

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:	Передракові захворювання шийки матки (I заняття) (код курсу 16.1)
Курс	II
Спеціальність	Акушерство і гінекологія

Кількість навчальних годин: 2 години.

I. Актуальність теми

Патологічні зміни, які виникають в шийці матки різноманітні по етіології, морфології та їх значенню в розвитку раку, в зв'язку з чим вони можуть бути розділені на три підгрупи: фонові зміни, передрак і рак. Передують епітеліальним злоякісним утворенням шийки матки передракові зміни епітелію, які можуть розвиватись як на незмінній шийці матки, так і в області фонових процесів. В останні роки рак шийки матки розглядається, як патологія, яку можливо попередити, але в структурі гінекологічної онкозахворюваності він залишається на першому місці. Скарги (порушення менструальної функції, патологічні виділення зі статевих шляхів, порушення функції сусідніх органів, анемії) з якими звертаються хворі до лікарів самих різних спеціальностей, особливо на пізніх стадіях захворювання, часто приймаються за гінекологічну патологію. Все це, свідчить про те, що питання діагностики даних захворювань, повинні бути вивчені лікарями всіх спеціальностей.

II. Навчальні цілі заняття

Для опанування теми заняття інтерн повинен знати:

1. Фактори ризику злоякісних новоутворень.
2. Визначення понять «справжня ерозія шийки матки», «поліпи слизової оболонки цервікального каналу», «ендометріоз», «папілома шийки матки», «ектропіон».
3. Причини і фактори ризику передракових захворювань статевих органів жінки.
4. Класифікація передракових захворювань статевих органів жінки. (шийки матки)
5. Патогенез передракових захворювань статевих органів жінки. (шийки матки)
6. Діагностика передракових захворювань статевих органів жінки. (шийки матки)
7. Основні принципи лікування передракових захворювань статевих органів жінки. (шийки матки).
8. Методи профілактики.

В результаті проведення заняття інтерн повинен уміти:

1. Провести збір анамнестичних даних;
2. Провести піхвове дослідження;
3. Засвоїти методи збору матеріалу для лабораторних методів дослідження

III. Базові знання

1. Знати етіологія і патогенез пухлино утворення
2. Клінічна анатомія та фізіологія жіночих статевих органів.
3. Фонові та передракові захворювання жіночого органокомплексу.
4. Профілактичні заходи передракових захворювань у жінок.
5. Своєчасне виявлення та запобігання виникнення злоякісних пухлинних процесів у жінок.

III. Цілі розвитку особистості майбутнього фахівця

Використання етико-деонтологічних прийомів у процесі клінічного обстеження жінок та виконанні лікарських маніпуляцій.

Розвинути почуття відповідальності у лікарів-інтернів за правильність дій на етапах обстеження та лікування жінок. Формування у лікарів психологічної та фахової готовності до реальних умов професійної діяльності

IV. Міждисциплінарна інтеграція:

Дисципліни	Знати	Вміти
I. Попередні дисципліни Анатомія людини	Будову жіночих статевих органів	
II. Наступні дисципліни		
Сімейна медицина	Причини і фактори ризику передракових захворювань статевих органів жінки	Провести лабораторне обстеження хворої
III. Внутрішньопредметна інтеграція Причини і фактори ризику передракових захворювань статевих органів жінки.	Патогенез передракових захворювань статевих органів жінки.(шийки матки)	Діагностика передракових захворювань статевих органів жінки.(шийки матки) Основні принципи лікування передракових захворювань статевих органів жінки.(шийки матки)

V. Зміст теми семінарського заняття

ФОНОВІ ТА ПЕРЕДРАКОВІ ПРОЦЕСИ ШИЙКИ МАТКИ

До доброякісних патологічних процесів шийки матки відносяться такі стани, при яких зберігається нормоплазія епітелія, тобто проходить правильне мітотичне ділення епітеліальних клітин, їх диференціювання, дозрівання, ексфоціація.

До передракових станів відносять

Дисплазії епітелія- патологічні процеси, при яких спостерігають гіперплазію, проліферацію, порушення диференціювання, дозрівання та відторгнення епітеліальних клітин.

Вроджена(фізіологічна) ектопія шийки матки може спостерігатись у жінок до 23 років. В таких випадках жінка підлягає динамічному спостереженню з контролем цитологічного обстеження і не підлягає лікуванню.

Справжня ерозія шийки матки

Справжня ерозія шийки матки— патологічний процес, що виникає внаслідок пошкодження і наступної десквамації багат шарового плоского епітелію шийки матки. У результаті виникає дефект— відсутність епітелію на піхвовій її частині.

Причинами виникнення справжніх ерозій найчастіше є ендocerвіцит, ендометрит, при яких гнійні виділення із цервікального каналу, подразнюючи ектоцервікс, призводять до вторинного запалення та злущення епітелію з поверхні шийки матки. До травми епітелію може призвести також необережне дослідження.

Клініка. Основними клінічними ознаками є переважно ознаки основного захворювання. Хворі скаржаться на гнійні виділення, після гінекологічного огляду, статевого акту можуть з'являтися кров'яні виділення(контактні кровотечі).

Діагностика ґрунтується на даних клінічної картини, кольпоскопії; цитологічного дослідження. Ерозію виявляють при огляді у дзеркалах. Справжня ерозія шийки матки розміщується переважно на задній(рідше передній) губі шийки матки, має яскраво-червоний колір, при дотику кровоточить. Дно ерозії— набрякла сполучна тканина із субепітеліальними судинами. При кольпоскопічному дослідженні діагностують запальні зміни, порушення мікроциркуляції, розширення судин, набряк, на поверхні ерозії— відкладення фібрину.

