МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
імені О.О. БОГОМОЛЬЦЯ

Навчально-науковий інститут психічного здоров,я

Навчально-науковий інститут Медицини

кафедра Госпітального акушерства і гінекології
та післядипломної освіти

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ З ДИСЦИПЛІНИ

«АКУШЕРСТВО І ГІНЕКОЛОГІЯ»

ТЕМА «Фонові та передракові захворювання жіночих статевих органів. Психологічні аспекти»

ДЛЯ СТУДЕНТІВ IV КУРСУ Навчально-наукового інституту психічного здоров,я

Освітній рівень: другий(магістерський)

Галузь знань: 22 «Охорона здоров'я»

Спеціальність: 225 «Медична психологія»

Освітня програма: «Акушерство і гінекологія»

«Затверджено»
На методичній нараді
Кафедри Госпітального акушерства і гінекології
та післядипломної освіти
протокол №1 від 28.08. 2026 р.
Завідувач кафедри
Член-кор. НАМН України

Д.м.н., професор Говсєєв Д.О.

КИЇВ 2026-27

УДК 618 (072)
Методична рекомендація «Фонові та передракові захворювання жіночих статевих органів. Психологічні аспекти» для студентів IV курсу Навчально-наукового інституту психічного здоров,я з «Акушерство і гінекологія». Київ 2026-27

Авторський колектив кафедри Госпітального акушерства і гінекології та післядипломної освіти:

Член-кореспондент НАМН України, професор, завідувач кафедри Говсєєв Д.О.

Професор, д.мед.н. Лакатош В. П.

Професор, д.мед.н. Загородня О. С.

Професор, д.мед.н. Прощенко О. М.

Доцент, к.мед.н. Авраменко С. О.

Доцент, к.мед.н. Бурка О. А.

Доцент, д.мед.н. Бондаренко Н. П.

Доцент, к.мед.н. Вітовський Я. М.

Доцент, к.мед.н. Жабіцька Л. А.

Доцент, к.мед.н. Жегулович В. Г.

Доцент, к.мед.н. Костенко О. Ю.

Доцент, к.мед.н. Купчік В.І.

Доцент, д.мед.н. Леуш С. С.

Доцент, к.мед.н. Наритник Т. Т.

Доцент, к.мед.н. Поладич І. В.

Доцент, к.мед.н. Прилуцька А. Б.

Доцент, к.мед.н. Слободяник О. Я.

Доцент, к.мед.н. Ткаліч В. О.

Доцент, к.мед.н. Цапенко Т.В.

Асистент, к.мед.н. Антонюк М І.

Асистент, к.мед.н. Осадчук С. В.

Асистент, доктор філософії Синиця М.В.

ФОНОВІ ТА ПЕРЕДРАКОВІ СТАНИ ЖІНОЧИХ СТАТЕВИХ ОРГАНІВ.

Психологічні аспекти.

I. Науково-методичне обгрунтування теми

Актуальність теми обумовлена профілактикою раку жіночих статевих органів, оскільки лише рання діагностика і лікування передраку може попередити розвиток раку, який останнім часом зростає у всіх країнах світу.

Патологія шийки матки займає одне з перших місць в структурі гінекологічних захворювань. Частота її виявлення за останні роки не має тенденції до зниження. Відомо, що рак шийки матки дуже рідко виникає на здоровому органі. Виникненню захворювання завжди передує патологічний процес шийки матки.

Ризик виникнення передракових захворювань ендометрію і переходу їх в рак підвищується в тих випадках, коли у жінок наявні порушення овуляції, обміну жирів, вуглеводів і гіперпластичних процесів ендометрію. Діагностика, лікування передракових станів жіночих статевих органів — це основні профілактичні заходи з попередження раку шийки матки та матки.

II. Навчально-виховні цілі

Для формування вмінь студент повинен ***знати:***

1) доброякісні (фонові) патологічні стани шийки матки;
2) передракові стани шийки матки (дисплазії);
3) частота і ступінь ризику переродження передраку в рак шийки матки;
4) кольпо-цитоморфологічну картину передраку шийки матки;
5) клінічні симптоми передракових процесів шийки матки;
6) обов'язкові і додаткові методи дослідження, які використовують для діагностики передраку шийки матки;
7) послідовність клінічного обстеження при підозрі на передрак шийки матки;
8) основні методи лікування передракових станів шийки матки;
9) скринінг-діагностика передраку шийки матки;
10) профілактика передраку шийки матки;
11) етіологію і патогенез предраку ендометрію;
12) варіанти патогенетичного перебігу предраку ендометрію;

13) класифікацію фонових та передракових станів ендометрію;

14) методи діагностики передракових станів ендометрію;

15) диференційну діагностику предраку ендометрію;

16)методи лікування предраку ендометрію.

В результаті проведеного заняття студент повинен ***вміти:***

1) визначити фактори ризику щодо виникнення передраку шийки матки та ендометрію у конкретної хворої;

2)провести об'єктивне гінекологічне обстеження хворої з передраковим станом шийки матки;

3)володіти методикою забору матеріалу з порожнини матки для цитологічного і гістологічного дослідження;

4)скласти план обстеження хворої на передрак шийки матки;

5)скласти план обстеження хворої на передрак ендометрію;

6) оцінити результати обстеження і поставити діагноз у хворих з передраковими захворюваннями жіночих статевих органів;

7)провести диференційну діагностику між фоновими захворюваннями та передраком шийки матки;

8) скласти і обґрунтувати план лікування хворих на передрак шийки матки;

9) скласти і обґрунтувати план лікування конкретної хворої на передрак ендометрію;

10) виписати рецепти препаратів, які застосовуються при лікуванні передракових станів жіночих статевих органів

11) скласти план профілактичних заходів передраку шийки матки;

12) скласти план профілактичних заходів передраку ендомеирію у конкретної хворої.

III. Базові знання

1.Анатомія жіночих статевих органів.

.2.Методи обстеження гінекологічних хворих.

3.Поняття про передрак.

4.Теорія канцерогенезу.

