

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
ВИЩИЙ ДЕРЖАВНИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД УКРАЇНИ  
«УКРАЇНСЬКА МЕДИЧНА СТОМАТОЛОГІЧНА АКАДЕМІЯ»  
КАФЕДРА АКУШЕРСТВА ТА ГІНЕКОЛОГІЇ №2

**Затверджено:**

на засіданні кафедри  
акушерства і гінекології №2  
протокол № 10 від 10 січня 2017 року

Завідувач кафедри

д.м.н., проф. \_\_\_\_\_ В.К. Ліхачов

**МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА ЛЕКЦІЇ  
ДЛЯ ЛІКАРІВ-КУРСАНТІВ ПЕРЕДАТЕСТАЦІЙНОГО ЦИКЛУ  
ЗА ФАХОМ «АКУШЕРСТВО І ГІНЕКОЛОГІЯ»**

Навчальна дисципліна	Акушерство та гінекологія
Тема:	<b>Передракова та фонова патологія шийки матки</b> (код курсу 13.1.)
Курс	Передатестаційний цикл
Факультет	Післядипломної освіти
Спеціальність	Акушерство і гінекологія

Полтава

Кількість навчальних годин – 2 години.

### I. Науково-методичне обґрунтування 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 лекції

*Донести до курсантів наступні знання:*

1. Класифікацію передракових станів 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;

### 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:</i>		
1. Фізіологія	Клініко-морфологічних прояви простої та комплексної гіперплазії	
2. Анатомія	Крово- та лімфообіг статевих органів.	

### V. План та організаційна структура лекції

№п/п	Основні етапи лекції та їх зміст	Тип лекції. Засоби активізації курсантів. Матеріали	Розподіл часу
------	----------------------------------	---	---------------

		методичного забезпечення	
1.	Підготовчий етап (актуальність теми, мотивація її вивчення, мета).		5 хв.
2.	Основний етап (викладення лекційного матеріалу). Визначення основних термінів. Короткі історичні відомості. 1.Класифікація фонових та передракових захворювань жіночих статевих органів. 2.Етіологія та патогенез фонових та передракових захворювань жіночих статевих органів. 3.Клініка, діагностика та лікування фонових та передракових захворювань. Роль онкопрофоглядів.	Клінічна лекція.  Питання, ситуаційні задачі. Детальний клінічний розбір історії хвороби жінки з фоновим чи передраковим захворюванням статевих органів; детальний клінічний розбір історії хвороби жінки з злякисним новоутворенням геніталій;	75 хв.
3.	Заключний етап.: • резюме лекцій, загальні висновки; • відповіді на можливі питання; • завдання для самопідготовки курсантів	Навчальна література. Завдання, питання.	10 хв.

## VI. Зміст лекційного матеріалу

### 1. План та організаційна структура лекції:

7. **Оснащення лекції:** комп'ютер, мультимедійний проектор, мультимедійна презентація у вигляді слайдів, відеофільмів, фото, таблиць; демонстрація методів контрацепції.

### 8. Виклад лекції:

#### ДОРОЯКІСНІ 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.

#### Класифікація

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

**Шифр****Стан шийки матки**

*Клас XIV. Хвороби сечостатевої системи (N00—N99)*

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 <i>in situ</i> 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)
N87.9	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 (A)**

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

**I. Нормальні кольпоскопічні ознаки.**

1. Сквамозний багатошаровий 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 мікрозвивистий.
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 мікрозвивистий.
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 багат шарового 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. (С)**

(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) ендоцервіцит.
4. Справжня ерозія.
5. Доброякісні поліпоподібні утворення.
6. Ендометриоз шийки матки.

**II. Передракові стани шийки матки.**

1. Проста лейкоплакія.
2. Поля дисплазії:
  - а) багат шарового сквамозного епітелія;
  - б) метаплазованого призматичного епітелія.
3. Папілярна зона дисплазії:
  - а) багат шарового 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 за Richart (1968) (C)

«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 І.А., Кукутєв Б.Г., 1979) (C)