Захворювання відносять до нетривалих процесів, справжня ерозія існує не довше 2-3 тижнів. Після цього відбувається загоєння дефекту епітелію за рахунок новоутвореного плоского або циліндричного епітелію. Завдяки тому, що циліндричний епітелій має вищу регенераторну здатність, ніж багат шаровий плоский, більша частина справжньої ерозії закривається саме одношаровим циліндричним епітелієм, що наростає на її поверхню з цервікального каналу. Процес переходить у наступну стадію — утворюється несправжня ерозія(псевдоерозія) шийки матки.

Лікування та догляд за хворою. Лікують захворювання, які призвели до утворення справжньої ерозії шийки матки. З'ясовують характер збудника і призначають лікування, спрямоване на його ліквідацію та зменшення запальної реакції в тканинах. Відтак створюють оптимальні умови для загоєння ерозії— застосовують тампони з мірамістиновою маззю, шипшиною та обліпиховою олією. Для підвищення регенераторної здатності тканин шийки матки та покращення органоспецифічності новоутвореного епітелію доцільно використовувати лазеротерапію, яку проводять за допомогою гелієво-неонових або напівпровідникових лазерів. Кожну ділянку опромінюють 1 хв, загалом експозиція становить 6-8 хв. Курс лікування— 6-8 днів.

Несправжня ерозія шийки матки

Несправжня ерозія шийки матки(псевдоерозія) — доброякісний патологічний процес шийки матки, що виникає внаслідок розростання на поверхні ектоцервікса ектопічного циліндричного епітелію. Несправжню ерозію шийки матки виявляють у ті чи інші періоди життя у 35-40% жінок. Захворювання поліетіологічне. У виникненні псевдоерозії шийки матки певна роль належить змінам гормональних співвідношень в організмі жінки. Існує також теорія автоімунного компонента патогенезу патології шийки матки, доведено зв'язок показників місцевого гуморального імунітету зі ступенем морфологічних змін шийки, що свідчить про можливий вплив імуноглобулінів різних класів на виникнення та прогресування фонових захворювань.

Розрізняють вроджену, посттравматичну та дисгормональну ектопію. Часто псевдоерозія формується зі справжньої— циліндричний епітелій наповзає на позбавлену багат шарового плоского епітелію поверхню ектоцервікса з цервікального каналу. Джерелом ектопічного (розміщеного поза межами своєї звичайної локалізації) епітелію є резервні клітини, що містяться під епітелієм цервікального каналу та його залоз(крипт). Це недиференційовані елементи, за рахунок яких проходить регенерація епітелію шийки матки. Залежно від умов, резервні клітини, що мають біпотентні властивості, можуть трансформуватись як у циліндричний, так і у багат шаровий плоский епітелій. Циліндричний епітелій розростається вглиб, утворюючи розгалужені залозисті ходи, що нагадують залози слизової оболонки цервікального каналу. Залози виробляють слиз, що виділяється вивідними протоками. Якщо протоки закриваються в процесі епідермізації, у просвіті залоз скупчується слиз, утворюються ретенційні кісти, так звані наботові залози. Розміри їх різні, вони просвічують крізь епітелій шийки матки у вигляді горбків жовтуватого кольору.*За морфологічними ознаками розрізняють папілярні, олікулярні, залозисті та змішані псевдоерозії.*

Клініка. Хворі зазвичай скарж не мають. За наявності супровідних захворювань(запальні процеси матки, придатків, піхви) можуть бути скарги на виділення з вагіни, біль унизу живота, інколи контактні кровотечі. При огляді у дзеркалах бачимо навколо зовнішнього вічка шийки матки або на її задній губі пляму

червоного кольору величиною від 3-5 до 30-50 мм з «оксамитовою» поверхнею. При дотику вона легко кровоточить.

Діагностика рунтується на даних огляду шийки матки у дзеркалах, простої та розширеної кольпоскопії, біопсії. При простій кольпоскопії видно гроноподібні скупчення яскраво-червоних довгастих сосочків. При розширеній (після нанесення на поверхню ерозії 3% розчину оцтової кислоти) внаслідок короткочасного скорочення судин та набряку епітелію сосочки стають більш рельєфними, блідішають і набувають чіткого вигляду, нагадуючи грона винограду. При проведенні проби Шіллера (нанесення на шийку матки 3% розчину Люголя або 5% спиртового розчину йоду) ерозія набуває світло-рожевого забарвлення. Проба дає можливість виявити найбільш змінені ділянки епітелію для взяття прицільної біопсії скальпелем чи спеціальними інструментами. Біоптат фіксують у 5-10% розчині формаліну і відправляють у лабораторію.

Лікування. У лікуванні псевдоерозій слід дотримуватись таких правил:

- жінки із вродженими ектопіями епітелію підлягають спостереженню до 23 років. Лікування вони не потребують;
- лікування ерозій розпочинають з лікування захворювань, які призвели до їх виникнення (ендоцервіцит, ендометрит, сальпінгоофорит, ектропіон, кольпіт, ендокринні порушення). Проводять ідентифікацію збудника і призначають етіотропне лікування залежно від його виду (трихомоніаз, хламідіоз, гонорея). Існування ерозії підтримує запальний процес у піхві, а наявність кольпіту підтримує тривале існування псевдоерозії, порушуючи процеси регенерації та диференціювання епітелію;
- проводять медикаментозну деструкцію патологічного субстрату препаратом солковагін (солкогін) або вдаються до діатермокоагуляції чи кріо-деструкції ерозивної поверхні. Перед проведенням діатермокоагуляції чи кріодеструкції рекомендовано біопсію;
- за наявності ознак переродження рекомендовано радикальне хірургічне втручання.

