

РАК ТІЛА МАТКИ

АКТУАЛЬНІСТЬ ТЕМИ

В останні роки відзначається неухильний ріст захворюваності на рак тіла матки (РТМ) у світі (8.4 на 100 000 жіночого населення – 6 місце (стандартизований показник, світовий стандарт (ASR)). У таких країнах, як Швеція і США, рак ендометрія (РЕ) вийшов на перше місце в структурі онкогінекологічної патології. В Україні збільшення захворюваності на цю локалізацію раку в середньому дорівнювало 6% на рік і в 2018 р. на 100 000 жіночого населення склало 36.1 (19.3 на 100 тис. всього населення) або 21.4 на 100 000 жіночого населення за ASR, що означає четверте місце в структурі всієї онкологічної захворюваності і третє місце в структурі онкологічної захворюваності серед жінок.

Епідеміологія. Рак ендометрія належить до пухлин, захворюваність на які зростає. Нині це найчастіший рак жіночих статевих органів.

Найвищі показники захворюваності зафіксовано серед білого населення США, Канади, Швейцарії. У США на 100 000 жіночого населення 20.1 (за ASR) жінок хворіють на рак ендометрія, в Литві 24.0, Канаді 23.6, Греції 21.5, Росії 18.7, захворюваність найнижча в країнах Азії і Африки: Індії 2.1, Алжирі 2.3, Нігерії 2.7, Узбекистані 3.7, Китаї 7.1, Відносно середній рівень в Мексиці 10.6, Грузії 11.7, Швейцарії 14.5, Японії 15.1.

Серед епідеміологічних факторів, які впливають на зростання захворюваності на рак ендометрія, важливими є: 1) загальне збільшення тривалості життя жіночого населення; 2) широке застосування замісної естрогенотерапії в постменопаузний період.

Кваліфікація лікарів, інформованість пацієнтів зумовлюють доволі ранню діагностику захворювання. Курабельність його відносно висока.

Середній вік хворих на рак ендометрія в США – 59 років, в Україні – 55 років; лише 5 % хворих на рак ендометрія молодші за 40 років.

Етіологія. Майже половина випадків раку ендометрія гормонозалежні і виникають на ґрунті гіперпластичних процесів ендометрія. Етіологічним фактором виникнення раку ендометрія, а також гіперплазії, що передують йому, – є персистуюча пролонгована естрогенна стимуляція ендометрія за відсутності прогестинного впливу на нього. Цей механізм функціонує як у пре-, так і в постменопаузі і стосується естрогенів екзогенного та ендogenous походження.

Постійне підвищення концентрації естрогенів у крові спостерігається при гіпоталамо-гіпофізарно-яєчникових розладах, ановуляторних циклах, при фемінізуючих пухлинах яєчників, ожирінні. У менопаузі яєчники та надниркові залози продукують лише андростендіон, який у жировій тканині перетворюється на естрон. В осіб похилого віку з надлишковою масою тіла утворення естрогену з андростендіону спостерігається частіше та інтенсивніше, ніж у молодих та худих. Ось чому підвищена захворюваність на рак ендометрія асоційована з ожирінням, безплідністю, пізньою менопаузою, полікістозом яєчників (синдромом Штейна-Левенталя). До захворювань, асоційованих з раком ендометрія, належать гіпертонічна хвороба, цукровий діабет, ожиріння, гіпотиреоз.

Рак ендометрія майже в кожній четвертій хворій (15–25 %) поєднується з фіброміомою матки, а у 8–10 % хворих – з гормонопродукуючими пухлинами. Але майже в 40 % хворих ендокринних порушень немає. Пухлина виникає в період менопаузи на фоні атрофованого ендометрія за відсутності фактора гіперестрогенемії. Характерним для цієї вікової категорії є ендofітний ріст пухлини, швидке прогресування, інвазивний ріст, лімфогенне метастазування. Тому деякі дослідники розрізняють два патогенетичні типи раку ендометрія – гормонозалежний та гормононезалежний.