Фонові процеси	Передракові процеси	Рак
<b>А. Гіперпластичні, пов'язані з гормональним порушенням</b> <b>1. Ендоцервікоз:</b> - простий; - проліферуючий; - загоюючийся. <b>2. Поліпи:</b> - простий; - проліферуючий; - епідермізуючий. <b>3. Папіломи.</b> <b>4. Проста лейкоплакія.</b> <b>5. Ендометріоз.</b> <b>Б. Запальні:</b> - істинна ерозія; - цервіцити. <b>В. Посттравматичні:</b> - ектропіон; - рубцеві зміни; - шиєчно-піхвові нориці.	<b>А. Дисплазія, що виникає на незмінній шийці або на ділянці фонових процесів:</b> слабка виражена або тяжка <b>Б. Лейкоплакія з атипією клітин.</b> <b>В. Еритроплакія.</b> <b>Г. Аденоматоз.</b>	<b>А. Преклінічні форми:</b> <b>1. Рак in situ.</b> <b>2. Рак in situ з початком інвазії.</b> <b>3. Мікро карцинома.</b> <b>Б. Клінічні форми:</b> - плоско клітинний; - ороговіваючий; - неороговіваючий рак; - аденокарцинома різних ступенів зрілості; - світлоклітинний рак (мезонефральний); - залозисто-плоскоклітинний рак; - аденоїдо-кістозний рак; - недиференційований рак.

**Кольпоскопія** проводиться із оптичним збільшенням  $\times 10, \times 15$ , спочатку проста: визначається характер виділень, потім – розширена: з 3% розчином оцтової кислоти, розчином Люголя.

#### Методика забору матеріалу для гістологічного дослідження.

Матеріал забирається цілеспрямовано під контролем кольпоскопічного дослідження у зоні вираженої патології гострим конхотомом або скальпелем. Біоптат кладуть у баночку з 10% розчином формаліну та відправляють для гістологічного дослідження.

**Співставлення кольпоскопічних, цитологічних і гістологічних ознак доброякісних та передракових процесів шийки матки (С)**

<b>I. Доброякісні (фонові) патологічні процеси</b>		
<b>Кольпоскопічні ознаки</b>	<b>Цитологічні ознаки</b>	<b>Гістологічні ознаки</b>
Ектопія циліндричного епітелія	Незмінений циліндричний епітелій	Простий ендocerвікоз
Доброякісна незакінчена зона трансформації (зона доброякісної метаплазії)	Метаплазований епітелій	Проліферуючий ендocerвікоз
Доброякісна закінчена зона трансформації (зона доброякісної метаплазії) Ov. Nabothi	Багатошаровий сквамозний епітелій	Стаціонарний ендocerвікоз
Запальні процеси шийки матки (екзо-, ендocerвіцит)	Епітелій усіх шарів з дистрофічними змінами, лейкоцити	Шари сквамозного або циліндричного епітелія, мілкоклітинна інфільтрація сполучної тканини
Справжня ерозія	Клітини різних шарів сквамозного епітелія	Сполучна тканина без епітелія
Доброякісні поліпоподібні утворення	Проліферація залозистого епітелія із незначним збільшенням ядер	Залозистий або епідермізований поліп
Ендоетріоз шийки матки	Слабка проліферація залозистоподібного епітелія	Ендоетріоз шийки матки
<b>II. Передракові стани шийки матки</b>		
Проста лейкоплакія	Безядерні поверхневі клітини з гіперкератозом	Ознаки ороговіння сквамозного епітелія
Поля дисплазії багатошарового сквамозного епітелія	Групи багатошарового сквамозного епітелія з дискаріозом (CIN I-III)	Вогнища дисплазованого багатошарового сквамозного епітелія у вигляді «стовпчиків», які заглиблюються у сполучну тканину
Поля дисплазії метаплазованого призматичного епітелія	Групи метаплазованого епітелія із дискаріозом (CIN I-III)	Вогнища дисплазованого метаплазованого епітелія у вигляді «стовпчиків», які заглиблюються у сполучну тканину
Папілярна зона дисплазії багатошарового сквамозного епітелія	Групи багатошарового сквамозного епітелія з дискаріозом (CIN I-III)	Вогнища дисплазованого багатошарового сквамозного епітелія з проліферацією сполучнотканинних сосочків
Папілярна зона дисплазії метаплазованого призматичного епітелія	Групи метаплазованого епітелія з дискаріозом (CIN I-III)	Вогнища дисплазованого метаплазованого епітелія з проліферацією

		сполучнотканинних сосочків
Передпухлинна зона трансформації	Проліферація залозистого епітелія з дискаріозом (CIN I-III)	Проліферація залозистого диспластичного епітелія по залозам
Кондиломи	Сквамозний епітелій різних шарів з койлоцитарною атипією (CIN I)	Виражена проліферація сполучнотканинних сосочків, проліферація свамозного епітелія з гіпер.- дискаріозом
Передракові поліпи	Проліферація залозистого або сквамозного епітелія з дискаріозом (CIN I-III)	Проліферація сполучнотканинних сосочків з диспластично зміненим залозистим або сквамозним епітелієм

### **Лікування (С)**

Мета лікування — ліквідація патологічного процесу на шийці матки і тих змін в організмі, які сприяли його виникненню.