5.Нейрогуморальна регуляція менструального циклу

6.Гормональні препарати і механізми їх дії.

7.Морфологічні ознаки гіперпластичних процесів і атипії ендометрія.

8.Механізм виникнення гіперпластичних процесів ендометрія при порушеннях менструального циклу і доброякісних пухлинах матки.

IV. Зміст навчального матеріалу

Зміст навчального матеріалу

І. Фонові та передракові захворювання зовнішніх ЖСО

75% випадків злоякісних пухлин жіночих зовнішніх статевих органів виявляють у занедбаних стадіях. Тому треба визнати, що найбільш оптимальним є шлях вторинної профілактики - ефективне лікування фонових та передракових захворювань вульви.

ІІ. Фонові та передракові захворювання шийки матки

До доброякісних патологічних процесів шийки матки відносяться такі патологічні процеси: фонові- при яких зберігається нормоплазія епітелію, тобто проходить правильне ділення епітеліальних клітин, їх диференціація, дозрівання, старіння та відторгнення; передракові- це патологічні процеси (цервікальна інтраепітеліальна неоплазія CIN , або дисплазія), при яких спостерігають гіперплазію, проліферацію, порушення диференціювання, дозрівання та відторгнення епітеліальних клітин при цьому процес не виходить за межі базальної мембрани

Фонові та передракові стани, займають одне **з** перших місць в структурі гінекологічних захворювань. У зв'язку з цим доброякісні патологічні процеси розглядаються як фонові або як факультативний передрак.

До доброякісних (фонових) патологічних процесів відносять:

- ектопію циліндричного епітелію,
- доброякісну зону трансформації,
- екзо- і ендоцервіцити, справжню ерозію,
- субепітеліальний ендометріоз,
- крововиливи,
- телеангіоектазії,
- поліпи.

Вони становлять 80—85% патологічних змін на шийці матки. При наявності вірусного інфікування обов'язкова диференціація вірусу папіломи людини (ВПЛ) та вірусу простого герпесу (ВПГ).

Лікування фонових захворювань ШМ:

При виявленн вірусні інфекції до комплексного лікування включають противірусну терапію системно та локально: інтерферони (лаферон, реаферон, інтрон А, реальдерон) поєднують з препаратами ацикловіру (зовіракс, віролекс, ловір, вальтрекс, герпевір). Для підвищення ефективності лікування до схем включають імуномодулятори (декаріс, тималін, тактивін), рослинний адаптоген протефлазід. При наявності ерозій епітелію слід застосовувати регенеруючу терапію місцево, наприклад супозиторії з пантенолом.

Враховуючи, що при бактеріоскопічному дослідженні вагінального вмісту у 36- 42% пацієнток виявляють дріжджові гриби, хламідії, гарднерсли, трихомонади, необхідно проводити адекватне лікування супутньої інфекції та здійснювати корекцію біоценозу вагіни. Лікування слід проводити обом партнерам.

Лікування хворих з гіпоестрогенією проводять в залежності від причини її виникнення. Хворим, які перенесли хірургічну кастрацію до 45 років, призначають замінну гормонотерапію. У періоді менопаузи, препаратом вибору при встановленій гіпоестрогенії може бути також «овестін», частина дози якого вводиться в піхву, а частина втирається в уражені ділянки піхви. При неефективності консервативної терапії застосовуються деструктивні методи лікування - лазеротерапія, кріодеструкція, хірургічне лікування.

До доброякісних передракових станів *шийки матки* відносять дисплазію епітелія

Дисплазії— це патологічний процес, при якому порушується нормальне диференціювання та стратифікація через гіперплазію базальних і парабазальних клітин без подальшої диференціації. Отже, з'являється клітинна та тканева атипія. з різним ступенем тяжкості.

Атипія — це відсутність рис звичайної будови. Вона може бути тканинною, клітинною, ядерною. *Атипія не є синонімом малігнізації*. Вона може бути присутня при різних видах дисплазії - при регенераторних процесах і хронічному запаленні.

Передракові процеси (дисплазії) становлять 15—18% всіх патологічних процесів шийки матки. Вони мають пряме відношення до виникнення злоякісних пухлин, хоча останні і не завжди з них розвиваються.

За кордоном і в нашій країні найбільш визнаною серед цитологів і клініцистів є класифікація цитограм піхвових мазків по Паланіколау (1947). Вона недостатньо повно відображає сутність патологічного процесу, однак повністю підходить для цитологічного скринінгу. Дана класифікація включає п'ять класів або типів мазка.

1-й клас — атипові клітини відсутні, нормальна цитологічна картина.

2-й клас — зміни клітинних елементів, зумовлені запальним процесом в піхві або шийці матки.

3-й клас — існують поодинокі клітини зі зміненими співвідношеннями ядра і цитоплазми, що відповідають дисплазіям (CIN) — слабкій (CIN I), помірній (CIN II) і тяжкій (CIN III).

4-й клас — виявляються поодинокі клітини з ознаками злоякісності і відповідають станам підозри на рак шийки матки.

5-й клас — в мазку є численні атипові клітини, дана картина відповідає раку шийки матки. На теперішній час класифікація Папаніколау вже не може повністю задовільнити потреби клініки. Сьогодні дедалі частіше в класифікації цитологічних висновків використовується міжнародна термінологія Бетесда 2014 року.

ФАКТОРИ РИЗИКУ ПЕРЕДРАКОВИХ СТАНІВ ШИЙКИ МАТКИ

До факторів ризику епітеліальних дисплазій відносять ранній початок статевого життя і часту зміну статевих партнерів, посттравматичні (післяпологові, післяабортні) зміни епітелію шийки матки і запальні захворювання; інфікування вірусами (HPV, VHS-2) та інфекціями, що передаються статевим шляхом, зміни гормонального стану (абсолютна або відносна гіперестроге-нія), вплив шкідливих умов виробництва і екології.