Патологічна анатомія. Морфологічні зміни при раку ендометрія, а також ті, що передують йому, поділяються на такі:

Фонові процеси:

Гіперплазія ендометрія.

Ендометріальні поліпи.

Передракові захворювання:

1. Атипова гіперплазія ендометрія.

Злоякісні новоутворення:

Аденокарцинома (ендометріоїдний тип різного ступеня диференціації).

Світлоклітинний рак (мезонефроїдна аденокарцинома).

Серозний рак.

Залозисто-плоскоклітинний рак.

Епідермоїдний рак.

Недиференційований рак.

Гіперплазія ендометрія поділяється на просту залозисто-кістозну, залозисто-кістозну з атипією, просту аденоматозну і аденоматозну з атипією. Ймовірність переходу в інвазивний рак ендометрія становить для простої залозисто-кістозної 1 %, простої Аденоматозної – 3 %, залозисто-кістозної з атипією – 8 %, аденоматозної з атипією – майже 25 %.

Аденокарцинома – найчастіша форма раку ендометрія (80 %) – за ступенем злоякісності поділяється на високодиференційовану, рак середнього ступеня і рак низького ступеня зрілості (солідний рак).

Світлоклітинний рак – різновид залозистого раку, клітини якого світлі, не мають слизу, проте можуть містити глікоген і нагадують слизову оболонку первинної нирки. Серозний папілярний рак за своєю будовою нагадує цистаденокарциному яєчників і є однією з найбільш прогностично несприятливих форм раку ендометрія.

Анапластичний рак симулює саркому, дуже злоякісний, може бути круглоклітинним, веретенноклітинним і поліморфноклітинним.

За формою росту найчастіше трапляються екзофітні пухлини, дещо рідше – ендофітні. Екзофітна пухлина звичайно росте на широкій основі, рідко у формі поліпа й нагадує цвітну капусту, що виповнює просвіт матки. Пухлина ендофітної форми частіше нагадує виразку зі щільною основою. Глибина проростання пухлини в міометрій різна, іноді вона може прорости і в серозну оболонку матки. Поширення пухлини відбувається шляхом проростання наскрізь стінки матки, розростання по всій порожнині аж до внутрішнього вічка цервікального каналу, переходу на цервікальний канал, склепіння піхви та параметрій. Основним шляхом метастазування є лімфатичний, але спостерігаються також гематогенні метастази.

Регіонарні лімфатичні вузли. До регіонарних належать затульні, внутрішні, зовнішні, загальні клубові, параметріальні, сакральні, а також парааортальні лімфатичні вузли.

КЛАСИФІКАЦІЯ РАКУ ТІЛА МАТКИ (код МКХ-10 C54) за системою TNM-7 (2009) та FIGO

T – Первинна пухлина

TNM категорії	FIGO стадії	
TX		Не досить даних для оцінки первинної пухлини
T0		Первинна пухлина не визначається
Tis	0	Рак in situ (преінвазивна карцинома)
T1	I*	Пухлина обмежена тілом матки
T1a	IA*	Пухлина обмежена ендометрієм або уражає менше половини міометрія
T1b	IB	Пухлина уражає половину або більше міометрія
T2	II	Пухлина уражає строму шийки матки, але не поширюється за межі матки
T3 i/або N1	III	Локальне i/або регіонарне поширення у структури, які описано нижче
T3a	IIIA	Пухлина проростає серозний шар i/або в придатки (пряме поширення або метастаз)
T3b	IIIB	Поширення на піхву (пряме поширення або метастаз)
N1	IIIC	Метастази в тазові i/або парааортальні лімфатичні вузли**
	IIIC1	Метастази у тазові лімфатичні вузли
	IIIC2	Метастази у парааортальні лімфатичні вузли з/без метастазів у тазові

		лімфатичні вузли
T4	IVA	Пухлина проростає в слизовий шар сечового міхура і/або товстої кишки***

Примітка: *Тільки ендocerвікальне залозисте ураження класифікується як стадія I.