Принципи лікування:

- 1) забезпечення безрецидивного виліковування;
- 2) використання органозберігаючих методів лікування у жінок репродуктивного віку.

#### **Протизапальна терапія. (А, С)**

Цілеспрямована антибактеріальна, антимікотична, противірусна, антисептична терапія призначається до нормалізації біоценозу піхви.

Корекція мікрофлори піхви проводиться біологічними препаратами з живих біфідо- (*біфі-форм, біоспорін*) та лактобактерій (*йогурт, лінекс, вагілак*).

Корекція призначається трьома курсами по 7—8 днів з інтервалами між ними 10—12 днів з урахуванням ступеня дисбіотичних порушень.

#### **Гормональна терапія. (С)**

У разі виявлення ектопії дисгормонального характеру показано використання оральних контрацептивів. Гормональна контрацепція проводиться протягом 3—6 міс. При супутніх гормонозалежних гінекологічних захворюваннях (ендометріоз, лейоміома матки) лікування проводиться відповідно нозологічним формам.

#### **При папіломавірусній інфекції використовують препарати інтерферону (А).**

#### **Хімічна коагуляція. (С)**

##### **Основні умови лікування:**

- наявність посттравматичної ектопії без деформації шийки матки,
- відсутність цитологічних, кольпоскопічних ознак дисплазії,
- невелика розповсюдженість процесу (від однієї до двох третин шийки матки),
- відсутність вагітності.

Зону ураження обробляють ватним тампоном з розчином Солковагіна двічі з інтервалом в 1-2 хвилини. Результати терапії оцінюють через 4 тижня після аплікації препарату. При недостатньому ефекті аплікації повторюють 2-3 рази з інтервалами 4 тижні.

#### **Електрокоагуляція. (С)**

Процедура виконується амбулаторно. Знеболення місцеве.



Електрокоагуляція проводиться до утворення білого струпу у першу фазу менструального циклу, після чого протягом місяця рекомендується утримуватись від статевих відношень. Для поліпшення процесів репарації у цей період призначають метилурацилові свічки.

*Показання:*

- доброякісні фонові процеси без вираженої деформації та гіпертрофії шийки матки.

*Протипоказання:*

- гострі та підгострі запальні процеси жіночих статевих органів;
- загострення хронічного запалення;
- активний генітальний туберкульоз;
- ациклічні кров'янисті виділення із статевих шляхів;
- доброякісні фонові процеси в поєднанні з вираженою деформацією та гіпертрофією шийки матки, особливо у віці старше 40 років.

Перший контрольний огляд (кольпоскопія, цитологічне дослідження, бактеріоскопія) проводять після наступної менструації. Другий контрольний огляд здійснюють через 3 місяця від моменту коагуляції.

Одужання констатують по даним кольпоскопії, цитології і нормалізації піхвової флори.

Тривалість диспансерізації складає 3 місяця після повного клінічного одужання.

#### **Електроексцизія. (А)**

Анестезія парацервікальна 1-2% розчином лідокаїну.

*Показання:*

- 1) поєднання доброякісного і (або) передракового процесів на шийці матки з її гіпертрофією та деформацією;
- 2) наявність дисплазії у хворих, яким раніше проводилася деструкція шийки матки що викликала зміщення зони трансформації у цервікальний канал, або це зміщення обумовлено віком хворої (після 40 років);
- 3) при рецидивах дисплазій після електрокоагуляції, кріодеструкції лазерної вапорізації;
- 4) при інтрацервікальній локалізації дисплазії;
- 5) при тяжкій формі дисплазії.

*Протипоказання:*

- запальні процеси жіночих статевих органів;
- наявність уражень шийки матки, що переходять на піхвові склепіння та стінки піхви;
- велика посттравматична деформація шийки матки, яка переходить на склепіння піхви;
- важкі соматичні захворювання.

