

“ЗАТВЕРДЖЕНО”
на методичному засіданні
кафедри акушерства та
гінекології УМСА
“ ” 200
протокол № .
Зав.каф., д.м.н., проф.

Гінекологія

Громова А.М.

МЕТОДИЧНІ РОЗРОБКИ ДЛЯ ОРГАНІЗАЦІЇ
САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ
V курсу медичного факультету

ТЕМА: ПРЕДРАКОВІ ТА ФОНОВІ СТАНИ ЖІНОЧИХ СТАТЕВИХ ОРГАНІВ. ПРИНЦИПИ
ДИСПАНСЕРІЗАЦІЇ ТА ТЕРМІНИ ОЗДОРОВЛЕННЯ ГІНЕКОЛОГІЧНИХ ХВОРИХ.
Кількість навчальних годин 2

ТЕМА: Предракові та фонові стани жіночих статевих органів. Принципи диспансерізації і терміни оздоровлення гінекологічних хворих.

I. АКТИВІЗОВАНОСТЬ ТЕМИ.

Вчення про предракові стани має те велике значення, що примушує лікаря концентрувати увагу на випадках, коли при відомих умовах можливий перехід у рак, вимушує клініциста та патоморфолога відібрати ці випадки, діагностувати і лікувати їх.

II. НАВЧАЛЬНІ ЦІЛІ ЗАНЯТТЯ.

2.1 Студент повинен знати:

Ознаки передракових захворювань, зовнішніх статевих органів, піхви, шийки матки.

Принципи лікування запальних захворювань шийки матки.

Послідовність проведення цитологічного, кольпоскопічного дослідження, біопсії.

Терміни оздоровлення гінекологічних хворих і документацію диспансерної групи.

Успіхи вітчезняної онкологічної науки.

2.2 Студент повинен вміти:

Виявити предракові стани жіночих статевих органів.

Призначити лікування фонових захворювань шийки матки

Призначити лікування фонових та предракових станів матки та її придатків

Оволодіти принципами диспансерізації, термінами оздоровлення гінекологічних хворих.

Проводити профілактику предракових та фонових захворювань жіночих статевих органів.

Скласти індивідуальну схему дослідження та лікування ерозії шийки матки.

Скласти план оздоровлення диспансерної групи хворих.

Висвітити організацію протиракової боротьби в Україні.

III МАТЕРІАЛИ ДОАУДИТОРНОЇ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ.

Дисципліна	Знати	Вміти
Нормальна анатомія	Будову матки та її при- датків Гістологічну будову тканин при предпухлин-них захворюваннях жіно-чих статевих органів	Проводити профілактику раку жіночих статевих органів. Пвести дослідження гі-
Патологічна анатомія		
Онкологія		
Гінекологія		

		некологічних хворих.
--	--	----------------------

3.2 ТЕЗИ ЗМІСТУ ТЕМИ.

Передракові захворювання зовнішніх статевих органів. Передраковими захворюваннями ЖСО вважаються захворювання з тривалим (хронічним) перебігом дистрофічного процесу і доброякісними новоутвореннями, які мають тенденцію до малігнізації. Морфологічно до передракових процесів належать вогнища проліферації (без інвазії, атипове розростання епітелію, атипізм клітин).

Студенти ведуть хворих із передраковими захворюваннями зовнішніх статевих органів (фіброма, міома, крауроз вульви). Проводять об'єктивне обстеження хворої, звертаючи увагу на стан зовнішніх статевих органів (колір шкірних покривів, депігментація, атрофія тканини). Після встановлення діагноза необхідно зупинитись на питаннях лікування, профілактики і прогноза при даних захворюваннях.

Лейкоплакія та крауроз вульви – хронічні нейродистрофічні ураження вульви, які супроводжуються хронічними запальними процесами. Найчастіше ці захворювання розвиваються під час клімаксу й менопаузи. Етіологія: порушення функції нервової системи (симетричність ураження), статевих залоз (гормональна недостатність), а також вікові атрофічні процеси в статевих органах. Гістологічно в основі лейкоплакії закладені процеси гіперкератозу з лімфогістіоцитарною інфільтрацією підепітеліальної тканини. При краурозі – переважають атрофічні зміни покривного епітелію із склерозом та гіалінозом субепітеліальної тканини.