**Позитивна цитологія описується окремо, без зміни стадії.

***Наявність бульозного набряку недостатньо для класифікації пухлини як T4.

N – Регіонарні лімфатичні вузли

NX		Не досить даних для оцінки стану регіонарних лімфатичних вузлів
N0		Немає ознак ураження регіонарних лімфатичних вузлів
N1		Наявні метастази в регіонарних лімфатичних вузлах

Примітка: *регіонарними лімфатичними вузлами є тазові (гіпогастральні (затулні, внутрішні клубові), загальні та зовнішні клубові, параметріальні, крижові) та парааортальні лімфатичні вузли.

M – Віддалені метастази

MX		Не досить даних для визначення віддалених метастазів
M0		Віддалені метастази не визначаються
M1	IVB	Віддалені метастази наявні (окрім метастазів у піхву, серозну оболонку таза чи придатки). Метастази у пахвинні лімфатичні вузли, внутрішньоочеревинні лімфатичні вузли (крім парааортальних чи тазових)

pTNM Патоморфологічна класифікація

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

pN0* Патогістологічна категорія pN0 виставляється при відсутності метастазів у 6 і більше лімфатичних вузлах після тазової лімфаденектомії, при умові що матеріал для гістологічного дослідження після тазової лімфаденектомії повинен включати не менше 10 лімфатичних вузлів.

Примітка: * Коли всі лімфатичні вузли при дослідженні є негативними, однак їх кількість недостатня – класифікувати як pN0 (згідно FIGO кодується як pNx).

G – Гістопатологічна градація* (див. розділ 4, с. 66)

*Більш детальний опис гістологічної диференціації за даними FIGO розглядається у спеціальних джерелах (див. Creasman WT, Odicino F, Maisonneuve P, et al. FIGO Annual Report on the results of treatment in gynaecological cancer. Vol. 26. Carcinoma of the corpus uteri. Int J Gynecol Obstet 2006; 95, Suppl 1:105-143.)

Групування за стадіями

Стадія	T	N	M
IA	T1a	N0	M0
IB	T1b	N0	M0
II	T2	N0	M0
IIIA	T3a	N0	M0
IIIB	T3b	N0	M0
	T1	N1	M0
	T2	N1	M0
	T3	N1	M0
IVA	T4	Будь-яке N	M0
IVB	Будь-яке T	Будь-яке N	M1

Порівняння класифікації TNM та FIGO

TNM	Тіло матки	FIGO
T1	Обмежена тілом матки (включаючи ендоцервікальні залози)	I
T1a	Пухлина обмежена ендометрієм або уражає менше половини міометрія	IA
T1b	Пухлина уражає половину або більше міометрія	IB
T2	Пухлина уражає строму шийки матки	II
T3 i/ або N1	Локальне i/або регіонарне поширення у нижчеописані структури	III
T3a	Пухлина уражає серозну оболонку тіла матки або придатків	IIIA
T3b	Ураження піхви або параметрія	IIIB
N1	Регіонарні метастази	IIIC
T4	Поширюється на слизову сечового міхура/кишки	IVA
M1	Віддалені метастази	IVB

Клініка. Безсимптомним рак тіла матки буває рідко. Найчастішою скаргою хворих на рак тіла матки є кров'яністі виділення, кровотечі в менопаузі та нерегулярні маткові кровотечі в жінок репродуктивного віку. Іншим симптомом є поява лейкореї – рідких білів. Обидва симптоми можуть чергуватися.

Скарги на біль при раку тіла матки трапляються рідко, переважно виникають при запущених стадіях хвороби. Проростання пухлини в стінку сечового міхура супроводжується симптомами циститу. Поява піометри супроводжується підвищеною температурою. Кахексія при раку ендометрія, як правило, відсутня.

В анамнезі у хворих на рак ендометрія характерні відсутність або мала кількість вагітностей, дисфункціональні прояви з боку яєчників, ожиріння, гіпертонічна хвороба, цукровий діабет. Однак загальний стан більшості хворих довго залишається задовільним. Незважаючи на маткові кровотечі, анемія у хворих на рак ендометрія спостерігається рідко. При пізніх стадіях раку тіла матки можуть визначитися відповідні зміни в легенях (метастази), а при дисемінації процесу по очеревині з'являється асцит.