#### **Кріодеструкція. (А)**

*Показання:*

- доброякісні та передракові патологічні процеси.

*Протипоказання:*

- запальні захворювання жіночих статевих органів;
- пухлини жіночих статевих органів з підозрою на малігнізацію.
- тяжкі соматичні захворювання в стадії декомпенсації.

#### **Лазерна вапорізація. (А)**

*Показання:*

- доброякісні та передракові патологічні процеси з локалізацією на піхвовій частині шийки матки.

*Протипоказання:*

- запальні захворювання жіночих статевих органів,
- пухлини жіночих статевих органів з підозрою на малігнізацію,

- тяжкі соматичні захворювання в стадії декомпенсації.

### **Гістеректомія. (А)**

*Показання:*

- СІН III з локалізацією у церві кальномуканалі;
- технічна неможливість проведення електроексцизії у зв'язку з анатомічними особливостями;
- поєднання з міомою матки або пухлинами яєчників;
- рецидиви після кріотерапії або лазерної терапії.

При розповсюдженні процесу на склепіння піхви показана екстирпація матки з верхньою третиною піхви.

Диспансерне спостереження після лікування доброякісних процесів проводиться протягом 2 місяців, при цьому рекомендується статевий режим та використання місцево метилурацилових свічок. Після лікування дисплазій диспансерне спостереження продовжується до 2х років.

Тактика ведення хворих з патологією шийки матки по нозологічним формам згідно класифікації наведена в додатках. Питання про видалення яєчників вирішують під час операції у разі виявлення їх патологічних змін та за згодою хворої.

### **Тактика діагностики та лікування патологічних процесів шийки матки при вагітності**

Вагітність і патологія шийки матки мають взаємний негативний вплив. При вагітності посилюється стимулююча дія на перебіг гіперпластичних процесів у шийці матки.

#### **Методи діагностики:**

- проста та розширена кольпоскопія;
- цитологічне дослідження;
- бактеріоскопічне, бактеріологічне дослідження;
- гормональна кольпоцитологія;
- сонографія.

Використання цих методів дозволяє визначити патогенетичний варіант патологічного процесу та тактику його лікування.

За умови доброякісних патологічних процесів шийки матки необхідно спостереження з проведенням кольпоскопічного та цитологічного контролю 1 раз у 3 місяця. Показано місцеве лікування запальних процесів та проведення гормонотерапії у випадках загрози переривання вагітності.

При дисплазіях епітелію шийки матки, обумовлених інфікуванням, необхідно місцеве протизапальне лікування з урахуванням характеру виявленого інфекційного агенту.

При дисплазіях епітелію шийки матки у вагітних з порушенням гормонального статусу загроза переривання вагітності стає основним ускладненням. Необхідно під контролем клініки, УЗД та гормональної кольпоцитограми у I триместрі проводити гормонотерапію, у II та III триместрі – токолітичну терапію, направлену на зберігання вагітності.

При легкому та середньому ступеню тяжкості дисплазії епітелію шийки матки вагітні знаходяться під наглядом з використанням цитології та кольпоскопії протягом вагітності з періодичністю 1 раз у 3 місяця.

При тяжкому ступеню (СІН III) дисплазії епітелію шийки матки у вагітних необхідна цілеспрямована біопсія в умовах стаціонару на фоні токолітичної терапії та морфологічне дослідження.

Використання таких методів, як електрокоагуляція, кріо- та лазерна деструкція при дисплазіях у вагітних небажано, тому що можливе переривання вагітності.

## **VII. Матеріали активізації студентів під час викладання лекції**

### **Питання**

1. Які ви знаєте фактори ризику і причини розвитку фононих та передракових захворювань жіночих статевих органів?
2. Класифікація фононих захворювань, передракових станів і раку шийки матки.
3. Дайте визначення фонового процесу.
4. На які підгрупм поділяються фонові процеси в залежності від причини їх виникнення?
5. Які є форми ендocerвікозу?
6. Класифікація поліпів шийки матки?
7. Що таке лейкоплакія, її основні форми?
8. Гістологічні ознаки справжньої ерозії.
9. Які ви знаєте передракові стани шийки матки?
10. Дайте коротку характеристику передракових станів шийки матки.
11. Правила забору матеріалу для цитологічного дослідження.
12. Типи мазків по Папаніколау.
13. Кольпоскопія її можливості і техніка виконання.
14. Які проби проводяться при розширеній кольпоскопії.
15. Які виділяють етапи профілактики злоякісних пухлин геніталій?
16. В чому полягають консервативні методи лікування фононих і передракових захворювань шийки матки?
17. Які ви знаєте радикальні методи лікування захворювань шийки матки?