Поліпи слизової оболонки цервікального каналу

Поліпи слизової оболонки цервікального каналу утворюються з слизової оболонки зовнішнього вічка, середньої або верхньої третини ендocerвікса. Вони можуть мати ніжку або широку основу.

Морфологічно розрізняють залозисті, залозисто-фіброзні й аденоматозні поліпи залежно від реважання в їхньому складі залоз чи сполучної тканини. Від цього також залежить консистенція (щільна при фіброзних поліпах і м'яка при залозистих). Колір поліпа залежить від його кровопостачання. При достатньому кровопостачанні поліп матиме рожевий чи блідо-рожевий колір.

Якщо приєднуються ускладнення (крововилив, некроз, запалення) — від червоного до ціанотичного.

Клініка. Частіше поліпи виникають у жінок після 40 років. Симптоматики неускладнені поліпи не дають, виявляють їх переважно при онкопрофоглядах. У деяких жінок можуть з'являтися слизові або незначні кров'яністі виділення з піхви.

Діагностика. При огляді у дзеркалах видно утворення переважно округлої форми, що міститься у цервікальному каналі або звисає у піхву. Для уточнення діагнозу проводять кольпоскопію. Якщо поліп покритий циліндричним епітелієм, то при розширеній кольпоскопії він має характерну сосочкову поверхню; якщо поліп покритий плоским епітелієм (епідермальний поліп), то поверхня його гладенька, з розгалуженими судинами. Поліпи з слизової оболонки ендocerвікса розчином Люголя не забарвлюються.

Лікування. Поліпи видаляють шляхом відкручування з наступною коагуляцією ніжки, якщо основа її доступна зору. Якщо основа ніжки поліпа знаходиться високо у цервікальному каналі, проводять вишкрібання цервікального каналу з наступним дослідженням поліпа і отриманого вишкребу. Можна використовувати кріодеструкцію основи поліпа, при цьому методі виникає менше рецидивів. Якщо поліп рецидивує, хворій потрібна консультація онкогінеколога.

Папілома шийки матки

Захворювання спричинене папіломавірусом людини(HPV). Відомо більше100 типів папіломавірусів, але лише окремі з них спроможні викликати ураження статевих шляхів. HPV-інфекції найчастіше трапляються в молодих жінок, що живуть активним статевим життям і нехтують правилами особистої гігієни.

Існує три видиHPV-уражень шийки матки:

- гострокінцеві конділоми(екзофітний тип);
- плоскі конділоми;
- інвертовані конділоми(ендофітний тип).

Клінічних ознак, специфічних дляHPV-інфекції, немає, вони проявляються ознаками кольпіту— виділеннями зі статевих шляхів, свербінням. Виявляють папіломи при огляді зовнішніх статевих органів або при огляді шийки матки в дзеркалах. Характерною цитологічною ознакою вірусної інвазії є явища койлоцитозу, які виявляються у вигляді просвітлення цитоплазми навколо ядра. Гістологічно виявляють розростання багатошарового плоского епітелію ектоцервікса разом зі сполучною тканиною, клітини без ознак атипії, можуть бути явища ангіоматозу, вторинні запальні зміни, при вагітності— децидуальні зміни.

Лікування. При великих папіломатозних розростаннях проводять біопсію, після чого вдаються до лазерокоагуляції високоінтенсивним лазером або до кріодеструкції рідким азотом. Невеликі розростання на ніжці лікують шляхом діатермокоагуляції ніжки папіломи з наступним гістологічним дослідженням отриманої тканини. З консервативних методів пропонують присипання порошком резорцину, обробку подофіліном, кондиліном або феризолом. Дуже ефективним є застосування сучасного препарату солкодерм— суміші органічних та неорганічних кислот, під впливом яких тканини папіломатозних розростань коагулюються і конділоми відпадають.

Ектропіон

Ектропіон— виворот слизової оболонки шийки матки внаслідок погано відновленої шийки після пологової травми. Рідше подібні травми можуть виникати під час абортів. Поверхня, що утворилася внаслідок розриву, загоюється за рахунок циліндричного епітелію цервікального каналу. Таким чином, ектопічний епітелій опиняється поза межами ектоцервіксу у кислому середовищі піхви, інфікується, розвивається хронічний ектоцервіцит, гіпертрофія шийки матки. Порушується бар'єрна функція шийки, і у матку потрапляють мікроорганізми, що призводять до розвитку ендоміометриту у підгострій або хронічній формі.

Клініка. У деяких випадках скарг у хворих немає. При ускладнених формах ектропіону хворих турбує ниючий біль унизу живота, виділення зі статевих шляхів, порушення менструальної функції у вигляді гіперменст-руального синдрому, менорагій.