Як етіологічні фактори розглядалось багато збудників захворювань, що передаються статевим шляхом. Однак не було підтверджено етіологічного зв'язку дисплазії і раку шийки матки із захворюваннями, що передаються статевим шляхом, включаючи гонорею, цитомегаловірус, герпес, хламідіоз, уреаплазмоз та інші інфекції, вони, головним чином, відіграють другорядну роль.

Багаточисельні епідеміологічні та молекулярно-біологічні дані свідчать про важливу роль папіломавірусу людини в розвитку передраку та раку шийки матки. На практичному занятті студентам необхідно підкреслити, що всі типи ВПЛ, асоційовані з неоплазіями та раком шийки матки, можуть бути умовно поділені на групи "високого ризику", що виявляються головним чином у злоякісних пухлинах, їх прототипом є ВПЛ типу 16 та 18; та "низького ризику", що виявляються, як правило, у разі доброякісних уражень шийки матки. їх прототипом є ВПЛ типів 6 та 11.

ДІАГНОСТИКА ПАТОЛОГІЙ ШИЙКИ МАТКИ ТА ПРОФІЛАКТИКА РАКУ ШИЙКИ МАТКИ

Діючою профілактикою РШМ є своєчасне виявлення і лікування фонових та передракових захворювань, зокрема дисплазії (цервікальна інтраепітеліальна неоплазія (CIN). За останні 10 років зросло число дисплазій ШМ у молодих жінок у віці до 30 років і зросла смертність від РШМ у віковому інтервалі 25-49 років. На сьогодні в Україні обов'язкове скринінгове обстеження жінок включає огляд гінекологом шийки матки у дзеркалах, взяття мазків з епітеліального шару шийки матки та цитологічне їх дослідження. Основне завдання цитологічного скринінгу – виявлення на етапі первинного огляду хворих з фоновими та передпухлинми захворюваннями шийки матки, поглиблене їх обстеження з використанням високоефективних діагностичних методів.

Діагностика патології шийки матки включає в себе:

а) основні методи обстеження: збір анамнестичних даних, огляд шийки матки у дзеркалах, цитологічні дослідження, кольпоскопія, бімануальне піхвове дослідження, морфологічне дослідження цілеспрямованого біопсійного матеріалу;

б) додаткові методи обстеження: бактеріологічні та бактеріоскопічні, вірусологічні, гормональні, кольпоцитологічні, сонографія органів малого тазу.

В клінічній практиці використовується ***двохетапний*** метод діагностики патології шийки матки.

На першому етапі з метою профілактики і ранньої діагностики передраку і раку шийки матки найбільш раціонально використовувати цитологічний скринінг

при профілактичних гінекологічних обстеженнях жінок всіх груп. Цитологічний діагноз обов'язково повинен відображати особливості мікроскопічної картини і морфологічних змін клітин в піхвових мазках.

Другий етап передбачає обстеження жінок, у яких виявлені атипові клітини, з використанням кольпоцервікоскопії та прицільної біопсії.

Цитологічне дослідження (бажано методом рідинної цитології) разом із кольпоскопією та ВПЛ-тестуванням – це основа діагнозу норми шийки матки. Масові профілактичні огляди, скринінг дозволяють виявляти як фонові, так і передракові стани. При проведенні профілактичних оглядів важливе місце відводиться кольпоскопічному та цитоморфологічному методам дослідження. Враховуючи причетність віруса папіломи до розвитку деяких форм передраку шийки матки, виникає необхідність обстеження хворих на папіломавірусну інфекцію імунологічними та молекулярно-біологічними методами (імунопероксидазний, гібридизація іп situ та ДНК ПЛР та генотипупування на онкогогенні штами ВПЛ, особливо 16,18) і це має принципове значення, оскільки виявлення папіломавірусної інфекції визначає різну лікувальну тактику ведення хворих. Первинна профілактика РШМ заключається в проведенні заходів по відношенні до осіб, які не мають ознак захворювання, з метою попередження його розвитку в подальшому. Класичним прикладом первинної профілактики РШМ є вакцинація дівчаток-підлітків до початку статевого життя. Вторинна профілактика РШМ заключається в ранньому виявленні і лікуванні жінок, які мають передракові зміни на шийці матки з метою попередження, в подальшому, розвитку інвазивного раку

У хворих з цитологічно і ендоскопічно виявленою передраковою патологією необхідно виконати під контролем кольпоскопа біопсію з наступним гістологічним дослідженням

Правила проведення цитологічного дослідження ШМ традиційним методом :

1) Мазки бажано брати у II фазі менструального циклу, після обережного видалення слизу ватним тампоном;

2) Забор матеріалу потрібно проводити:

а) з поверхні ШМ

б) із цервікального каналу (бажані щіточки cervix brash, ложечки Фолькмана, зонди),

в) з патологічного вогнища окремо.

3) Матеріал наноситься тонким шаром на обезжирене скло, окремо із кожної зони і фіксується у суміші Никіфорова (спірт 96% : ефір = 1:1).

Найефективніший спосіб діагностики на сьогодні — PAP-тест, або рідинна цитологія. Що таке рідинна цитологія?

Рідинна цитологія (ПАП-тест) - це найефективніший на сьогодні вид цитологічного лабораторного обстеження з метою скринінгу раку шийки матки. Дозволяє вивчити детальну будову клітин шийки матки під мікроскопом. Назва походить від імені онколога, який винайшов цей тест - Георгіса Папаніколау. Має ще одну назву — «онкоцитологія».

Різниця між традиційною та рідинною цитологією

Традиційне цитологічне дослідження — не те саме, що ПАП-тест методом рідинної цитології. Основна відмінність - у методі фіксації матеріалу:

- При заборі методом традиційної цитології, мазок наносять на скло, висушують та передають на дослідження цитологам.

- При заборі методом рідинної цитології, той самий матеріал поміщають у консервувальну рідину. Клітини зберігаються у своєму природному стані, що дозволяє більш ретельно дослідити їх в умовах лабораторії. Результат рідинної цитології — максимально точний та інформативний. Він дозволяє виявити та вчасно пролікувати передракові стани, не допускаючи подальшого розвитку.