### **Завдання для самостійної роботи по темі лекції**

1. Оцінювати фактори ризику розвитку фононих та передракових захворювань жіночих статевих органів.
2. Складати план обстеження при підозрі на передракові захворювання.
3. Проводити аналіз результатів обстеження у жінок з фоновими та передраковими захворюваннями жіночих статевих органів.
4. Діагностувати розвиток фононих та передракових захворювань жіночих статевих органів.
5. Призначати адекватне лікування при розвитку фононих та передракових захворювань жіночих статевих органів .

### **Тестові завдання**

1. У гінекологічне відділення госпіталізована хвора, 65 років, зі скаргами на біль у лівому стегні, особливо вночі. У сечі та калі наявна кров. Вперше звернулася до лікаря 3 місяці тому. Вагінально: піхва вузька, стінка інфільтрована, шийку матки оглянути не вдається. Ректально: стінки піхви та прямої кишки інфільтровані. Тіло матки збільшене до розмірів 11 тижнів вагітності, щільне. У параметрії з обох боків пальпуються інфільтрати, які сягають стінок таза. Який діагноз?  
А. Рак тіла матки 4 стадії\*Рак яєчників  
В. Рак тіла матки 1 стадії  
С. Рак тіла матки 2 стадії  
D. Рак тіла матки 3 стадії  
Е. Рак яєчників
2. До лікаря звернулася хвора зі скаргами на періодичний біль внизу живота, більше у лівій клубовій ділянці, що має тупий ниючий характер. Біль не пов'язаний з менструацією. При бімануальному дослідженні: матка звичайних розмірів, неболюча. Зліва в ділянці придатків пальпується пухлиноподібний утвір з чіткими контурами, тугоеластичної консистенції, до 10 см в діаметрі, при зміщенні не болючий. Про яку патологію можна думати у даному випадку?  
А. Пухлина лівого яєчника\*Субсерозна фіброміома матки  
В. Субсерозна фіброміома матки  
С. Яєчникова вагітність зліва

D. Лівобічний гнійний сальпінгоофорит

E. Пухлина товстого кишечника

3. Хвора, 57 років, госпіталізована в гінекологічне відділення зі скаргами на слабкість, тягнучий біль внизу живота. Постменопауза 2 роки. В анамнезі одні пологи і два аборти, хронічне запалення придатків матки. При огляді відмічається збільшення розмірів живота, притуплення перкуторного звуку в бокових відділах. При вагінальному дослідженні: матка невеликих розмірів, зміщена праворуч. Зліва і позаду неї пальпується горбистий, неболючий, малорухомий утвір щільної консистенції розміром до 10 – 12 см. Попередній діагноз?

A. Рак яєчника\*Тубооваріальний абсцес

B. Генітальний ендометріоз

C. Кістома лівого яєчника

D. Тубооваріальний абсцес

E. Субсерозна міома матки

4. До лікаря звернулася жінка, 29 років, зі скаргами на незначні кров'янисті виділення з піхви, які з'являються перед менструацією та після неї. Менструації регулярні, супроводжуються значним болем внизу живота. Пологи – 1, абортів – 2. Після другого абарту – гематометра. Остання менструація закінчилась два дні тому. Status genitalis: шийка матки чиста. Виділення з цервікального каналу сукровичні, в незначній кількості. Матка збільшена до 5-ти тижнів вагітності, рухома, чутлива при пальпації. Придатки матки без особливостей. УЗД – матка дещо збільшена, зовнішні контури рівні. Контур слизової оболонки нерівний, з М – ехонегативними розривами. Придатки матки не візуалізуються. Найбільш вірогідний діагноз?

A. Аденоміоз\*

B. Туберкульоз внутрішніх статевих органів

C. Хронічний ендометрит

D. Порушення менструальної функції

E. Зовнішній ендометріоз

5. Хвора 56 років скаржиться на загальну слабкість, тупі болі внизу живота, метеоризм, збільшення живота. Менопауза 5 років. При огляді відмічається асцит. При бімануальному дослідженні: матка невеликих розмірів зміщена вправо, зліва і позаду від неї пальпується бугристе, щільне, малорухоме пухлинне утворення, розміром 10x12 см. Який найбільш імовірний діагноз?