Діагностика. Наявність старого розриву шийки матки, її деформацію, ерозовані краї виявляють при огляді в дзеркалах. На відміну від ерозії, якщо зблизити краї розриву, ектропіон« зникає», його видно тільки при розведенні передньої та задньої губи шийки матки. При кольпоскопії діагностують атипову картину, зумовлену хронічним запальним процесом. При різкій деформації часто бувають значні гістологічні зміни— дисплазії. Проводять комплексне обстеження хворих, що,окрім розширеної кольпоскопії, включає цитологічне дослідження, біопсію шийки матки, фракційне вишкрібання порожнини матки та цервікального каналу. Із врахуванням отриманих данихвирішують питання про об'єм лікування. Після ліквідації запального процесу у піхві та шийці матки, проводять діатермокоагуляцію ерозованої поверхні ектропіона. Внаслідок утворення сполучної тканини відбувається звуження зовнішнього вічка і формування ектоцервікса. При значній деформації шийки матки, глибоких розривах вдаються до реконструктивно-пластичних операцій, зокрема операції Еммета. Наявність дисплазії є показанням до більш радикального лікування— конусоподібної або клиноподібної ампутації шийки матки.

Лейкоплакія шийки матки

Лейкоплакії належать до гіперкератозів. Лейкоплакія— патологічний стан епітелію, що

характеризується його потовщенням та зроговінням. Етіологію захворювання пов'язують із гормональною недостатністю, інволюційними змінами в організмі жінки та дефіцитом вітаміну А. Гістологічно лейкоплакія являє собою потовщення багат шарового плоского епітелію за рахунок його базального та зернистого шарів з явищами паракератозу та зроговіння (гіперкератозу). Розрізняють прості лейкоплакії без ознак атипії (належать до фонових захворювань) та лейкоплакії з ознаками базально-клітинної гіперактивності та атипії— ці захворювання відносять до передракових, оскільки у 15-75% хворих із цією формою лейкоплакії розвивається плоскоклітинний роговіючий рак шийки матки.

Клініка. Захворювання не має характерної клінічної картини. Скарг у хворих немає, лейкоплакії виявляють при профілактичних оглядах або при звертанні до гінеколога з іншого приводу. У деяких випадках хворі скаржаться на велику кількість виділень зі статевих шляхів та контактні кровотечі (це ознака можливої малігнізації).

Діагностика. Лейкоплакію, розміщену на шийці матки та стінках піхви, виявляють за допомогою огляду шийки матки в дзеркалах. Вона має вигляд білуватої плівки або бляшки іноді з перламутровим відтінком, яка може бути плоскою або дещо підніматися над рівнем епітелію шийки матки. У початкових стадіях процесу плівку можна видалити з шийки матки, і стає видимою основа лейкоплакії, яка при кольпоскопії виглядає як йоднегативна ділянка з темно-червоними крапочками, що являють собою сполучнотканинні сосочки в багат шаровому плоскому епітелії з петлями капілярних судин. Поля лейкоплакії при кольпоскопії мають вигляд багатокутних ділянок, розділених нитками капілярів, що створює малюнок мозаїки. При цитологічному дослідженні у мазках-відбитках знаходять пласти полігональних зроговілих клітин з пікнотичним ядром неправильної форми— дискератоцити. Основний метод діагностики— біопсія. Її проводять під контролем кольпоскопії з найбільш зміненої ділянки шийки матки. Ділянки плоско-клітинної метаплазії можуть міститися і у цервікальному каналі, тому необхідно провести вишкрібання слизової оболонки ендоцервікса.

Лікування. Якщо лейкоплакія поєднується із запальними захворюваннями піхви та шийки матки, необхідно провести санацію вагіни, враховуючи вид збудника. Не треба застосовувати засоби, що впливають на тканинний обмін та регенерацію тканин (шипшинова та обліпихова олія, алое тощо), оскільки ці препарати можуть стимулювати проліферативні процеси та призвести до диспластичних змін у шийці матки. Серед хімічних коагулянтів особливої уваги заслуговує солковагін. Цей препарат є сумішшю органічних та неорганічних кислот і має коагулювальний вплив саме на циліндричний епітелій. Він проникає у тканини на 2,5 мм, що достатньо для руйнування патологічно зміненої ділянки епітелію, не викликає грубих рубцевих змін. У лікуванні лейкоплакії застосовують діатермокоагуляцію, проте численні недоліки методу (імплантаційний ендометріоз, кровотеча під час відшарування струпа, грубі зміни в шийці при надто глибокій коагуляції) обмежують його використання. Більш ефективними методами є кріодеструкція та дія високоінтенсивним вуглекислим лазером. Існують методики, що пропонують поєднання кріодеструкції з подальшим опроміненням низькоінтенсивним напівпровідниковим лазером. При цьому досягається максимальна органоспецифічність відновленої після кріодеструкції тканини, знижується відсоток рецидивів.

Догляд за хворою. Роль фельдшера, акушерки в консервативному лікуванні хворих з ерозіями шийки матки полягає у виконанні місцевих процедур для санації піхви, а далі— у введенні препаратів, що покращують регенерацію тканин. Після спеціального навчання акушерка може проводити за призначенням лікаря лазеротерапію, спрямовану на загоєння ерозованої поверхні. Після діатермокоагуляції (ДТК) на шийці матки утворюється сірувато-білий струп. Через 2-3 тижні він відпадає. Протягом цього періоду у жінки можуть бути значні виділення брудно-сірого кольору. Про це їй потрібно заздалегідь попередити. Протягом місяця жінка повинна утриматися від статевого життя, піднімання важких речей, виконання спринцювань чи інших вагінальних процедур, щоб не пошкодити струп і не спричинити кровотечу. Можна лише обмивати зовнішні статеві

органи. Якщо у хворої після ДТК виникає кровотеча, її треба негайно госпіталізувати. До лікарська допомога полягає у введенні у піхву тампона, просоченого епсилонамінокапроною кислотою.

