

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ВИЩИЙ ДЕРЖАВНИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД УКРАЇНИ
«УКРАЇНСЬКА МЕДИЧНА СТОМАТОЛОГІЧНА АКАДЕМІЯ»
НАВЧАЛЬНО-НАУКОВИЙ ІНСТИТУТ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ
КАФЕДРА АКУШЕРСТВА ТА ГІНЕКОЛОГІЇ №2

Затверджено:
на засіданні кафедри
акушерства і гінекології №2
протокол № __ від «__» _____ 20__ року
Завідувач кафедри
д.м.н., проф. _____ В.К. Ліхачов

**МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА СЕМІНАРСЬКОГО ЗАНЯТТЯ
ДЛЯ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ ФАХУ «АКУШЕРСТВО І ГІНЕКОЛОГІЯ»
ІІ РОКУ НАВЧАННЯ**

Навчальна дисципліна	Акушерство і гінекологія
Тема:	Рак ендометрію (код курсу 16.3)
Курс	ІІ
Спеціальність	Акушерство і гінекологія

Полтава

Кількість навчальних годин: 2 години.

I. Актуальність теми

Проблема діагностики та лікування гіперплазії ендометрію викликає підвищений науковий та практичний інтерес, зумовлений не тільки високою частотою, а й ризиком малігнізації, оскільки в 30-70% випадків рак ендометрію в пери- і постменопаузі розвивається на тлі гіперпластичних процесів.

II. Навчальні цілі заняття

Для опанування теми заняття інтерн повинен знати:

1. Патогенез раку ендометрію
3. Етіологія даних процесів.
4. Методи діагностики.
5. Методи лікування.
6. Підготувати хвору до операції;
7. Вибрати оптимальний об'єм оперативного лікування;
8. Засвоїти методи збору матеріалу для лабораторних методів дослідження;

В результаті проведення заняття інтерн повинен уміти:

1. Оцінювати фактори ризику раку ендометрію
2. Складати план обстеження при підозрі раку ендометрію
3. Діагностувати раку ендометрію
4. Призначати лікування раку ендометрію

III. Базові знання

1. Яке визначення поняття «гіперпластичні процеси ендометрію»?
2. Знати методи збору матеріалу для лабораторних методів дослідження;
3. Нормальний менструальний цикл.
4. Техніка виконання та трактування результатів УЗД органів малого тазу.

III. Цілі розвитку особистості майбутнього фахівця

- сформувати у лікарів основні уявлення про важливість дотримання принципів деонтології та лікарської етики при обстеженні хворої, проведенні лікувально-діагностичних маніпуляцій;

- протягом усього заняття викладач зобов'язаний виховувати лікарів на власному прикладі(своїм зовнішнім виглядом, культурою мови та спілкування з хворими медперсоналом), підтверджуючи, що деонтологія є невід'ємною частиною морально-етичних норм у професії лікаря.

IV. Міждисциплінарна інтеграція:

Дисципліни	Знати	Вміти
I. Попередні дисципліни Анатомія людини	Будову жіночих статевих органів	
II. Наступні дисципліни		
Сімейна медицина	Патогенез раку ендометрію	Провести лабораторне

		обстеження жінки
III. Внутрішньопредметна інтеграція Оцінювати фактори ризику раку ендометрію	Етіологія даних процесів . раку ендометрію	Складати план обстеження при підозрі на раку ендометрію Призначати лікування раку ендометрію

V. Зміст теми семінарського заняття

VI. План та організаційна структура семінарського заняття

№ п/п	Основні елементи семінарського заняття, їхні функції та зміст	Тип семінару. Матеріали методичного забезпечення	Розподіл часу
1. 2. 3. 4.	Підготовчий етап 1. Організаційні заходи. 2. Визначення актуальності теми. 3. Визначення навчальних цілей. 4. Забезпечення позитивної мотивації.	Навчально-методичне обґрунтування теми та цілей заняття.	5 хв.
2.	Основний етап Аналіз та узагальнення теоретичного матеріалу за планом: 1. Патогенез раку ендометрію 2. Етіологія даних процесів. 3. Методи діагностики. 4. Методи лікування. 5. Підготувати хвору до операції; 6. Вибрати оптимальний об'єм оперативного лікування; 7. Засвоїти методи збору матеріалу для лабораторних методів дослідження;	Проблемний семінар. Мультимедійний супровід.	75 хв.
1. 2. 3.	Заключний етап 1. Підбиття підсумків, загальні висновки 2. Відповіді на можливі запитання. 3. Завдання до наступного семінару.	Перелік навчальної літератури. План теми наступного семінару. Матеріали самоконтролю.	10 хв.