У хворих на рак ендометрія часто виявляється полінеоплазія, зокрема, рак грудної залози, товстої кишки або шлунка.

Діагностика. У хворих із першими стадіями раку тіла матки змін у геніталіях виявити фізикальними методами не вдається. Збільшення матки визначається при II–IV стадіях раку. У деяких хворих під час огляду дзеркалами спостерігаються сукровичні виділення із цервікального каналу шийки матки. Кров'яністі виділення можуть з'явитися після пальпації матки. При переході процесу на цервікальний канал промацується стовщення шийки матки. Тоді ж може визначитись ущільнений або інфільтрований параметрій, який обмежує рухомість шийки матки. Точніше стан параметрія досліджується через пряму кишку. При цьому можна визначити наявність метастазів у регіонарні лімфатичні вузли таза. При пальпації або огляді стінки піхви інколи спостерігаються метастази, що свідчить про запущену стадію захворювання.

Принципово діагноз раку ендометрія базується на морфологічному дослідженні біоптичного матеріалу з порожнини матки. При такій біопсії обов'язковим є окреме вишкрібання порожнини матки, окреме – цервікального каналу. Воно дає змогу оцінити поширеність раку ендометрія.

За допомогою лімфографії виявляються метастази в регіонарні лімфатичні вузли та визначається стан парааортальних лімфатичних вузлів. Використовується як пряма, так і непряма лімфографія.

Ультрасонографія з доплерометрією дає змогу докладніше визначити локалізацію та розміри ракового процесу в порожнині матки, визначити глибину інвазії в міометрії.

Лікування. Хірургічний метод лікування раку ендометрія є основним на ранніх стадіях, оскільки чутливість його до променевого лікування порівняно з раком шийки матки є невисокою.

Гістеректомію можна класифікувати за кількістю резекованої тканини:
проста екстирпація матки з придатками;

Тотальна гістеректомія та двостороння сальпінго-оофоректомія - видалення матки, шийки матки, параметриумів, маткових труб та яєчників.

Тотальна гістеректомія лапаротомним доступом з двобічною сальпінго-оофоректомією, тазовою та парааортальною лімфаденектомією – це лікування пацієнтів з раком ендометрія на ранній стадії (стадії Ia або Ib).

Існує три основні доступи до виконання гістеректомії.

Абдомінальний, вагінальний - через розріз через верхню частину піхви, лапароскопічний.

Малоінвазивна хірургія за допомогою стандартної лапароскопії або роботизованої хірургічної операції є альтернативним і альтернативним підходом до відкритої черевної хірургії при лікуванні пацієнтів з раком ендометрія. Будь-які збільшені тазові або парааортальні лімфатичні вузли резектують. Будь-який перитонеальний препарат повинен бути направлений на цитологію; якщо не виявлено жодної рідини, слід провести перитонеальне промивання 50 мл звичайного фізіологічного розчину. Якщо лімфатичні вузли негативні і у пацієнта є стадія Ia або Ib стадії з 1 або 2 ступенем злоякісності і пухлина у розмірах <2 см, подальше лікування не потрібно.

При Ic стадії раку ендометрія будь-якого ступеня диференціації ймовірність ураження регіонарних лімфатичних вузлів збільшується майже в 6 разів.

Крім того, показаннями до заочеревинної лімфаденектомії вважають серозний, мезонефроїдний, плоскоклітинний гістологічні типи раку, поширення раку на істмоцервікальну зону, позаматкове поширення раку, збільшені заочеревинні лімфатичні вузли. Якщо пухлина переходить на цервікальний канал, застосовують розширену екстирпацію матки з придатками за Вертгаймом. При технічних труднощах та наявності тяжкої супровідної патології можна виконати просту екстирпацію з післяопераційним внутрішньопорожнинним опроміненням та опроміненням зон регіонарного метастазування.