Переваги ПАП-тесту

- Відповідь з першого взяття матеріалу;

- Висока точність результату, адже матеріал довше зберігається, ніж при заборі іншими методами, а також не руйнується під дією різних факторів;

• При одноразовому заборі є можливість провести два дослідження: ПАП-тест та діагностику на ВПЛ;

• Можливість виявлення хвороби на ранніх стадіях.

Кому та коли потрібно робити ПАП-тест?

Тест необхідно регулярно проходити всім жінкам, які ведуть статеве життя. У більшості країн світу рекомендують робити цитологічне дослідження кожні три роки, починаючи з 21-річного віку. Проте за наявності факторів ризику, доцільно робити пап-тест 1 раз на рік. Цими факторами ризику є:

• випадки раку шийки матки у родині — в матері, бабусі, сестри;

• ранній початок статевого життя — до 16 років;

• часта зміна статевих партнерів без використання бар'єрної контрацепції (презервативів);

• куріння;

• ВІЛ-інфекція;

• ослаблений імунітет через прийом кортикостероїдів.

Також ПАП-тест призначають для контролю ефективності лікування, оцінки динаміки захворювання.

Кому не можна робити ПАП-тест?

Проведення дослідження методом рідинної цитології має деякі протипокази. ПАП-тест не проводять:

-жінкам, які ще не живуть статевим життям;

-при наявності кров’янистих виділень з піхви (під час менструального циклу);

-при аномалії розвитку статевих органів, які перешкоджають взяттю біоматеріалу з піхви;

-при повному закритті каналу шийки матки;

-після процедури хірургічного видалення матки (тотальна гістеректомія).

Після досягнення 65-річного віку жінка може припинити регулярне проведення цитологічного дослідження, якщо попередні результати ПАП-тестів були негативними.

ПАП-тест рекомендовано проходити в перші дні після завершення менструації. Виняток — жінки, які приймають оральні контрацептиви (протизаплідні пігулки) та жінки у періоді менопаузи. Вони можуть проходити цитологічне дослідження у будь-який день. **Розшифровка результату ПАП-тесту є наступною:**

- **NILM** - Нормальний результат рідинної цитології — негативний. Це означає, що шийка матки - здорова. Рекомендований плановий огляд через рік.
- **ASC-US** - атипові клітини плоского епітелію невизначеного значення — означає, що деякі клітини мають нетиповий вигляд, але не відомо, чи це пов'язано з раком. Можливими причинами можуть бути поліпи, зміни гормонального фону, інфекції та навіть подразнення. При отриманні такого результату рекомендовано перездати ПАП-тест через 6-12 місяців.
- **ASC-H** - атипові клітини плоского епітелію, які не дозволяють виключити HSIL — вказує на те, що в тканинах зовнішньої частини шийки матки є аномальні клітини. Це може свідчити про передраковий стан, і потребує лікування. Скоріш за все, після отримання такого результату лікар скерує вас на подальше дообстеження.
- **AGC** - атипові залозисті клітині — деякі клітини внутрішньої частини матки або слизової оболонки її шийки мають нетиповий вигляд, можливі захворювання матки. Інколи у висновку ПАП-тесту вказано, які саме це клітини.
- **LSIL (CIN I)** - низький ступінь плоскоклітинного інтраепітеліального ураження — у клітинах є зміни, можливо, спричинені ВПЛ. Цей стан має назву дисплазія легкого ступеня. Може минати самостійно (без лікування). Але консультація лікаря після отриманні такого результату є обовязковою.
- **HSIL (CIN II /CIN III)**- високий ступінь плоскоклітинного інтраепітеліального ураження — результат, який свідчить про помірний або серйозний характер змін в клітинах. Стан має назву дисплазія помірного або важкого ступеня (помірна дисплазія або важка дисплазія). Означає, що лікування

потрібне: обов'язково проконсультуйтеся з лікарем та пройдіть всі додаткові дообстеження.

• **AIS** - аденокарцинома in situ — результат свідчить про те, що тканини шийки матки мають великі уражені зони з аномальними клітинами. Потребує дообстеження організму та лікування.

• **Клітини раку шийки матки** — результат свідчить про наявність в тканинах шийки матки є злоякісні (ракові) клітини.

Кольпоскопія- це огляд шийки матки за допомогою оптичного приладу з додатковим освітленням і збільшенням картинки огляду в 10– 30 разів, і сильним джерелом освітлення. Кольпоскопія дозволяє зробити прицільну біопсію і уточнити чи є дисплазія шийки матки.

Види кольпоскопії:

Проста – визначається характер виділень, проводиться огляд кольпоскопом шийки матки після видалення виділень та без обробки будь-якими допоміжними речовинами.

Розширена – огляд шийки матки кольпоскопом після попередньої обробки її поверхні 3% розчином оцтової кислоти та 2% розчином Люголя. В результаті дії оцтової кислоти виникає короткочасний набряк епітелію і зменшується кровонаповнення тканин, що має важливе діагностичне значення так як судини незміненої тканини звужуються та зникають з поля зору, а судини при злоякісних новоутвореннях не реагують на оцтову кислоту не звужуються та не зникають. Проба Шиллера – під дією 2% розчина Люголя,багатошаровий плоский епітелій багатий глікогеном,забарвлюється в темно-коричневий колір-це нормальний стан шийки матки. Пошкоджений епітелій бідний на глікоген, тому оброблена люголем ділянка виглядає незабарвленою (йоднегативною), а проба вважається позитивною. Ця проба дає можливість точно визначити локалізацію та межі патологічного процесу.

В 2011 році на XIV Всесвітньому конгресі Міжнародної федерації кольпоскопії та патології шийки матки у м. Ріо-де-Жанейро була прийнята Номенклатура кольпоскопічних термінів щодо шийки матки.