ПЕРЕДРАКОВІ ЗАХВОРЮВАННЯ ШИЙКИ МАТКИ

За рішенням Комітету експертів ВООЗ(1973) усі передпухлинні стани шийки матки об'єднані терміном «дисплазія». Крім власне дисплазії, до цієї групи входять також лейкоплакія з атипією клітинних елементів, еритроплакія та аденоматоз. Існує багато синонімів дисплазії: атипія, атипова гіперплазія, базальноклітинна гіперплазія, цервікальна інтраепітеліальна неоплазія(CIN) та ін. До факторів ризику виникнення дисплазій, а отже і раку шийки матки, зараховують: ранній початок статевого життя, часту зміну статевих партнерів, посттравматичні зміни шийки матки внаслідок абортів та пологів, інфікування організму вірусамиHPV таVHS-2, зміну гормональної рівноваги(гіперестрогенія), вплив шкідливих факторів виробництва та екології. Захворювання найчастіше виявляють у жінок після 30 років. За локалізацією диспластичні зміни в молодих пацієнток виникають у ділянці ектоцервікса, а в жінок клімактеричного віку— у цервікальному каналі, що пов'язано з міграцією перехідної зони.

Дисплазія

Дисплазія, за визначенням ВООЗ, — це патологічний процес, при якому в частині товщі епітеліального шару з'являються клітини з різним ступенем атипії, що характеризуються порушенням процесів диференціювання, росту, дозрівання та відторгнення. За ступенем ураження епітелію, ступенем клітинної атипії та збереження архітекτονіки епітеліального шару виділяють три ступені дисплазії:

- слабку(CIN I);
- середню(CIN II);
- тяжку, або виражену(CIN III).

При CIN III гіперплазія та атипія клітин базального типу займає 1/3 товщини епітелію, приCINII зміни захоплюють близько половини товщини слизової, приCIN I— уражений весь епітелій або не менше 2/3 його. Виражена атипія поверхневих шарів розцінюється як важкий ступінь.

При кольпоскопії виділяють такі види змін епітелію:

- поля дисплазії:
 - а) поля гіперплазії багатошарового плоского епітелію;
 - б) поля метаплазії циліндричного епітелію.
- папілярна зона дисплазії:
 - а) папілярна зона гіперплазії багатошарового плоского епітелію;
 - б) папілярна зона метаплазії циліндричного епітелію;
 - в) передпухлинна зона трансформації.

Діагностика. Цитологічне дослідження мазків виявляє у хворих клітини базального та парабазального шарів з ознаками дискаріозу. Гістохімічні дослідження у хворих на дисплазію показали різке зниження кількості глікогену в клітинах аж до повної його відсутності, зміни активності тканинних ферментів. Цитогенетичні дослідження свідчать, що при цій патології з'являються клітини тетраплоїдним та пентаплоїдним набором хромосом. За допомогою електронної мікроскопії виявляють різноманітні морфологічні зміни. При слабкій та помірній дисплазії рельєф шийки матки більш горбистий, видно велику кількість десквамованих клітин, проте вигляд поверхні епітелію ще близький до норми. Для тяжкої форми дисплазії характерна значна горбистість рельєфу, інтенсивна десквамація, відсутність мікроваликів та чітких меж клітин, поверхня клітин вкрита безладно розміщеними ворсинками, у багатьох клітин «ліса».

Для верифікації діагнозу необхідна прицільна біопсія з наступним гістологічним дослідженням. Перехід дисплазії в ракін situ відзначають у 40-60% хворих. Час, необхідний для малігнізації CIN I, становить приблизно 5-6 років, а при CIN III — близько року.

Еритроплакія

Це досить неоднорідна форма дискератозів. Зміни слизової шийки матки полягають у стоншенні та зроговінні епітелію. Має вигляд яскраво-червоної плями внаслідок просвічування судин базальної мембрани крізь стоншений шар епітелію. Легко кровоточить при контакті. Вогнища бувають поодинокими або множинними з переходом на склепіння та стінки піхви. При гістологічному дослідженні — епітеліальний пласт стоншений до 1-2 шарів, характерна атипія ядер та клітинний поліморфізм.

Аденоматоз шийки матки

Аденоматоз шийки матки (атипова залозиста гіперплазія). При гістологічному дослідженні виявляють вогнищеву гіперплазію залоз у вигляді клубка, подібно до залоз ендометрія. Залози мають різну форму та величину, вистелені епітелієм, що не схожий на шийковий. Часто зустрічається в першому триместрі вагітності, після пологів зникає. Поза вагітністю аденоматоз часто переходить в ракін situ.

Лікування передракових станів проводиться шляхом діатермоексцизії, кріохірургічної та лазерної деструкції. Найбільш радикальним і найменш травматичним методом є лазерокоагуляція, вона безкровна, неболюча, може проводитись без анестезії в амбулаторних умовах. Хворі з патологією шийки матки перебувають на диспансерному обліку. Після радикального лікування фонівих процесів при нормальних показниках цитологічного та кольпоскопічного дослідження через 2 місяці хворих знімають з обліку. Після радикальної терапії передракових станів цитологічне та кольпоцервікоскопічне дослідження проводять через 1, 5, 6 і 12 місяців, з обліку знімають через 2 роки за умови нормальних цитологічних та кольпоцервікоскопічних даних.

Класифікація

Клініко-морфологічна класифікація захворювань шийки матки (Міжнародна класифікація хвороб – X перегляд (1992)).