Клініка: часто супроводжується супутніми захворюваннями (діабетичний вульвіт та ін.), на фоні яких непомітно розвивається захворювання з появи сверблячки вульви. Шкіра і слизові при лейкоплакії стають блідими, блискучими. Потім з'являються невеликі, рідше множинні білісуваті плями (бляшки), які дещо виступають над поверхнею тканин, за кольором і щільністю схожі на азбест. Бляшки, які зливаються утворюють суцільне поле, схоже на зім'ятий пергаментний папір.

При краурозі клітор і малі соромітні губи атрофуються, вульва зморщується за рахунок зрощення шкіри з підлеглою тканиною, різко звужується вхід у піхву, шкіра і слизова набувають перламутрового білісувато-сірого відтінку, втрачають еластичність (різко виражений симптом пергаменту), шкіра стає сухою, гладкою, просвічуються судини. Пахові лімфовузли збільшені, болючі.

Лікування: комплексне розпочинати з лікування супутніх захворювань. Психотерапія, гіпнотерапія, снотворні засоби, транквілізатори, препарати брому, валеріани. Гормонотерапія (андрогени, можна в комбінації з невеликими дозами естрогенів). Біогенні стимулятори (алоє, ФІБС). Місцево – мазі, які містять кортикостероїди, фолікулін, вітамінізовані креми. При неефективності перерахованих заходів – денервація вульви, рентгенотерапія або хірургічне лікування (вульвоектомія).

Рак вульви зустрічається в 1-2%. Спочатку на шкірі вульви з'являється потовщення (вузлик), яке хвору не турбує. Потім з'являється сверблячка, виразка з щільними краями, яка розповсюджується вглибину і в ширину. З'являються виділення, кровотечі, болі, особливо при подразненні виразки сечею. Якщо раковий інфільтрат розташований поблизу сечовипускного каналу, останній перетискається, виникає затримка сечі або часті позиви на сечопуск. Рак вульви дає метастази в пахові, здухвинні та підчеревні лімфовузли, сечовий міхур, пряму кишку і дуже рідко в піхву. Стадії розповсюдження рака вульви:

I – пухлина до 2 см у діаметрі, локалізується в поверхневих шарах вульви;

II – поверхнева пухлина більшого розміру чи пухлина з інфільтрацією підлеглої тканини і рухливими метастазами в пахові лімфовузли;

III – нерухома пухлина з глибокою інфільтрацією підлеглих тканин, метастази в пахові лімфовузли;

IV – розповсюдженість пухлини на сусідні органи, метастази у віддалені органи.

В занедбаних випадках вражається вся вульва. В останню чергу в процес залучається сечовипускний канал.

Лікування на ранніх стадіях хірургічне (вульвоектомія з видаленням пахових лімфовузлів) при I-II стадії. Після операції – променева терапія. При неоперабельній пухлині призначають аплікації радіоактивного кобальту з рентген опроміненням пахових лімфовузлів.

Захворювання шийки матки виділяють:

1) доброякісні (фонові) патологічні процеси (при них зберігається правильний поділ клітин, їх диференційовка, старіння й відшарування; 2) передракові стани (дисплазії епітелію). Це патологічні процеси, при яких виражені гіперплазія, проліферація порушення диференціювання, дозрівання й відшарування епітелію.

Справжня ерозія – дефект багат шарового плоского епітелію на шийці матки, частіше в ділянці або навкруги цервікального каналу. В підлеглий сполучній тканини спостерігається запальний процес з набряклою строною, в міжклітинному інфільтраті – безліч лейкоцитів. Судини строми розширені та переповнені кров'ю. При кольпоскопії: навколо цервікального каналу визначаються яскраво-червоні мацеровані ділянки слизової оболонки, позбавлені епітеліального покриву, та запалена підлегла сполучена тканина.

Ектопія циліндричного епітелію, або папілярна (хибна) ерозія – дефект поверхневої вагінальної частини шийки матки, вистеленої циліндричним епітелієм і розташовані навколо цервікального каналу. При огляді ділянки ектопії - визначаються у вигляді припіднятих над слизовою асиметричних плям яскраво-червоного кольору із зернистою поверхнею. По величині та формі ектопія може бути кільцеподібна, у вигляді кайми різної ширини навколо цервікального каналу, або займає більшу частину передньої чи задньої губи навколо ц/каналу. При дотику – легко кровоточить.