International Federation for Cervical Pathology and Colposcopy
Internationale Federation für Zervixpathologie und Kolposkopie
Federación International de Patología Cervical y Colposcopia
Fédération Internationale de Pathologic Cervicale et Colposcopie

IFCPC термінологія для шийки матки[1] (IFCPC, Ріо-де-Жанейро, 2011)

2011 IFCPC кольпоскопічна термінологія для шийки матки[1]			
Загальна оцінка	Адекватна/неадекватна картина (із зазначенням причини, наприклад об'єктивна оцінка цервікса затруднена внаслідок запалення, кровотечі, рубцевих змін) Стик БПЕ та ЦЕ візуалізується повністю, частково, не візуалізується Зона трансформації: тип 1, 2, 3		
Нормальні кольпоскопічні картини	Багатошаровий плоский епітелій, зрілий, атрофічний Циліндричний епітелій Ектопія Метапластичний епітелій Наботові кісти, відкриті залози Децидуоз (під час вагітності)		
Аномальні кольпоскопічні картини	Загальні принципи	Локалізація ураження в межах або поза межами зони трансформації, відповідність за циферблатом Розміри зони ураження у відсотковому відношенні до цервікса	
	Ступінь I (слабко виражене ураження)	Тонкий оцтово-білий з нерівними, нечіткими контурами	Ніжна мозаїка Ніжна пунктація
	Ступінь II (виражене ураження)	Щільний оцтово-білий епітелій з чіткими контурами Швидке побіління Оцтово-білий ободок навколо залоз (крипт) Груба пунктація	Груба мозаїка Ознака внутрішньої межі (всередині ураження межі більш щільного оцтово-білого ураження) Ознаки бугристості
	Неспецифічні ознаки	Лейкоплакія (кератоз, гіперкератоз) Ерозія Забарвлення розчином Люголя (йоднегативне, йодпозитивне)	
	Підозра на інвазію	Атипові судини Додаткові ознаки: ламкість судин, нерівна поверхня, екзофітне ураження, ділянки некрозу, виразка, пухлинні утворення	
Інші кольпоскопічні картини	Вроджена зона трансформації Кондиломи Наслідки попереднього лікування	Стеноз Вроджені аномалії Запалення	Поліпи Ендометріоз

ЛІКУВАННЯ ПАТОЛОГІЧНИХ ПРОЦЕСІВ ШИЙКИ МАТКИ

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

Принципами лікування є:

1.забезпечення безрецидивного виліковування;

2.використання органозберігаючих методів лікування

Рівень радикальності лікування визначається ступенем тяжкості дисплазії.

Методи лікування захворювань шийки матки

1. Консервативні

2. Хірургічні: • локальна деструкція (діатермокоагуляція, радіохвильова коагуляція кріодеструкція, лазерна деструкція); • радикальне оперативне втручання (ексцизія шийки матки, ампутація шийки матки, гістеректомія)

3. Комбіновані

За наявності екзо-, ендоцервіцитів та справжніх ерозій проводиться місцева і загальна протизапальна терапія. Вибір лікувальних засобів встановлюється за результатами бактеріологічних досліджень.

У хворих на субепітеліальний ендометріоз, окрім місцевого лікування (видалення вогнища шляхом кріо- або лазерною деструкцією), визначається баланс статевих гормонів і призначається гормонотерапія.

При посттравматичній ектопії призматичного епітелію і доброякісній зоні трансформації проводиться лазеровапоризація, діатермокоагуляція, кріодеструкція.

За наявності масивного ектропіону, рубців та розривів у жінок після 40 років рекомендується секторальна або кругова діатермоексцизія (діатермоконізація), а в репродуктивному віці — корегуюча діатермопунктура або пластична операція. У хворих з дисгормональною ектопією призматичного епітелію необхідно визначити характер гормональних порушень і призначити відповідну терапію.

Кріодеструкція при лікуванні хворих з посттравматичними ектопіями призматичного епітелію, доброякісною зоною трансформації та субепітеліального ендометріозу є більш ефективною і менш травматичною, ніж діатермокоагуляція.

Доброякісні поліпи неохідно видаляти шляхом лазеровапоризації, діатермокоагуляції або кріодеструкції з наступним руйнуванням поліпа. Матеріал, отриманий після видалення тканин, обов'язково підлягає гістологічному дослідженню

У хворих на передракові стани метод лікування вибирається з урахуванням комплексного клініко-ендоскопічного, цитологічного та морфологічного досліджень. До ефективних методів лікування дисплазій відносять конусовидну діатермоексцизію, лазерну та кріодеструкцію. Лазерна деструкція найбільш раціональна на основі $C0_2$. Діатермокоагуляція не може бути визнана раціональною. Оскільки після її використання в епітелії нерідко зберігаються незруйновані клітини, які в подальшому можуть малігнізуватися.

Перед лікуванням передпухлинних процесів шийки матки необхідно орієнтувати студентів на необхідність проведення діагностики і лікування сексуально трансмісивних захворювань статевих органів. При лікуванні доброякісних процесів, дисплазії шийки матки, асоційованих з ВПЛ, слід проводити етіопатогенетичну терапію (місцева цитостатична терапія (5-фторурацилом) в комплексі з кріодеструкцією, **CO2** лазерною вапоризацією, електроконізацією та місцевою чи системною інтерферонотерапією).

Показанням для гістеректомії при захворюваннях шийки матки є:

- CIN III з локалізацією у цервікальному каналі;
- технічна неможливість проведення електроексцизії у зв’язку з анатомічними особливостями;
- поєднання з міомою матки або пухлинами яєчників;
- рецидиви після кріотерапії або лазерної терапії.

У пацієнток, які є носіями віруса папіломи людини, при відсутності патоморфологічних змін на шийці матки, вірус папіломи людини втрачає своє діагностичне значення, і ці пацієнти не підлягають лікуванню. Однак ці пацієнтки повинні знаходитись в групі ризику з виникнення передраку та раку шийки матки. Профілактичні заходи повинні бути спрямовані на елімінацію фактору ризику з виникнення передраку, раку шийки матки та на своєчасне виявлення, лікування фонових, передракових станів шийки матки. Вилікуваних хворих на доброякісні

патологічні процеси можна знімати з диспансерного нагляду лише після заключного огляду з використанням кольпоцервікоскопічних та цитологічних методів через півтора — два місяці. Після радикального лікування хворих на передракові процеси вони підлягають кольпоцервікоскопічному і цитологічному контролю через півтора місяці, 6 місяців і року після лікування. Зняття з обліку допустиме тільки при повному ендоскопічному, цитологічному видужанні через два роки після лікування.