VII. Матеріали методичного забезпечення семінарського заняття Рак ендометрію

Рак ендометрію складає 9% всіх ракових пухлин жінки.

Фактори ризику:

- Довготривала аденоматозна гіперплазія ендометрію
- Пізня менопауза і порушення менструального циклу
- Непліддя
- Артеріальна гіпертензія
- Цукровий діабет
- Ожиріння
- Хронічна ановуляція або поликістоз яєчників

Високодифференційована карцинома-Іступінь гістологічної дифференційовки. Пухлина характеризується збереженням залозистої будови або формуванням сосочкових структур. Рак обмежений ділянками ендометрію

Помірнодифференційована аденокарцинома-II ст. Це найбільш частий варіант аденокарциноми. Пухлина зберігає залозисту будову або складається із сосочкових розростань.

Залозисто-солідна аденокарцинома-III ст. Пухлина складається із солідних пластів або тяжів полігональних або витягнутих клітин, які чергуються з участками залозистої будови.

Солідна (низькодифференційована) аденокарцинома-IV ст. Пухлина складається із тяжів або пластів полігональних клітин, рідше витягнутих або неправильної форми.

Клінічна класифікація:

1 стадія:

Рак тіла матки обмежений ділянками ендометрію

2 стадія:

- Рак з інфільтрацією міометрія
- Рак тіла матки з інфільтрацією параметрію на одній або обох сторонах, який не перейшов на стінку малого тазу
- Рак тіла матки з переходом на шийку матки

3 стадія:

- Рак тіла матки з інфільтрацією параметрію на одній або обох сторонах, який перейшов на стінку тазу
- Рак тіла матки з метастазами в регіонарні лімфатичні вузли, в придатки, в піхву
- Рак тіла матки з проростанням брюшини, але без сусідніх органів

4 стадія:

- Рак тіла матки з проростанням брюшини з переходом на сечовий міхур, пряму кишку
- Рак тіла матки з віддаленими метастазами

Клініка

Найбільш ранній симптом-рідкі водянисті виділення (лімфорей); пізніше виділення мають характер м'ясних помий з їхорозним запахом. Основним симптомом являються кров'яністі виділення в менопаузальний період. Наявність схваткоподібних болей зв'язано в ранній стадії з накопиченням виділень в порожнині матки або з приєднанням інфекції; в пізній стадії ниюча, тупа біль обумовлена втягненням в процес серозної оболонки матки, суміжних органів або здавлення нервових сплетень параметральним інфільтратом. При проростанні пухлини в пряму або сигмовидну кишку відмічається копростаз, слизь і кров в калі; при ураженні сечового міхура-гематурія, здавлення сечоводів, гідронефроз, атрофія нирки і уремія.

Діагностика

Застосовують цитологічне обстеження аспіратів із порожнини матки, гістероскопію, цервікогістерографію, гістологічне обстеження матеріала взятого зішкрібую.

Рак ендометрію має певну гістерографічну семіотику, по якій розрізняють локалізовану, дифузну і матково-шийкову форми. За допомогою гістерографії можна визначити локалізацію, ступінь розповсюдження, а інколи і характер пухлинного процесу. Проведення гістерографії з пневмопельвіографією-оптимальний метод для визначення глибини проростання ракової

пухлини в міометрії і діагностиці супутніх захворювань матки і придатків. Лімфографія дає об'єктивну інформацію про анатомічну зону лімфогенного метастазування.

Діагностичне обстеження проводиться в наступній послідовності: цитологічне обстеження, гістерографія, пневмопельвіографія, прицільна біопсія, лімфографія.

Лікування

Застосовують такі методи: хірургічний, комбінований, поєднано-променевиї, гормональний.

Хірургічний метод застосовується при вогнищевому екзофітному рості високодифференційованої пухлини з локалізацією в області дна матки, без глибокої інвазії, при відсутності метастазів в лімфатичних вузлах, при першому патогенетичному варіанті. Найбільш часта операція-Вертгейма-Губарьова.