Кольпоскопія: ектопія має вигляд гроноподібних утворень шароподібних або продовгуватих пиптиків яскраво-червоного кольору. Колір обумовлений тим, що крізь одношаровий циліндричний епітелій, який покриває пиптики, просвічують кровоносні судини. Межа циліндричного та плоского епітелію зміщується на вагінальну частину шийки матки.

Доброякісна зона трансформації, або фолікулярна (залозиста) ерозія – заміщення циліндричного епітелію багат шаровим плоским епітелієм, яке відбувається в результаті регенерації й епідермізації. При регенерації заміщення проходить від периферії ектопії до ц/каналу з базального зародкового шару багат шарового плоского епітелію. Останній росте під циліндричним епітелієм, витісняючи його, або перекидає його у вигляді окремих “язиків” різної ширини. Спочатку плоский епітелій складається з базального та парабазального шарів, потім він стає багат шаровим.

Залозисті поліпи цервікального каналу.

Субепітеліальний ендометріоз шийки матки, який утворюється внаслідок імплантації клітин ендометрію при заживаючій справжній ерозії і має вигляд синьоватих кісточок.

Гострокінцеві конділоми. Це вірусне захворювання і має вигляд окремих пиптиків або у вигляді злитих конгломератів пипок. Лікування гострокінцевих конділом противірусні препарати та змащення їх конділіном. До передракових захворювань шийки матки відносяться:

Лейкоплакія – патологічний процес, пов’язаний з ороговінням (дискератозом) багат шарового плоского епітелію. Макроскопічно виявляється у вигляді білої плями в ділянці шийки матки, йоднегативні при проведенні проби Шилера. Розрізняють ніжну (тонку, яка легко злущується) лейкоплакію та у вигляді щільної бляшки, більш інтимно зрощеною з підлеглою тканиною.

Кольпоскопія: шорохувата, складчата або лускувата поверхня безсудинних рогових нашарувань.

Еритроплакія: патологічна зміна слизової вагінальної частини шийки матки, при якій проходить витончення епітеліального покриву з явищами ороговіння. Клінічно проявляється у вигляді яскраво-червоних плям із буруватим відтінком, які легко кровоточать при дотикові.

Кольпоскопія: яскраво-червоні ділянки витонченого епітелію, крізь який просвічує гіперемована підлегла тканина.

Поля дисплазії – макроскопічно шийка матки не змінена. Кольпоскопічно на фоні багат шарового сквамозного епітелію визначаються білі полігональні ділянки і червоні границі між ними, які не змінюються під впливом оцетової кислоти. Поля дисплазії можуть бути багат шарового сквамозного епітелію і метаплазованого епітелію.

Папілярна зона дисплазії шийки матки виглядає як червоні мономорфні краплі на фоні білої й рожевої плями.

Кольпоскопічно і морфологічно виділяють папілярну зону дисплазії багат шарового сквамозного епітелію і папілярну зону метаплазованого епітелію.

Передракова зона трансформації виявляється при розширенні кольпоцервікоскопії у вигляді білих мономорфних обводів навколо вивідних протоків залози.

Преклінічний рак шийки матки:

проліферуюча лейкоплакія;

поля атипового епітелію багат шарового сквамозного епітелію й атипового метаплазованого епітелію;

папілярна зона атипового багат шарового і метаплазованого епітелію;

атипова зона трансформації;

атипові судини.

3.3 ЛІТЕРАТУРА

. Василевская Л.Н. Гинекология. – М.: Медицина, 1990..

Бодяжина, В.П. Сметник, Тумилович Л.Г.. Неоперативная гинекология. – М.: Медицина, 1990.

Василевская Л.Н., Винокур М.К., Никитина Н.И. Передраковые заболевания и начальные формы рака шейки матки. – М.: Медицина, 1987.

Коханевич Е.В.. Диагностика передопухольевых процессов шейки матки. – Киев, 1984.

Коханевич Е.В., Ганина К.П., Суменко В.В. Кольпоцервикоскопия. Атлас. – К.: “Вища школа”, 1997. – 56 с. ил.

3.5 Матеріали для самоконтролю.

А. Питання для самоконтролю:

Клініка та діагностика передракових захворювань зовнішніх статевих органів.

Лікування лейкоплакії та крауроза вульви.

Рак вульви: форми, клініка, класифікація, діагностика, лікування.

Методи лікування ерозії шийки матки

Класифікація предпухлинних захворювань жіночих статевих органів.