ІІІ. ПЕРЕДРАКОВІ ЗАХВОРЮВАННЯ ЕНДОМЕТРІЮ

Гіперплазія ендометрія (далі – ГЕ) – це патологічна проліферація залоз ендометрія зі збільшенням співвідношення залоз до строми у порівнянні з нормальним проліферативним ендометрієм. Нормальний проліферативний ендометрій містить залози, які розташовані рівномірно і знаходяться в стромі при співвідношенні залоз до строми 1:1.

Захворюваність на гіперплазію ендометрія зростає з віком і становить 133 випадки на 100 000 пацієнто-років. Гіперплазія ендометрія рідко зустрічається у жінок віком до 30 років і досягає піку у віці 50 - 54 роки

Визначення термінів

Регрес - відсутність у зразках ендометрія ознак гіперплазії / злоякісності або неінформативний зразок ендометрія з належним чином розміщеного пристрою для взяття зразків ендометрія (пайпель).

Персистенція - відсутність регресу або прогресування початкового підтипу гіперплазії ендометрія після 3 місяців та більше.

Прогресування - розвиток атипової гіперплазії або раку ендометрія.

Рецидив - відновлення гіперплазії ендометрія без атипії або з атипією після одного або декількох негативних результатів біопсії ендометрія

Фактори ризику ГЕ

Фактори ризику, що пов'язані з гіперплазією ендометрія з атипією або без неї, такі ж, як і в разі ендометріоїдного раку ендометрія (далі - РЕ). Ці фактори

призводять до впливу на ендометрій вільних естрогенів з ендогенних або екзогенних джерел.

Вважається, що атипова гіперплазія (далі - АГ) ендометрія найчастіше прогресує до РЕ I типу, тому що вони мають схожий профіль генетичних змін і моноклонального росту. Фактично до 60 % пацієнток з АГ вже мають інвазивний рак ендометрія або він розвинеться в майбутньому.

Гіперплазія ендометрія без атипії рідко прогресує до раку ендометрію (1 - 3%) і не характеризується такими генетичними мутаціями, як варіант з атипією. Згідно з даними бюлетеню Національного канцер-реєстру України № 21 за 2018 - 2019 рр. рак тіла матки характеризується незначимим зростанням показників як захворюваності, так і смертності. У загальній структурі захворюваності на злоякісні новоутворення жіночого населення України РЕ займає третє місце (9,6%), в структурі смертності - сьоме місце (5,8%). Рівень захворюваності на рак ендометрія становить 36,1 на 100 тис. жіночого населення, а рівень летальності - 8,4 на 100 тис. жіночого населення.

Хвороба може розвиватися у жінок практично будь-якого віку, але частіше за все у пізньому репродуктивному періоді. Гіперплазія ендометрія розвивається, якщо естрогени, не зустрічаючи протидії прогестерону, стимулюють ріст клітин ендометрія через зв’язування з рецепторами естрогену в ядрах клітин ендометрія.

Фактори ризику гіперплазії ендометрія можна поділити на:

- менструальні фактори (наприклад, раннє менархе, ановуляція , СПКЯ, ендокринне безпліддя,відсутність пологів в анамнезі, перехід до менопаузи, пізня менопауза, похилий вік або постменопауза);
- пухлини яєчників, які секретують естрогени, наприклад гранульозноклітинні пухлини (трапляються приблизно в 40 % випадків ГЕ);
- ятрогенні фактори (наприклад, медикаментозна стимуляція ендометрія у разі застосування монотерапії естрогенами, як системної МГТ при інтактній матці або тривалого прийому тамоксифену);
- супутні захворювання (наприклад, підвищений ІМТ та ожиріння з надмірним периферичним перетворенням андрогенів на естрогени у жировій

тканині, цукровий діабет, артеріальна гіпертензія, синдром Лінча, синдром Каудена).

Клініка

Основним клінічним проявом гіперплазії ендометрія є аномальні маткові кровотечі (далі – АМК). До них належать надмірні менструальні кровотечі, кровотечі між менструаціями, нерегулярні кровотечі, проривні кровотечі на фоні менопаузальної гормональної терапії (далі – МГТ) та кровотечі у постменопаузі.

Головною небезпекою захворювання часто є малосимптомний перебіг. Іноді у жінок відсутні АМК і гіперплазія ендометрія діагностується лише при цитологічному дослідженні шийки матки шляхом виявлення патологічних залозистих або ендометріальних клітин. Через слабко виражений дискомфорт не кожна жінка відразу ж звертається на огляд до лікаря акушера-гінеколога. Це призводить до прогресування захворювання з розвитком серйозних ускладнень - анемії, безпліддя, злоякісних новоутворень тіла матки.

Діагностика

Зазвичай обстеження пропонують жінкам, які мають будь-який із зазначених вище симптомів. Іноді можна запідозрити гіперплазію ендометрія за допомогою ультразвукового датчика, який вводиться у піхву (трансвагінальне ультразвукове дослідження органів малого тазу). Однак для точного діагнозу зразок тканини слизової оболонки матки після біопсії повинен бути досліджений під мікроскопом. При підозрі на гіперплазію ендометрія при ультразвуковому дослідженні пропонують пайпель біопсію слизової оболонки матки або гістероскопію з біопсією (обстеження порожнини матки спеціальним приладом). Це дозволяє ретельно дослідити порожнину матки і провести біопсію для дослідження під мікроскопом. Більшості жінок проводять гістероскопію з біопсією в амбулаторних умовах у денному стаціонарі, хоча іноді може знадобитися загальний наркоз. Іноді клітини гіперплазії ендометрія знаходяться в поліпах. Якщо поліпи виявляють в порожнині матки, їх потрібно видалити. Майже у кожного п'ятого поліпа спостерігаються передракові або ракові зміни всередині.