Комбінований метод (операція і променева терапія; операція і гормонотерапія; операція, променева і гормонотерапія) проводиться в другому патогенетичному варіанті. Найбільш виправдиним є операція Вертгейма-Губарьова і післяопераційний курс дистанційної гамма-терапії (сумарна доза на точку в 3500-4000 рад.). Тим хворим, у кого виявлений перехід процесу на шийку матки або під час операції не була видалена верхня третина піхви, додатково призначають ендовагінальну кюрі-терапію (2 аплікації радіоактивних препаратів: 25-30 ммоль радію на 45 годин з інтервалом між аплікаціями 5 днів). Якщо не можна по показанням проводити повний курс променевої терапії, то в післяопераційний період проводять пргестінотерапію (*гормонотерапію*) (12,5% оксіпрогестерона капронат-250 мг кожного дня в/м 4 міс).

Поєднано променевиї-найбільш ефективна методика внутрішньопорожнинної гамма-терапії-тампонада кобальтовими «бусами». Застосовують шаровидні джерела ^{60}Co діаметром 6-7 мм., активність кожного – 8 ммольрад. Кількість «бус» від 6 до 12. Для рівномірності дозованого поля на поверхні ендометрію активні буси ергують з неактивними того ж діаметру. Таким чином, сумарна курсова доза становить на глибині 1 см 18000-19000рад; на глибині 2 см 4000-9000 рад, що відповідає дозі в області точки А -5000-8000 рад, точки В-1700-2000 рад.

Аналіз результатів хірургічного, комбінованого і поєднаного лікування свідчить про те, що тільки 60% живуть більше 5 років, а всі інші помирають від рецидивів і метастазів.

Місце проведення заняття- навчальна кімната, відділення гінекології, жіноча консультація
Оснащення - лабораторні аналізи, оснащення кабінети функціональної діагностики.

Рекомендована література (навчальна, наукова)

1. Гінекологія: підручник для ВМНЗУ III-IV рівнів-В.І.Грищенко М.О., Щербига Б.М., Венцківський та ін./-Медицина,2007.
2. Ліхачев В.К. Громова А.М. Методи обстеження та принципи лікування гінекологічних хворих в умовах ЖК.-Полтава,2000.
3. Гормоно-диагностическая патология репродуктивной системы. Руководство для врачей./С.В.Зяблицев,Е.А.Бочерова./-Донецк;Каштан,2009.
4. Лихачов В.К. Практическая гинекология/ В.К.Лихачов.- Руководство для врачей.- М.: ООО «Медицинское информационное агенство», 2007.-664 с.
5. Наказ МОЗ України від 31.12.2004 №676 «Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги»
6. Наказ МОЗ України від 29.12.2003 № 620 «Про організацію надання акушерсько-гінекологічної та неонатологічної допомоги в Україні»
7. Наказ МОЗ України від 15.07.2011 № 417 «Методичні рекомендації щодо організації надання амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги»
8. Клиническая визуальная диагностика / Под ред. В.Н. Демидова, Е.П. Затикян. – М.: Триада-Х, 2004. – 437с.
9. *Сметник В.П., Тумилович Л.Г.* Неоперативная гинекология: Руководство для врачей. 3-е изд., перераб. и доп. – М.: МИА, 2005.– 632с.

Питання

1. Класифікацію передракових станів ендометрію
2. Етіологія даних процесів.
3. Методи діагностики.
4. Методи лікування.
5. Підготувати хвору до операції;
6. Вибрати оптимальний об'єм оперативного лікування;
7. Засвоїти методи збору матеріалу для лабораторних методів дослідження;

Завдання для самостійної роботи

1. Оцінювати фактори ризику ГПЕ .
2. Складати план обстеження при підозрі на ГПЕ.
3. Діагностувати ГПЕ
4. Призначати лікування ГПЕ

Тестові завдання

. Жінка 54 років скаржиться на мажучі кров'янисті виділення з піхви та диспареунію. Менопауза протягом 3 років. При ультразвуковому дослідженні виявлена атрофія ендометрія. При огляді в дзеркалах – слизова оболонка піхви бліда, суха, відмічаються виразки на слизовій оболонці. Виберіть найбільш підходяще лікування або процедуру.

