

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

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

**МЕТОДИЧНІ ВКАЗІВКИ ДО ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ
З ЛІКАРЯМИ – ІНТЕРНАМИ ФАХУ «АКУШЕРСТВО І ГІНЕКОЛОГІЯ»
ІІІ РОКУ НАВЧАННЯ**

Навчальна дисципліна	Акушерство і гінекологія
Тема:	Передракові захворювання жіночих статевих органів (код курсу 16.1)
Курс	ІІІ
Спеціальність	Акушерство і гінекологія

Кількість навчальних годин: 2 години.

I. Мета заняття

Причиною розвитку цих патологічних станів можуть бути хронічні запальні процеси, особливо викликані вірусом справжнього герпеса 2-го типу та папіломо вірусу; інфекційний фактор: піоспермія у партнера, гонорея, трихомоніаз, хламідіоз. Своєчасна діагностика, профілактика й лікування дають змогу значно знизити частоту передракових та фонових захворювань статевих органів жінки

II. Об'єм повторної інформації

1. Збирання загального та спеціального акушерсько-гінекологічного анамнезу.
2. Знати етіологія і патогенез пухлиноутворення.
3. Клінічна анатомія та фізіологія жіночих статевих органів

III. Об'єм нової інформації

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

IV. Умови для проведення заняття

1. Учбова кімната.
2. Жіноча консультація.

Методичні і ілюстративні матеріали

1. Методична розробка до практичного заняття.
2. Добірка ситуаційних задач.
3. Наказ МОЗ України № 582 від 15. 12. 2003. Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги. – Київ, 2003. – 162 с.

V. Перелік практичних навичок інтернів та ступінь опанування ними

№ п/п	Назва практичних навичок	Ступінь засвоєння		
		ознай	опан.	овол.
1.	Провести збір анамнестичних даних		+	
2.	Провести піхвове дослідження		+	
3.	Засвоїти методи збору матеріалу для лабораторних методів дослідження		+	

VI. МЕТОДИ КОНТРОЛЮ ОПАНУВАННЯ ПРАКТИЧНИМИ НАВИЧКАМИ

Перевірка базових знань за темою (опитування, тестовий контроль).

Самоконтроль лікаря-інтерна.

Вирішення ситуативних задач.

Комп'ютерний контроль.

Питання

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

Завдання для самостійної роботи по темі заняття

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.

Тестові завдання

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?

А) Біопсію шийки матки. *

В) Діагностичне вишкрібання.

С) Цистоскопія, іригоскопія.

Д) Бактеріологічне обстеження виділень.

Е) УЗД органів малого таза.

2. Основним методом діагностики дисплазії і преінвазивного рака вульви є:

А. біопсія з подальшим гістологічним дослідженням;

В. вульвоскопія;

С. радіоізотопне дослідження;

Д. цитологічне дослідження мазків-відбитків;

Е. флюоресцентна мікроскопія вульви

3. 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

А. Діагностичне вишкрібання матки та шийки

- V. Кульдоскопія
- C. Кольпоцитологія
- D. Кольпоскопія з біопсією та подальшим гістологічним дослідженням*
- E. Ультразвукове дослідження

Тестові завдання другого рівня

- 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 ектропіона:**
 1. Циліндричний епітелій як би покриває шийку 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 шийку 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.*

VII. Методичні матеріали до практичного заняття

ПЕРЕДРАКОВІ ЗАХВОРЮВАННЯ ВУЛЬВИ

До передракових захворювань зовнішніх статевих органів належать:

- лейкоплакія;
- крауроз вульви;
- хвороба Боуена;
- хвороба Педжета;
- пігментні плями, схильні до росту та виразкування.

Лейкоплакія вульви

Лейкоплакія вульви — це процес, що характеризується проліферацією та порушенням диференціювання багатошарового плоского епітелію. Гістологічно виявляють гіперкератоз, паракератоз, акантоз без вираженого клітинного та ядерного поліморфізму.

Макроскопічно лейкоплакія вульви виглядає як суха біла пляма з перламутровим блиском, що дещо піднімається над тканинами вульви. Спочатку вона буває невеликих розмірів, згодом розповсюджується на навколишні тканини, може охоплювати всю вульву.

Прогресуючи, лейкоплакія потовщується.

Клінічно проявляється свербінням, печією, що стає причиною травмування шкіри, інфікування вульви, її виразкування.

Лікування. Проводиться седативна терапія (препарати бром, валеріани), а також гормонотерапія (андрогени, можна в поєднанні з невеликими дозами овестину). Місцева терапія полягає у призначенні мазей, до складу яких входять кортикостероїди. Хороший ефект дає магнітолазерна терапія. Іноді вдаються до рентгенотерапії.

Крауроз вульви

Крауроз вульви — захворювання, яке виявляється атрофією великих і малих статевих губ, клітора, зморщуванням шкіри і слизової оболонки зовнішніх статевих органів, випаданням волосся. Шкіра і слизові оболонки стають сухими, легко травмуються, набувають тьмяного перламутрового забарвлення із сіро-голубим відтінком. При кольпоскопії виявляють виражені телеангіектазії. Відбувається атрофія сосочкового та сітчастого шару шкіри, загибель еластичних волокон та гіалінізація сполучної тканини.