Збір анамнезу та фізикальне обстеження допомагають встановити фактори ризику гіперплазії ендометрію, скерувати жінку на обстеження,

визначити/уточнити тактику ведення пацієнтки. Серед симптомів ГЕ у жінок репродуктивного віку спостерігають аномальні маткові кровотечі - зміни регулярності і частоти менструацій, тривалості кровотечі або кількості крові, що втрачається У постменопаузі необхідно аналізувати всі випадки вагінальних кров'яних виділень.

Анамнез включає такі відомості: акушерсько-гінекологічний анамнез (раннє менархе, ановуляція – СПКЯ, ендокринне безпліддя, відсутність пологів в анамнезі, перехід до менопаузи, пізня менопауза, похилий вік або постменопауза); прийом медикаментів (наприклад, терапія екзогенними естрогенами або тамоксифеном); супутні захворювання, що є чинниками ризику ГЕ (наприклад, ожиріння, цукровий діабет, артеріальна гіпертензія); сімейний анамнез раку ендометрія, яєчників, молочної залози і кишечника (наприклад, синдром Лінча).

Фізикальне обстеження У ході фізикального обстеження важливе значення має визначення ІМТ, тому що ожиріння є суттєвим чинником ризику гіперплазії ендометрія. Необхідно звертати увагу на наявність проявів СПКЯ (гірсутизм, акне).

Обстеження органів малого тазу включає проведення дослідження шийки матки в дзеркалах, бімануального дослідження.

Лабораторна діагностика

- мазок за Папаніколау за показаннями.
- хоріонічний гонадотропін людини (β-субодиниця) в сироватці крові або сечі;
- експрес-тест на вагітність (при порушенні менструального циклу).
- загальний аналіз крові, визначення рівня феритину у сироватці крові (скринінг залізодефіцитної анемії).
- у разі відсутності інших встановлених факторів ризику гіперплазії ендометрію (ГЕ) за підозри на гранульозноклітинну пухлину яєчників проводять аналіз для визначення рівня сироваткового інгібіну В
- рівень естрадіолу.

Інструментальні методи обстеження **– основним методом діагностики є біопсія ендометрія.**

Біопсію ендометрія проводять пацієнткам з підозрою на гіперплазію ендометрія у наступних випадках:

Стани у жінок з підозрою на гіперплазію ендометрія, при яких необхідно надавати перевагу ***гістероскопії з прицільною біопсією ендометрія*** по відношенню до **пайпель біопсії (аспірацій на біопсія):**

- неінформативний зразок ендометрія за результатами пайпель біопсії;
- якщо за результатами трансвагінального УЗД органів малого тазу, або біопсії ендометрію підозрюються внутрішньоматкові структурні аномалії (наприклад поліпи);
- наявність зразка ендометрія доброякісного характеру у поєднанні з іншими ознаками, що вказують на високу ймовірність підозри на ГЕ чи рак ендометрія;
- присутність хронічної АМК;
- наявність стенозу шийки матки, при якому не вдалося виконати БЕ;
- больовий синдром.

У жінок репродуктивного віку з регулярними менструальними циклами оптимальним терміном для гістероскопії є фолікулярна фаза менструального циклу. Перед проведенням гістероскопії потрібно виключити вагітність. У жінок з нерегулярними менструаціями та у постменопаузі гістероскопія проводиться у будь-який день.. Для рутинної гістероскопії антибіотикопрофілактика не рекомендується.

Метод дилатації і кюретажу (фракційного вишкрібання цервікального каналу і порожнини матки) не є стандартом діагностики стану ендометрія, даний метод необхідно застосовувати лише при аномальних маткових кровотечах у разі неможливості біопсійного забору зразка ендометрія та/або виконання гістероскопії з прицільною біопсією ендометрію.

Трансвагінальне ультразвукове дослідження органів малого тазу

У жінок репродуктивного віку ТВ УЗД органів малого тазу обмежується виявленням структурної патології матки та ендометрія, тому що товщина ендометрія в нормі та при гіперплазії може бути однаковою в певному діапазоні.

Для жінок з СПКЯ за відсутністю кровотечі відміни при лікуванні прогестагенами або при АМК при ТВ УЗД органів малого тазу порогове значення товщини ендометрія відповідає 7 мм. Потовщення ендометрія або поліп ендометрія при СПКЯ потребують пайпель біопсії ендометрія або гістероскопії з прицільною БЕ.

У жінок з постменопаузальною матковою кровотечею для початкової оцінки доцільно проводити як біопсію ендометрія, так і ТВ УЗД. ТВ УЗД є інформативним, якщо виявляється М-ехо ендометрія (≥ 4 мм), враховуючи, що це має більше ніж 99 % негативного прогностичного значення для РЕ

Якщо тонке, чітке М-ехо ендометрія у жінки в постменопаузі з кровотечею адекватно не визначається, необхідно провести соногістерографію, офісну гістероскопію або забір зразків ендометрія.

Жінку, у якої при проведенні ТВ УЗД органів малого тазу з доплерометрією виявлено безсимптомне потовщення ендометрія у постменопаузі та інші ознаки, такі як підвищена васкуляризація, неоднорідність ендометрія, наявність внутрішньоматкової рідини зі взвіссю, або товщину ендометрія понад 11 мм, необхідно направити до лікаря акушера-гінеколога для подальшого обстеження.

Рішення щодо подальшого обстеження жінок з безсимптомним потовщенням ендометрія повинне прийматися індивідуально з урахуванням наявності факторів ризику РЕ, таких як ожиріння, артеріальна гіпертензія та пізня менопауза.

Диференціальна діагностика

Диференціальний діагноз ГЕ включає інші стани, які проявляються матковими кровотечами, насамперед невиношування вагітності та структурні ураження порожнини матки: поліп ендометрія, аденоміоз, субмукозна лейоміома матки і РЕ.