Шифр	Стан шийки матки
<i>Клас XIV. Хвороби сечостатевої системи (N00—N99)</i>	
N 72	Запальна хвороба шийки матки: цервіцит, ендцервіцит, ендцервіцит з ерозією або ектропіоном, або без них
N 74.0	Туберкульозна інфекція шийки матки
N 80.8	Інший ендометріоз (включає шийку матки)
N 84.1	Поліп шийки матки
N 86	Ерозія і ектропіон шийки матки. Декубітальна (трофічна) виразка шийки матки. Виворот шийки матки. Виключено їх сполучення з цервіцитом.
N 87	Дисплазія шийки матки. Виключена карцинома in situ шийки матки (D06)
N 87.0	Слабо виражена дисплазія шийки матки. Цервікальна інтраепітеліальна неоплазія I ступеня
N 87.1	Помірна дисплазія шийки матки. Цервікальна інтраепітеліальна неоплазія II ступеня
N 87.2	Різко виражена дисплазія шийки матки, не класифікована в інших рубриках Різко виражена дисплазія БДУ Виключена інтраепітеліальна неоплазія III ступеня із згадуванням (або без нього) про різко виражену дисплазію (D06)
N 87.9	Дисплазія шийки матки неуточнена

- N88 Інші незапальні захворювання шийки матки.
Виключені: запальні хвороби шийки матки(№72), поліп шийки матки (№84.1)
- N88.0 Лейкоплакія шийки матки
- N88.1 Старий розрив шийки матки
Злуки шийки матки
Виключена теперішня акушерська травма(071.3)
- N88.2 Стриктурна і стеноз шийки матки
Виключена як ускладнення пологів(065.5)
- N 88.3 Недостатність шийки матки. Обстеження і допомога при(передбачуваній) істміко-цервікальній недостатності поза вагітності
- N 88.4 Гіпертрофічне подовження шийки матки
- N 88.8 Інші уточнені запальні хвороби шийки матки. Виключена: теперішня травма(071.3)
- N 88.9 Незапальна хвороба шийки матки неуточнена

Міжнародна класифікація кольпоскопічних термінів

Прийнята на VII Всесвітньому конгресі по патології шийки матки і кольпоскопії (Рим, 1990).

I. Нормальні кольпоскопічні ознаки.

1. Сквамозний багаточаровий епітелій.
2. Циліндричний епітелій.
3. Нормальна зона трансформації.

II. Аномальні кольпоскопічні ознаки

A. У межах зони трансформації.

1. Оцтово-білий епітелій:
 - а) плоский;
 - б) мікропапілярний або мікророзвивистий.
2. Пунктуація.
3. Мозаїка.
4. Кератоз(лейкоплакія).
5. Йод-негативний епітелій.
6. Атипові судини.

Б. Поза зоною трансформації(ектоцервікс, піхва).

1. Оцтово-білий епітелій:
 - а) плоский;
 - б) мікропапілярний або мікророзвивистий.
2. Пунктуація.
3. Мозаїка.
4. Лейкоплакія.
5. Йод-негативний епітелій.
6. Атипові судини.

III. Підозра на інвазивний рак при кольпоскопії.

IV. Незадовільна кольпоскопія.

1. Межа багаточарового плоского епітелія не візуалізується.
2. Виражене запалення або атрофія.
3. Цервікс не візуалізується.

V. Змішані ознаки.

1. Оцтово-небіла мікропапілярна поверхня.
2. Екзофітна кондилома.
3. Запалення.
4. Атрофія.
5. Виразка.
6. Інші.

Кольпоскопічна класифікація патологічних процесів шийки матки.

(Коханевич Є.В., 1997)

I. Доброякісні(фонові) патологічні процеси.

1. Ектопія циліндричного епітелія:
 - а) дисгормональна;
 - б) посттравматична.
2. Доброякісна зона трансформації(зона доброякісної метаплазії):
 - а) незакінчена зона трансформації;
 - б) закінчена зона трансформації.
3. Запальні процеси шийки матки:
 - а) екзоцервіцит;
 - б) ендцервіцит.
4. Справжня ерозія.
5. Доброякісні поліпоподібні утворення.
6. Ендометриоз шийки матки.

II. Передракові стани шийки матки.

1. Проста лейкоплакія.
2. Поля дисплазії:
 - а) багатошарового сквамозного епітелія;
 - б) метаплазованого призматичного епітелія.
3. Папілярна зона дисплазії:
 - а) багатошарового сквамозного епітелія;
 - б) метаплазованого призматичного епітелія.
4. Передпухлинна зона трансформації.
5. Кондиломи.
6. Передракові поліпи.

III. Преклінічний рак шийки матки.

1. Проліферуюча лейкоплакія.
2. Поля атипічного епітелія.
3. Папілярна зона атипічного епітелія.
4. Зона атипічної трансформації.
5. Зона атипічної васкуляризації.

IV. Клінічно виражений рак.

1. Екзофітна форма.
2. Ендофітна форма.
3. Змішана форма.

Цитологічна класифікація дисплазій заRichart (1968)

«Цервікальна інтраепітеліальна неоплазія» (CIN) розподіляється:

CIN I- слабка дисплазія

CIN II - помірна дисплазія

CIN III - тяжка дисплазія та преінвазивний рак

Гістологічна класифікація фонових захворювань, передракових станів і раку шийки матки

(Яковлева И.А., Кукутз Б.Г., 1979)

Фонові процеси	Передракові процеси	Рак
А. Гіперпластичні, пов'язані з гормональним порушенням /. Ендоцервікоз: - простий;	А. Дисплазія, що виникає на незмінній шийці або на ділянці фонових процесів: слабко виражена або тяжка Б. Лейкоплакія з атипією	А. Преклінічні форми: 1. Рак in situ. 2. Рак in situ з початком інвазії. 3. Мікро карцинома.