Передопераційна дистанційна променева терапія застосовується з метою профілактики місцевих рецидивів (методика і дозування такі, як і при раку шийки матки). Значно рідше застосовується передопераційна внутрішньоматкова γ -терапія. При технічних труднощах та наявності тяжкої супровідної патології виконують просту екстирпацію з післяопераційним далекодистанційним опроміненням зон регіонарного метастазування чи поєднано променевим опроміненням. Суть його полягає в дистанційному опроміненні параметрія і контактному (внутрішньоматковому) опроміненні основного вогнища в матці.

За наявності протипоказань до хірургічного лікування або якщо жінка не погоджується на операцію, методом вибору є поєднано променевий спосіб лікування.

З появою синтетичних похідних прогестерону пролонгованої дії можливим стало їхнє застосування в лікуванні не тільки гіперплазій ендометрія, а й високодиференційованого раку ендометрія. Виявлено пряму залежність дії прогестинів від ступеня диференціації пухлини. Із синтетичних прогестинів широкого застосування набули оксипрогестерону капронат, депостат. Гормонотерапія як самостійний метод застосовується лише у хворих з передраком і внутрішньоепітеліальним раком ендометрія, а також в осіб з високота помірnodиференційованим раком ендометрія, яким радикальне лікування протипоказане.

Прогноз. Віддалені наслідки лікування раку тіла матки залежать від глибини інвазії в міометрії, стадії процесу та ступеня диференціації пухлини, наявності регіонарних метастазів.

Працездатність хворих, що перенесли тільки хірургічне лікування, залежить від перебігу операції та післяопераційного періоду. Звичайно титчасова втрата працездатності триває приблизно 4 міс. Хворі, ліковані комбінованим та поєднано променевим методом,

непрацездатні до одного року. Жінок працездатного віку після закриття листка непрацездатності переводять на інвалідність.

Відновне лікування. У молодих жінок після радикального лікування з'являється післяопераційний посткастраційний синдром. Хворим призначають серцеві та седативні засоби. З огляду на те, що відновити втрачені функції неможливо, основний акцент робиться на психотерапію, адекватне працевлаштування і повноцінну соціальну реабілітацію.