A. Рак яєчника\*Пухлина товстого кишечника

B. Субсерозна міома матки

C. Пухлина товстого кишечника

D. Тубооваріальний абсцес

E. Генітальний ендометріоз

### Ситуаційні задачі :

#### **Задача 1:**

У хворої А., при кольпоскопічному дослідженні виявлена помірна дисплазія на шийці матки. *Які сучасні методи лікування можна використати при даній патології?*

#### **Задача 2:**

У хворої Б., 54 років, після роздільного діагностичного вишкрібання слизової оболонки матки та цервікального каналу в зв'язку з кров'янистими виділеннями вагіни ациклічного характеру виявлено аденокарциному. *Який обсяг обстеження та лікування слід запропонувати даній хорій? Від чого залежить обсяг лікувального втручання?*

#### **Задача 3:**

Хвора 52 років, яка протягом 7 років не мала місячних, помітила періодичну появу незначних кров'янистих виділень із вагіни. При огляді лікар – гінеколог не виявив ніяких змін з

боку геніталій. Однак, враховуючи вік хворої і появу кров'янистих виділень після 7- річної менопаузи, запідозрив рак тіла матки і взяв виділення із матки для цитологічного дослідження. На наступний день була отримана відповідь, що в мазку наявні атипівні клітини. Хвора була негайно направлена в гінекологічний стаціонар для роздільного діагностичного вишкрібання порожнини матки з метою уточнення діагнозу. *Діагноз?*

**Задача 4:**

Хвора 46 років має ожиріння і розлади менструального циклу. За останні 3 роки з лікувальною і діагностичною метою 5 раз проводилось роздільне діагностичне вишкрібання цервікального каналу і порожнини матки. Відповідь гістологічного дослідження після кожного вишкрібання – поліпоз ендометрію. Консервативне лікування неефективне. *Діагноз? План подальшого лікування?*

**Задача 5:**

Хвора Б., 50 років, поступила до гінекологічного відділення зі скаргами на болі внизу живота. За 5-6 місяців помітила збільшення живота. Мала 3 пологи, 4 аборти. Тривалий час лікувалася з приводу запалення придатків матки. Останні 2 роки у гінеколога не обстежувалася. Об'єктивно: шкіра бліда. Легені, серце без особливостей. Живіт болючий в нижніх відділах, визначається вільна рідина у черевній порожнині. При вагінальному обстеженні шийка і вагіна без особливостей. Матка входить в конгломерат пухлин, окремо не контурується, пухлина досягає рівня пупка, щільна, болюча. *Поставте попередній діагноз. Виробіть план дослідження і лікування хворої.*

**Еталони відповідей на ситуаційні задачі:**

**Задача 1:** CO<sub>2</sub> – лазер .

**Задача 2:** обсяг лікувального втручання залежить від стадії раку шийки матки;

**Задача 3:** рак тіла матки;

**Задача 4:** аденоматоз матки. Екстирпація матки.

**Задача 5:** Рак яєчників в запущеній стадії. Лікування повинно початися з хіміотерапії.

**VIII. Матеріали для самопідготовки**

**А. По темі викладеної лекції «Передракова та фонові патології шийки матки»**

1. Наказ МОЗ України № 417 від 15.07.2011 «Методичні рекомендації щодо організації надання амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги».
2. Наказ МОЗ України від 31.12.2004 №676 «Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги» (доброякісні та передракові процеси шийки матки).
3. Клиническая визуальная диагностика / Под ред. В.Н. Демидова, Е.П. Затилян. – М.: Триада-Х, 2004. – 437с.
4. Хмельницький О.К. Цитологическая и гистологическая диагностика заболеваний шейки и тела матки. – СПб.: SOTIS, 2000. – 333с.
5. Наказ МОЗ України № 417 від 15.07.2011 «Методичні рекомендації щодо організації надання амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги».
6. Наказ МОЗ України від 31.12.2004 №676 «Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги» (доброякісні та передракові процеси шийки матки).
7. Клиническая визуальная диагностика / Под ред. В.Н. Демидова, Е.П. Затилян. – М.: Триада-Х, 2004. – 437с.
8. Хмельницький О.К. Цитологическая и гистологическая диагностика заболеваний шейки и тела матки. – СПб.: SOTIS, 2000. – 333с.
9. Гінекологія: підручник для ВНЗУ III-IV рівнів-В.І.Грищенко М.О., Щербига Б.М., Венцківський та ін./-Медицина,2007.

