какие специфические пробы, используемые при проведении расширенной кольпоскопии для повышения информативности визуального исследования шейки матки Вам известны?

4. Тактика лечения и методы терапии.

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА:

а) основная литература:

1. Денисов И.Н., Общая врачебная практика. В 2 т. Т. 1 [Электронный ресурс] : национальное руководство / под ред. акад. РАМН И.Н. Денисова, проф. О.М. Лесняк. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 976 с. - ISBN 978-5-9704-4164-0 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970441640.html>
2. Денисов И.Н., Общая врачебная практика: национальное руководство: в 2 т. Т. II [Электронный ресурс] / под ред. акад. РАН И.Н. Денисова, проф. О.М. Лесняк - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 888 с. - ISBN 978-5-9704-3906-7 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970446539.html>
3. Радзинский В.Е., Гинекология [Электронный ресурс] / под ред. В.Е. Радзинского, А. М. Фукса - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 1000 с. - ISBN 978-5-9704-4249-4 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970442494.html>
4. Омаров С.-М. А., Неотложные состояния в акушерстве и гинекологии [Электронный ресурс] / под ред. С.-М. А. Омарова - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 272 с. - ISBN 978-5-9704-3860-2 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970438602.html>

б) дополнительная литература:

1. Томилов А.Ф., Атлас клинической медицины: Внешние признаки болезней [Электронный ресурс] / Томилов А.Ф. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 176 с. - ISBN 978-5-9704-2562-6 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970425626.html>
2. Ганцев Ш.Х., Амбулаторно-поликлиническая онкология [Электронный ресурс] / Ш.Х. Ганцев, В.В. Старинский, И.Р. Рахматуллина, Л.Н. Кудряшова, Р.З. Султанов - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 448 с. (Серия "Библиотека врача-специалиста") - ISBN 978-5-9704-2058-4 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970420584.html>

в) Электронные фонды учебно-методической документации

1. ЭБС «Консультант студента» Контракт №509/15 –ДЗ от 03.06.2015 с ООО «Политехресурс»