

**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 доплерометрия 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 доплерометрия 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-а 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-а 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 - атипическая 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 5x4x3 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 аборт (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»