Клініка. Хворі скаржаться на свербіння, печію і біль під час сечовипускання. Нерідко хворі розчухують шкіру, що може призводити до вторинного інфікування. Вперта сверблячка призводить до дратівливості, порушення сну та інших вегетативних розладів.

Лікування. Загальнозміцнювальна терапія, психотерапія, снодійні, седативні препарати. Місцево — ванночки з відвару квіток ромашки, преднізолонова мазь, оксикорт, мазь із анестезином. Лікування не завжди ефективне. З немедикаментозних методів призначають магнітолазерну терапію, використовуючи газові та напівпровідникові апарати.

Хвороба Боуена

Хвороба Боуена супроводжується появою на шкірі зовнішніх статевих органів плоских або таких, що дещо підвищуються над рівнем шкіри, плям із чіткими краями. Гістологічно виявляють явища гіперкератозу та акантозу.

Хвороба Педжета

При хворобі Педжета під час гінекологічного огляду на шкірі вульви виявляють яскраво-червоні екземоподібні плями із зернистою поверхнею. Хвороби Боуена та Педжета є облігатними передраками.

Лікування хірургічне, полягає у вульвектомії.

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 ендocerвіт, 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 ґрунтується 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 солколагін (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 ендочервікса. 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 ендочервікса 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 більше 100 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 види HPV-уражень шийки матки:

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

Клінічних ознак, специфічних для HPV-інфекції, немає, вони проявляються ознаками

кольпиту— 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 багат шарового плоского епітелію ектоцервікса разом зі сполучною тканиною, клітини без ознак атипії, можуть бути явища ангиоматозу, 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 кондиломи відпадають.

Ектропіон

Ектропіон— виворот слизової оболонки шийки матки внаслідок погано відновленої шийки після пологової травми. Рідше подібні травми можуть виникати під час аборту. 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 гіперменструального 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 даних вирішують 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 багатошаровому 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 метаблазії можуть міститися і у цервікальному каналі, тому необхідно провести вишкрібання слизової оболонки ендocerвікса.

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 лейкоплакій 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 статевих зв'язків, 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. Додаткова 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 архітекtonіки 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, приCENT III— 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 багат шарового плоского епітелію;
 - б) поля метаплазії циліндричного епітелію.
- папілярна зона дисплазії:
 - а) папілярна зона гіперплазії багат шарового 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 «лиса».

Для верифікації діагнозу необхідна прицільна біопсія з наступним гістологічним дослідженням. Перехід дисплазії в рак in 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 *in 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 фонових 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 <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)
N 87.9	Дисплазія шийки матки не уточнена

- 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 наVII Всесвітньому конгресі по патології шийки матки і кольпоскопії (Рим, 1990).

I. Нормальні кольпоскопічні ознаки.

1. Сквамозний багат шаровий 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.

(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) багатошарового сквамозного епітелія;
 - б) метаплазованого призматичного епітелія.
3. Папілярна зона дисплазії:
 - а) багатошарового сквамозного епітелія;
 - б) метаплазованого призматичного епітелія.
4. Передпухлинна зона трансформації.
5. Конділоми.
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

Комплексне обстеження хворих при діагностиці патології шийки матки

Методика забору матеріалу для цитологічного дослідження.

Матеріал забирається із поверхні вагінальної частини шийки матки лише щіточкою цервікобраш зігнутою під кутом 90 градусів; із цервікального каналу— прямою щіточкою цервікобраш. Щіточка повертається боковою поверхнею до скельця і штриховим рухом наноситься мазок. Мазок фіксується суміш'ю Нікіфорова(спірт з

ефіром порівну) протягом 30 хвилин. Термін відправки мазка у лабораторію не більше 15 діб.

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.

Лікування

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.

Тактика лікування патології шийки матки

Протизапальна терапія.

Цілеспрямована антибактеріальна, антимікотична, противірусна, антисептична терапія призначається до нормалізації біоценозу піхви. Корекція мікрофлори піхви проводиться біологічними препаратами з живих біфідо- (біфіорм, 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.

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.

Хімічна коагуляція.

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.

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.

Противоказання:

- 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 місяці від моменту коагуляції. Одуjuanня констатують по даним кольпоскопії, цитології і нормалізації піхвової флори. Тривалість диспансерізації складає 3 місяці після повного клінічного одужання.

Електроексцизія.

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.

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.

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.

Показання:

- CIN III з локалізацією у церві кальному каналі;
- 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 агента.

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 збереження 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 (ЦІН 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.

VIII. Основна література для опрацювання

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. Опухолевидные поражения яичников.- Киев, 2007.-32с.
5. *Гинекология: национальное руководство* / 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».

Методичну розробку практичного заняття підготував асистент кафедри акушерства і гінекології № 2 О. Г Макаров

Прорецензував професор В.К.Ліхачов

Методична розробка обговорена та затверджена на засіданні кафедри акушерства і гінекології №2, протокол № __ від _____.20__ року

Методична розробка переглянута і доповнена „_____” _____201__р.