10. Гинекология./Под ред.. Г.М.Савельевой/.-М.,2004.
11. Гормонодиагностическая патология репродуктивной системы. Руководство для врачей./С.В.Зяблицев,Е.А.Бочерова/.-Донецк;Каштан,2009.
12. Жиляев Н.И. Оперативная хірургія в акушерстве и гинекологии: учебное пособие для студентов мед.вузов.- М.:МИА, 2004.
13. Ліхачев В.К. Громова А.М. Методи обстеження та принципи лікування гінекологічних хворих в умовах ЖК.-Полтава,2000.
14. Коханевич Е.В., Ганина Н.В., Суменко В.В. Кольпоцервикоскопия: Атлас. - К.: Издательство "Гидромакс", 2004.
15. 7.Гинекологическая диагностика и лечение // Под. общ. ред. Л.А.Сулопарова. - М.: 2006.
16. Бохман Я.В. Руководство по онкогинекологии. Санкт-Петербург, ООО «Издательство Фолиант», 2002.

### **Б. По темі наступної лекції «Неплідність»**

#### **Питання:**

1. Класифікація непліддя.
2. Класифікація ендокринного непліддя.
3. Гормональні методи діагностики ендокринного непліддя.
4. Ендоскопічні методи дослідження ендокринному неплідді.
5. Особливості УЗ-діагностики при ендокринному неплідді.
6. Гормональні методи лікування ендокринного непліддя.
7. Негормональні методи лікування ендокринного непліддя.

#### **Рекомендована література по темі наступної лекції**

1. Манухин И.Б., Тумилович Л.Г., Геворкян М.А. Клинические лекции по гинекологической эндокринологии. - М.: МИА, 2001. - 247 с.
2. Сметник В.П., Тумилович В.Г. Неоперативная гинекология: Руководство для врачей. - М.: МИА, 2003. - 592 с.
3. Татарчук Т.Ф., Задорожная Т.Д., Коренная Е.Е. Морфофункциональные особенности гиперпролиферативных процессов эндометрия на фоне хронического эндометрита // Здоровье женщины. - № 4. - 2004. - С. 59-62.
4. Татарчук Т.Ф., Бурлака Е.В. Современные принципы диагностики и лечения гиперпластических процессов эндометрия // Здоровье женщины. - № 4 (16). - 2003. - С. 107-114.
5. Татарчук Т.Ф., Бурлака О.В., Корінна К.О. Медикаментозна терапія гіперпроліферативних процесів ендометрію // Ліки та життя. - 2005. - 15-18 лютого. - С. 100-101.
6. Кулаков В.И., Леонидов Б.В., Кузьмичев Л.Н. Лечение женского и мужского бесплодия. Вспомогательные репродуктивные технологии: Руководство для врачей. – М.: МИА, 2005. – 592с.
7. Актуальные вопросы акушерства, гинекологии и репродуктологии // Под. ред. Е.В. Коханевич. - М., 2006.
8. Наказ МОЗ України від 29.12.2003 № 620 «Про організацію надання акушерсько-гінекологічної та неонатологічної допомоги в Україні».
9. Лихачов В.К. Гормональная диагностика в практике акушера-гинеколога: Руководство для врачей. –Киев, 2012. \_154 с.
- 10.Наказ МОЗ України від 31.12.2004 №676 «Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги»( гінекологічна ендоскопія).
- 11.Наказ МОЗ України від 15.12.2003 № 582 «Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги» (тактика ведення жінок з безпліддям).

**Методичну розробку практичного заняття підготував д.мед.н професор кафедри акушерства і гінекології № 2 Ліхачов В.К.**

**20.10.2016**

**Прорецензував професор В.К.Ліхачов**

**Методична розробка обговорена та затверджена на засіданні кафедри акушерства і гінекології №2, протокол № 10 від 10 січня 2017 року**

**Методична розробка переглянута і доповнена „\_\_\_\_\_” \_\_\_\_\_ 201\_\_ р.**