<ul style="list-style-type: none"> - проліферуючий; - загоюючийся. <p>2. Поліпи:</p> <ul style="list-style-type: none"> - простий; - проліферуючий; - епідермізуючий. <p>3. Папіломи.</p> <p>4. Проста лейкоплакія.</p>	<p>клітин.</p> <p>В. Ерітроплакія.</p> <p>Г. Аденоматоз.</p>	<p>Б. Клінічні форми:</p> <ul style="list-style-type: none"> - плоско клітинний; - ороговіваючий; - неороговіваючий рак; - аденокарцинома різних ступенів зрілості; - світлоклітинний рак (мезонефральний);
---	---	---

<p>5. Ендометріоз.</p> <p>Б. Запальні:</p> <ul style="list-style-type: none"> - істинна ерозія; - цервіцити. <p>В. Посттравматичні:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ектрошон; - рубцеві зміни; - пишечно-піхвові норичі. 		<ul style="list-style-type: none"> - залозисто-плоскоклітинний рак; - аденоїдо-кістозний рак; - недиференційований рак.
---	--	--

Комплексне обстеження хворих при діагностиці патології шишки матки

Діагностичні методи	
Основні методи обстеження	Додаткові методи обстеження (за наявності показань)
Збір анамнестичних даних	Бактеріоскопічне та бактеріологічне
Огляд шийки матки у дзеркалах	Вірусологічне
Цитологічне дослідження	Гормональне
Кольпоскопія	Кольпоцитологічне
Бімануальне піхвове дослідження	Сонографія органів малої миски
Морфологічне дослідження цілеспрямованого біопсійного матеріалу	

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.	<p>Підготовчий етап</p> <p>Організаційні заходи. Визначення актуальності теми. Визначення навчальних цілей. Забезпечення позитивної мотивації.</p>	<p>Навчально-методичне обґрунтування теми та цілей заняття.</p>	<p>5 хв.</p>
2.	<p>Основний етап</p> <p>Аналіз та узагальнення теоретичного матеріалу за планом:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Фактори ризику злоякісних новоутворень. 2. Визначення понять «справжня ерозія шийки матки», «поліпи слизової оболонки цервікального каналу», «ендометріоз», «папілома шийки матки», «ектропіон». 3. Причини і фактори ризику передракових захворювань статевих органів жінки. 4. Класифікація передракових захворювань статевих органів жінки.(шийки матки) 5. Патогенез передракових захворювань статевих органів жінки.(шийки матки) 6. Діагностика передракових захворювань статевих органів жінки.(шийки матки) 	<p>Проблемний семінар. Мультимедійний супровід.</p>	<p>75 хв.</p>
1. 2. 3.	<p>Заключний етап</p> <p>Підбиття підсумків, загальні висновки Відповіді на можливі запитання. Завдання до наступного семінару.</p>	<p>Перелік навчальної літератури. План теми наступного семінару. Матеріали самоконтролю.</p>	<p>10 хв.</p>

VII. Матеріали методичного забезпечення семінарського заняття

Місце проведення заняття- навчальна кімната, відділення гінекології, жіноча консультація.

Оснащення - лабораторні аналізи, оснащення кабінети функціональної діагностики, історії вагітності, пологів, історії розвитку новонароджених тощо.

Рекомендована література (навчальна, наукова)

1. Бохман Я.В. Руководство по онкогинекологии. Санкт-Петербург, ООО «Издательство Фолиант», 2002.
2. Гинекологическая диагностика и лечение // Под. общ. ред. Л.А.Суслопарова. - М.: 2006.
3. Лихачов В.К. Гормональная диагностика в практике акушера-гинеколога: Руководство для врачей. –Киев, 2012. _154 с.
4. Вовк И.К., Корнацкая А.Г., Чайка В.К. Опухольевидные поражения яичников.- Киев,2007.-32с.

5. *Гинекологія: національне керівництво* / Под ред. В.И. Кулакова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 1072с.
6. *Назаренко Т.А.* Синдром поликистозных яичников.– М., 2005.– 207с.
7. *Цивьян Б.Л.* Эндовидеохирургическая технология в диагностике и лечении доброкачественных опухолей яичников // Журнал акушерства и женских болезней. – 2001. – № 3. – С. 63–65.
8. Наказ МОЗ України «Про затвердження стандартів та клінічних протоколів надання медичної допомоги зі спеціальності «Хірургія» № 297 від 02.04.2010.– К., 2010.– 315 с.
9. Гінекологія: підручник для ВМНЗУ III-IV рівнів-В.І.Грищенко М.О., Щербига Б.М., Венцківський та ін./-Медицина,2007.
10. Наказ МОЗ України від 29.12.2003 № 620 «Про організацію надання акушерсько-гінекологічної та неонатологічної допомоги в Україні».

Питання

1. Яка класифікація передракових захворювань шийки матки?
2. Яке визначення поняття дисплазія?
3. Які причини і патогенез передракових та фонових захворювань статевих органів жінки?
4. Як впливають передракові захворювання статевих органів жінки на вагітність?
5. Яка тактика діагностики та лікування патологічних процесів шийки матки при вагітності?
6. Яка тактика лікування патології шийки матки?
7. Які основні заходи профілактики виникнення передракових захворювань статевих органів жінки?
8. Які чинники впливають на перебіг вагітності жінки із передраковими станами?