1. Роздільне діагностичне вишкрібання порожнини матки
2. Призначення медроксипрогестерон-ацетату
3. Послідовна терапія естрогенами і прогестероном *
4. Біопсія ендометрію
5. Застосування естрогенового крему

2.Хвора 48 років скаржиться на рясні менструації. Менструації до цього часу були без відхилень від норми. Родів — 2, абортів — 2. За останні 2 роки до гінеколога не зверталась. Об'єктивно: зовнішні статеві органи без патології, шийка матки циліндрична, чиста. Тіло матки збільшене до 14 — 15 тижнів вагітності, нерівної поверхні, рухоме, безболісне. Склепіння глибокі. Придатки не визначаються, область їх безболісна. Параметрії вільні. Виділення слизові. Який найбільш вірогідний діагноз?

1. Хоріонепітеліома
2. Саркома тіла матки *
3. Вагітність 14-15 тижнів
4. Фіброміома матки
5. Рак ендометрію

3. Хвора 36 років звернулась в жіночу консультацію з скаргами на біль внизу живота. Сама хвора знайшла пухлину в черевній порожнині. Менструації до цього часу були без відхилень від норми, але стали більш рясними. Остання менструація 10 днів тому. Родів — 2, абортів — 2. За останні 2 роки до гінеколога не зверталась. Об'єктивно: зовнішні статеві органи без патології, шийка матки циліндрична, чиста. Тіло матки збільшене до 22 — 23 тижнів вагітності, нерівної поверхні, рухоме, безболісне. Склепіння глибокі. Додатки не визначаються, область їх безболісна. Параметрії вільні. Виділення слизові. Який найбільш вірогідний діагноз?

1. Фіброміома матки *
2. Саркома тіла матки
3. Вагітність 14-15 тижнів
4. Хоріонепітеліома
5. Рак ендометрію

4. Хвора 48 років, звернулась з приводу того, що за останні 8 — 9 місяців менструації дуже рясні, приводять до анемізації, порушена працездатність. Протягом 2 років спостерігається гінекологом з приводу фіброміоми матки. Об'єктивно: шийка матки циліндрична, чиста, вічко закрите. Тіло матки в нормальному положенні, збільшене до 9 — 10 тижнів вагітності, нерівної поверхні, цупке, рухоме, безболісне. Придатки з обох сторін не визначаються. Параметрії вільні. Склепіння глибокі. Виділення слизові. Який найбільш вірогідний діагноз?

1. Рак ендометрію *
2. Субсерозна фіброміома матки
3. Інтерстиціальна фіброміома матки
4. Ендометріоз з переважним ураженням тіла матки
5. Фіброміома матки та вагітність

Ситуаційні задачі :

1. Вагітна 22 років звернулась до жіночої консультації зі скаргами на кровотечу, біль внизу живота. Строк вагітності 9-10 тижнів. Вагінальне дослідження: шийка матки розкрита на 3 см, надмірна кровотеча, матка збільшена до 8 тижнів. Тактика.

2. Хвора 46 років доставлена у гінекологічне відділення каретою швидкої допомоги зі скаргами на надмірну менструацію протягом останніх 2-х діб, слабкість, головокружіння. При проведенні піхвового дослідження виявилось, що матка щільна, безболісна, збільшена до 9 тиж. вагітності. Тактика лікаря

3. Жінка 32 років звернулася до лікаря зі скаргами на рясні та тривалі менструації, які тривають уже протягом 6 місяців, загальну слабкість, запаморочення. Шкіра та видимі слизові оболонки бліді. При піхвовому дослідженні виявлено: матка збільшена в розмірах як до 9-10 тижнів вагітності, правильної форми, безболісна, рухлива, придатки з обох боків не пальпуються, інфільтратів в малому тазу немає, склепіння вільні. Був встановлений діагноз фіброміома матки, постгеморагічна анемія. Виберіть найбільш правильну тактику ведення хворої.

Методичну розробку семінарського заняття підготувала доцент кафедри акушерства і гінекології № 2 Т.Ю. Ляховська

09.01.2015

Прорецензував професор В.К.Ліхачов

Методична розробка обговорена та затверджена на засіданні кафедри акушерства і гінекології №2, протокол № 7 від 16.01.2015 року

Методична розробка переглянута; доповнення та зміни внесені
„_____” _____ 201__ р.