Рекомендована література

Основна

1. Новикова Е. Г. и др. Рак тела матки. Онкология. Национальное руководство. – М.: Геотар-Медиа, 2008. – С. 827-837.
2. *Атлас онкологических операций* Под ред. В. И. Чиссова, А. Х. Трахтенберга, А. И. Пачеса. ГЭОТАР-Медиа, 2008 – 624 с. https://www.studmed.ru/chisso-vitrahtenberg-ah-paches-ai-red-atlas-onkologicheskikh-operaciy_e41164afda7.html
3. Білінський Б. Т. Медичні помилки в онкології. Львів: Афіша, 2013. –324 с. <https://www.twirpx.com/file/1832133/>
4. Бондар Г. В., Попович О. Ю., Думанський Ю. В., Яковець Ю. І. та ін. *Лекції з клінічної онкології. Том 1; Том 2.* – Донецьк, 2006-7. – 442 с.
5. Бохман Я. В. *Лекции по онкогинекологии.* М.: Изд-тво: Мед. Инф. Агентство, 2007. – 304 с.
6. *Онкогинекология: Класифікація TNM. Клінічні рекомендації. Режими медикаментозної терапії / Упорядники: Я. В. Шпарик, О. О. Олексяк, М. І. Ломницька.* Львів: Галицька видавнича спілка. – 2005. – 80 с.
7. *Онкология: Підручник – 3-те видання, перероб. і доп. / Б. Т. Білінський, Н. А. Володько, А. І. Гнатишак, О. О. Галай та ін.; За ред. Б. Т. Білінського – К. Здоров'я, 2004, 2007 – 528 с.* <http://booksshare.net/index.php?id1=4&category=med&author=bilinskiy-bt&book=2004>
8. *Онкология (За ред. І. Б. Щепотіна, В. Л. Ганула, І. О. Клименко. К.: Книга плюс, 2006. – 496 с.*
9. *Онкология: підручник / Ю. В. Думанський, А. І. Шевченко, І. Й. Галайчук, ...та ін. ; за ред. Г. В. Бондаря, А. І. Шевченка, І. Й. Галайчука. — 2-е вид., переробл. та допов. — К. : ВСВ «Медицина», 2019. — 520 с.* <http://kingmed.info/media/book/5/4093.pdf>
10. *Онкология: Вибрані лекції з клінічної онкології / За ред. Г. В. Бондаря, В. С. Антіпової. Луганськ, ВАТ „Луганська обласна друкарня”. 2009. – 589 с.*
11. *Онкология. Вибрані лекції для студентів і лікарів / За ред. В. Ф. Чехуна. – К.: Здоров'я України, 2010. – 768 с.*
12. Пилипенко М. І. *Радіаційна онкологія : навчальний посібник для студентів-медиків, лікарів-інтернів, лікарів-онкологів усіх профілів / М. І. Пилипенко. – Харків : ХНМУ, 2018. – 538 с.*
13. *Радіологія (Променева діагностика та променева терапія.) / За заг. ред. М. М. Ткаченка. К.: Книга плюс, 2011. – 719 с.*
14. Новикова Е. Г., Антипов В. А. Рак шейки матки // Онкология. Национальное руководство. – М.: Геотар-Медиа, 2008. – С. 827-837.
15. Шевченко А. І., Попович О. Ю., Колесник О. П. *Онкологія. (Електронний підручник).* – Запоріжжя: ЗДМУ, 2009. – 309 с.
16. *Онкология: підручник / Шевченко А. І., Колесник О. П., Шевченко Н. Ф. та ін./; за ред. проф. А. І. Шевченка. – Вінниця : Нова Книга, 2020. – 485 с.*

Додаткова

1. *Рак в Україні.: захворюваність, смертність, показники діяльності онкологічної служби /За ред. С. О. Шалімова. Бюлетень національного канцер-реєстру України. (дивитися щорічні №№ 20-21 бюлетенів)*
2. Бохман Я. В. *Руководство по онкогинекологии.* – Л.: Медицина, 1989. – 463 с.
3. Бохман Я. В. *Лекции по онкогинекологии.* – Медицинское информационное агентство, 2007. – 304 с.

4. *Лекції по онкогінекології / Под ред. М. І. Давыдова, В. В. Кузнецова, В. М. Нечушкиної. – МЕДпресс-информ, 2009. – 432 с.*
5. *Справочник по онкології / С. А. Шалимов, Ю. Я. Гриневич, Д. В. Мясоєдов, А. Ф. Возианов, О. В. Балицкая, Б. Т. Билынский. – К. : Здоров'я, 2008. – 576 с.*

Матеріали для самоконтролю

Теоретичні запитання до заняття

1. Епідеміологія та розповсюдженість раку тіла матки.
2. Етіологія, передракові захворювання, фактори ризику виникнення РТМ.
3. Патоморфологія РТМ: гістологічні класифікації, макроскопічні форми, шляхи метастазування.
4. Класифікація за системою TNM раку тіла матки.
5. Особливості клінічного перебігу РТМ.
6. Обов'язкові та спеціальні методи обстеження хворих на РТМ.
7. Диференціальна діагностика РТМ з іншими гінекологічними захворюваннями.
8. Принципи та види комбінованого лікування хворих на РТМ з різними стадіями захворювання.
9. Принципи хірургічного лікування раку ендометрія.
10. Методи первинної та вторинної профілактики РТМ та прогноз при цьому захворюванні.
11. Профілактика, рання діагностика та моніторинг РТМ.

Тестові завдання

Тест № 1 ($\alpha=1$). Визначте найбільш інформативний метод діагностики раку ендометрія: 1) морфологічний, 2) ендоскопічний, 3) лабораторний, 4) УЗД, 5) клінічний.