Завдання для самостійної роботи по темі лекції

1. Зібрати анамнез, провести загальне та спеціальне акушерське обстеження вагітної з передраковими станами.
2. На підставі отриманих даних та аналізу результатів лабораторного або іншого обстеження встановити попередній діагноз.
3. Призначити додаткові методи обстеження жінки з передраковими станами
4. Виявляти протипоказання до виношування вагітності у жінок з передраковими станами.
5. Скласти план ведення пологів у вагітних з передраковими станами

1. Який найбільш важливий діагностичний тест повинний бути проведений у хворій 25 років із щільною безболісною виразкою вульви і безболісними збільшеними паховими лімфовузла

2. Визначення трепонемних антитіл.
3. Ідентифікація хламідій.*
4. Рентгенолімфографія.
5. Посів культури на мікобактерії Коха.

2. Що характерно для істинної ерозії шийки матки?

1. Не відноситься до запальних захворювань.
2. Лікування в основному місцеве, прогноз сприятливий.*
3. Характеризується тривалістю існування /1-3 місяця/.
4. Ніколи не переходить у псевдоерозію.
5. Зустрічається досить часто і переважно в молодому віці.

3. Крауроз вульви:

1. Зустрічається, як правило, у молодому віці.
2. Супроводжується вираженим болючим синдромом.
3. Супроводжується сверблячкою.*
4. Не приводить до психоемоційних порушень.
5. Це гіперпластичний процес.

4. Дисплазія шийки матки:

1. Найбільше часто виявляється в жінок до 35 років.
2. Складає 15-18% усіх патологічних процесів шийки матки.*
3. Для неї не характерне порушення дозрівання і диференціювання кліток багатошарового: плоского епітелію.
4. При її наявності не спостерігається дискератозу.

5. Укажіть кольпоскопічну картину, характерну для ектопіона:

1. Циліндричний епітелій як би покриває шийкові матки, але не переходить границю плоского епітелію.*
2. Видна нижня третина цервікального каналу, покрита циліндричним епітелієм.
3. Циліндричний епітелій розповсюджений за межі зовнішнього вічка.
4. Наявність острівців циліндричного епітелію на тлі багатошарового плоского епітелію.

6. Укажіть характерну кольпоскопічну картину для придбанної або уродженої псевдоерозії:

1. Циліндричний епітелій як би покриває шийкові матки, але не переходить границю плоского епітелію.
2. Видна нижня третина цервікального каналу, покрита циліндричним епітелієм.
3. Циліндричний епітелій розповсюджений за межі зовнішнього вічка.*
4. Наявність острівців циліндричного епітелію на тлі багатошарового плоского епітелію.

7. Для якої патології шийки матки характерна дана кольпоцервікоскопічна картина: поверхня шийки матки покрита плоским епітелієм, іноді трохи більш інтенсивного рожевого кольору, на ній видні ovulae Nabothi?

1. Ектопія циліндричного епітелію.
2. Незакінчена доброякісна зона трансформації.
3. Закінчена доброякісна зона трансформації. *
4. Істинна ерозія.
5. Екзо- і ендоцервіцит.
6. Субепітеліальний ендометріоз.

8. Для якої патології шийки матки характерна дана кольпоцервікоскопічна картина: вогнища гіперемії з безліччю правильних деревоподібних судин, що зникають під впливом розчину оцтової кислоти?

1. Ектопія циліндричного епітелію.
2. Незакінчена доброякісна зона трансформації.
3. Закінчена доброякісна зона трансформації.
4. Істинна ерозія.
5. Екзо- і ендоцервіцит.*
6. Субепітеліальний ендометріоз.

9. Поліпоз ендометрію найчастіше виникає:

1. У менопаузі.
2. Після пологів.
3. У клімактеричному періоді.*
4. Під час лікування естрогенами.
5. Після припинення прийому оральних контрацептивів.

10. Чи можливо саркоматозне переродження ендометрію?

1. Так.
2. Ні.*

11. У хворої 30 років виявлена аденоматозна гіперплазія ендометрію. Яке лікування їй буде призначено?

1. Променева терапія.
2. Хіміотерапія.
3. Лікування гестагенами.*
4. Лікування естрогенами.
5. Спостереження за хворою.

12. При цитологічному дослідженні аспірата з порожнини матки виявлені атипові зміни. Ваша подальша тактика? (оптимальний варіант):

1. Почати гормональну терапію.
2. Зробити гістероскопію.
3. Рекомендувати жінці хірургічне лікування / екстирпація матки /.
4. Зробити роздільне діагностичне вискоблювання.*
5. Зробити гістерографію.

13. У хворої 48 років у результаті діагностичного вишкрібання виявлені поліпи ендометрію. Яке лікування їй варто призначити?

1. Лікування прогестероном.
2. Лікування мікрофоліном і прогестероном.
3. Лікування 17-ОПК.*
4. Лікування бісекурином, нонов

Задачі

1. У хворої 36 років, на профілактичному огляді в дзеркалах виявлено деформацію шийки матки старими післяпологовими розривами. При кольпоскопічному дослідженні на задній губі виявлені поля дисплазії. Що необхідно зробити для уточнення діагнозу? (Кольпоскопію)

2. У жінки 32 років виявлено при огляді шийки матки в дзеркалах гіперемію цервікального каналу та піхвової частини матки. За допомогою якого методу можна встановити патологію шийки матки. (кольпоскопія з біопсією)

Методичну розробку семінарського заняття підготувала доцент кафедри акушерства і гінекології № 2 Л. М. Добровольська

15.10.2014

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.**