Передракові захворювання зовнішніх статевих органів.

Передракові захворювання шийки матки: клініка, діагностика

Значення кольпоскопії і цитологічних досліджень у діагностиці карциноми, а також фонових і предпухлинних станів шийки матки

Передракові захворювання тіла матки – етіологія, клініка, діагностика, лікування

Предпухлинні стани придатків матки (кісти, кістоми, хронічні запалення придатків матки)

Принципи діспансеризації і терміни оздоровлення гінекологічних хворих із предпухлинними захворюваннями

Профілактика предпухлинних станів жіночих статевих органів.

В. Задачі для самоконтролю.

Задача 1.

Хвора 36 р. звернулася до лікаря жіночої консультації зі скаргами на підвищену кількість білів на протязі останніх 3-х місяців. Пологів – 2, штучних абортів – 6. Хворіла на двубічне запалення додатків матки. Останній аборт – 4 калах: гіперемія слизової оболонки навколо зовнішнього вічка каналу шийки матки діаметром до 2 см.. Виділення слизові, в незначній кількості при бімануальному дослідженні матки та її додатків без патологічних змін. Склепіння вільні.

Діагноз? Які необхідно провести додаткові методи дослідження? Терапія?

Задача 2.

Хвора 48 років поступила в гінекологічне відділення з приводу значної кровотечі, яка почалася 2 тижні тому після затримки менструації на 1 місяць. Скаржиться на слабкість. При об'єктивному дослідженні в дзеркалах: шийка матки без патологічних змін, при бімануальному дослідженні зовнішнє вічко шийки матки закрите. Матка щільна, трохи збільшена, в правильному положенні, придатки матки не промацуються. Склепіння глибокі. Виділення кров'яні, значні. В зв'язку з кровотечею проведено діагностичне вишкрібання порожнини матки. Гістологічне дослідження: залозно-кістозна гіперплазія ендометрію.

Діагноз? Лікування.?:

IV. МАТЕРІАЛИ ДЛЯ АУДІТОРНОЇ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ.

1. Що таке розширена кольпоскопія?

- а) огляд шийки матки, піхви, промежени.
- б) огляд піхви при збільшенні в 30 – 40 разів.
- в) огляд шийки матки після проби Шиллера.
- г) огляд шийки матки після обробки її 3% розчином оцтової кислоти з вивченням епітеліальних та судинних тестів.

2. Яким інструментом найбільш доцільно проводити забір мазків виділені з шийки матки на цитологічне дослідження?

- а) пінцетом
- б) желобкуватим зондом
- в) шпателем
- г) зондом Пфейфера.

3. Що таке поліп шийки матки?

- а) гіперпластичний процес слизової оболонки шийки матки
- б) неопластичний процес, який супроводжується локальною надмірною проліферацією
- в) гіперплазія епітелію, який покриває шийку матки

4. Яка допустима тривалість консервативного лікування ерозії шийки матки?

- а) 2 тижні
- б) 3 тижні
- в) 6 тижнів
- г) 8 тижнів.

5. Яка тактика лікаря при виявленні діагноза кістоми яєчника розміром до 8 см. в діаметрі?

- а) спостереження протягом 1 місяця
- б) спостереження протягом 1 року
- в) оперативне лікування
- г) доскональне обстеження хворої.

Еталони відповідей на тести до самоконтролю теми:

“Передракові та фонові стани жіночих статевих органів. Принципи диспансерізації та терміни оздоровлення гінекологічних хворих”.

Тест №1 – г

Тест №2 – г

Тест №3 – а

Тест №4 – б

Тест №5 – в

Еталони відповідей на задачі.

1.

Ерозія шийки матки. Необхідні: бакпосів з уретри, шийки матки на гонорею після провокації, дослідження мазків виділень з уретри, шийки матки і піхви на бактеріальну флору, цитологію, кольпоскопія, при необхідності біопсія. Лікування: діатермокоагуляція або кріодеструкція ерозії шийки матки.

2.

Геморагічна метропатія клімактеричного періоду. Залозно-кістозна гіперплазія ендометрію. Показана терапія норколутом або примолут-нор по 5 мг 2 рази на день протягом 4-6 місяців, або 17-ОПК по 250 мг внутрішньо-м'язово 2 рази на тиждень, 6 місяців. Через 6 місяців повторне діагностичне вишкрібання порожнини матки.