Тест № 2 ($\alpha=1$). Вкажіть радикальну операцію при раку тіла матки: 1) гістеректомія; 2) резекція матки; 3) тотальна екстирпація матки; 4) оваріогістеректомія; 5) екстирпація матки.

Тест № 3 ($\alpha=1$). Виділіть перший симптом раку ендометрія: 1) кров'янисті виділення; 2) загальна слабкість; 3) біль у статевих органах; 4) водянисті виділення; 5) біль під час статевого акту.

Тест № 4 ($\alpha=1$). Назвіть за автором тип розширеної тотальної екстирпації матки: 1) операція Вертгайма; 2) операція Кеню-Майлса; 3) операція Гарлока; 4) операція Крайля; 5) операція Дюкена.

Тест № 5 ($\alpha=1$). Визначте характеристику пухлини T1 раку ендометрія: 1) пухлина розповсюджується за межі матки, але без проростання стінки таза або н/з піхви; 2) пухлина поширюється на стінку таза; 3) пухлина обмежена тілом матки; 4) пухлина поширюється на піхву; 5) пухлина проростає в оточуючі тканини.

Ситуаційні задачі

Задача № 1 ($\alpha=2$). У хворої М., 62 років, після 14-річної менопаузи з'явились кровомазання протягом місяця. При бімануальному дослідженні кров'янисті виділення із статевих шляхів посилились, матка дещо більших розмірів, безболісна, придатки з обох боків не збільшені, їх ділянка безболісна. Шийка матки при огляді у дзеркала чиста.

Завдання: поставте попередній діагноз.

Задача № 2 ($\alpha=2$) 58-річна жінка (вагітностей – 6, пологів – 4, абортів – 2), з цукровим діабетом, вагою 122,6 кг вперше мала епізод кровотечі зі статевих шляхів 5 років тому. Лікар жіночої консультації направив жінку в гінекологічне відділення для проведення роздільного діагностичного вишкрібання порожнини матки.

Завдання: з чим пов'яже лікар жіночої консультації згадані симптоми?

Задача № 3 ($\alpha=2$) Хвора, 38 років, поступила для оперативного лікування з приводу підслизової міоми матки. РУ: шийка матки деформована, тіло матки збільшене як до 12-13 тижнів вагітності, щільне, безболісне. Придатки не змінені, виділення кров'янисті.

Завдання: Вкажіть оптимальний обсяг операції?

Задача № 4 ($\alpha=3$). В гінекологічне відділення поступила хвора М., 65 років. Скарги на біль у ділянці лівого стегна, особливо вночі. В сечі та калі з'явилась кров. Вперше до лікаря

звернулась 3 місяці тому. Вагінально: піхва вузька, інфільтрована раковою пухлиною, шийку матки оглянути неможливо. Ректально: стінки піхви і прямої кишки також інфільтровані раковою пухлиною. Тіло матки збільшене до 11 тижнів вагітності, щільне. В параметріях з обох боків пальпуються інфільтрати, які досягають стінок таза.

Завдання 1: який вірогідний діагноз у хворої?

Завдання 2: з чим Ви пов'язуєте біль у ділянці лівого стегна, кров в сечі, та кров у калі?

Завдання 3: призначте лікувальну тактику в даному випадку.

Задача № 5 ($\alpha=3$). До гінекологічного відділення поступила жінка віком 65 років зі скаргами на забарвлення сечі у червоний колір, тупий, ниючий біль у нижніх відділах живота, кров'янисті виділення з піхви. При розпитуванні встановлено, що хвора за останні місяці почала різко втрачати вагу, відчуває слабкість, відсутність апетиту. Мануальним вагінальним дослідженням виявлена збільшена, горбиста, помірно болюча матка розмірами відповідно 11-12 неділям вагітності. Регіонарні лімфовузли не збільшені. В аналізі сечі незмінені еритроцити вкривають все поле зору.

Завдання 1: яка найбільш вірогідна патологія зумовлює появу гематурії?

Завдання 2: який з методів дослідження необхідно застосувати для верифікації діагнозу?

Завдання 3: запропонуйте метод лікування вашій хворій.