Підтвердження джерела кровотечі є найважливішим етапом оцінки жінок з АМК. Необхідно виключити кровотечу з будь-якого іншого відділу статевих шляхів: промежини, вульви, піхви, шийки матки або фаллопієвих труб, а також інших органів: уретри, сечового міхура, анусу або прямої кишки.

У жінок з патологічною цервікальною цитологією диференціальний діагноз включає передракову патологію і рак шийки матки.

При аналізі результатів гістологічного дослідження ГЕ потрібно диференціювати від атрофічного або слабо проліферативного ендометрія за архітектурою гіперплазії, метаплазії ендометрія та гіперплазії ендометрія із накладеними секреторними змінами добре диференційованою аденокарциномою.

Лікування (тактика ведення)

Доступне як медикаментозне, так і хірургічне лікування, але найкращі варіанти залежатимуть від типу гіперплазії ендометрія та індивідуальних особливостей.

1. Гіперплазія ендометрія без атипії:

- *усунення факторів ризику* Втрату ваги при надмірній вазі або ожирінні. При надмірній вазі або ожирінні потрібно схуднути, щоб мінімізувати ризик того, що ліки виявляться неефективними, або станеться рецидив гіперплазії ендометрія після лікування (повернення захворювання за результатами біопсії).

Зворотні фактори ризику, зокрема ожиріння, овуляторну дисфункцію (наприклад при СПКЯ, гіперпролактинемії), використання неадекватних режимів МГТ, естроген-продукуючу пухлину, необхідно виявити та за можливості усунути.

Медикаментозне лікування гіперплазії ендометрія без атипії

Медикаментозна гормональна терапія ГЕ є ефективною у багатьох жінок і включає використання ЛНГ-ВМС 52 мг («МІРЕНА»), ін'єкційних або пероральних прогестагенів в режимі безперервного прийому протягом 6 місяців з динамічним спостереженням за станом ендометрія.

Лікування за допомогою внутрішньоматкової системи, яка вивільняє гормон левоноргестрел 52 мг. Якщо жінка добре переносить ЛНГ-ВМС і не планує

вагітності, необхідно рекомендувати їй залишити ЛНГ-ВМС на термін до 5 років, тому що це знижує ризик рецидиву ГЕ, особливо якщо ЛНГ-ВМС полегшує симптоми АМК.

Внутрішньоматкова система, що вивільняє левоноргестрел 52 мг (20 мкг/добу) має бути лікуванням першої лінії, тому що вона забезпечує кращі показники регресу захворювання, має більш сприятливий профіль лікування маткової кровотечі й менше побічних ефектів у порівнянні з пероральними прогестагенами.

Жінкам, які відмовляються від ЛНГ-ВМС, необхідно застосовувати прогестагени: шляхом внутрішньом'язової ін'єкції медроксипрогестерону по 150 мг кожні 90 діб або перорально у безперервному режимі, наприклад, прогестерон мікронізований 100 - 300 мг/добу або інші прогестагени у відповідних дозуваннях.

Лікування за допомогою прогестагену: внутрішньом'язових ін'єкцій раз на 3 місяці або таблеток, які приймають щодня, протягом принаймні 6 місяців.

Якщо наявний синдром полікістозних яєчників і немає регулярних менструацій, потрібно приймати ліки, щоб переконатися, що є щонайменше 4 менструації на рік, щоб слизова оболонка матки знову не потовщувалася. При відсутності природних менструацій кровотеча може бути викликана таблетками прогестагену, які може призначити лікар акушер-гінеколог, або можна встановити внутрішньоматкову гормональну систему.

Прогестагени не слід використовувати у циклічному режимі, тому що циклічний режим менш ефективний для індукції регресу гіперплазії ендометрія без атипії у порівнянні з безперервним пероральним прийомом прогестагенів або використанням ЛНГ-ВМС.

Гістологічний контроль (Динамічне спостереження**)** Біопсія ендометрія при ГЕ проводиться щонайменше кожні 6 місяців.

Динамічне спостереження за відповіддю на лікування повинно здійснюватися за допомогою БЕ, яку також можна проводити зі встановленою внутрішньоматковою системою. Біопсія ендометрія при ГЕ проводиться щонайменше кожні 6 місяців, **Перед закінченням динамічного спостереження**

при ГЕ необхідно отримати не менше двох негативних результатів біопсії ендометрія поспіль з інтервалом у 6 місяців. Жінкам з високим ризиком рецидиву, з ІМТ 35 кг/м$^{-2}$ або вище та пацієнткам, що приймали пероральні прогестагени, після отримання двох негативних результатів біопсії ендометрія поспіль потрібно проведення біопсію ендометрію з інтервалом 6 місяців протягом принаймні 2 років, а потім - довгострокове спостереження зі щорічною біопсією ендометрія.

Хірургічне лікування гіперплазії ендометрія без атипії

У разі гіперплазії ендометрія без атипії не потрібно розглядати тотальну гістеректомію, як терапію першої лінії, тому що терапія прогестагенами у безперервному режимі забезпечує гістологічну й симптоматичну ремісію у більшості жінок і дає змогу уникнути ускладнень, пов'язаних із серйозним хірургічним втручанням.

Тотальна гістеректомія показана жінкам, які не бажають зберегти фертильність, якщо:

-під час динамічного спостереження відбувається прогресування до атипової гіперплазії та раку ендометрія;

-відсутній гістологічний регрес гіперплазії ендометрія, незважаючи на 12 місяців медикаментозного лікування;

-після завершення терапії прогестагенами спостерігається рецидив гіперплазії ендометрія;

-зберігаються симптоми АМК;

-жінка відмовляється від біопсії ендометрія, медикаментозного лікування або не дотримується режиму лікування,

-є протипоказання чи непереносимість медикаментозного лікування.

У разі виконання тотальної гістеректомії перевага надається лапароскопічному методу.

Жінкам у постменопаузі, які потребують хірургічного лікування ГЕ гіперплазії ендометрія без атипії, необхідно запропонувати двобічну сальпінгоофоректомію разом з тотальною гістеректомією.

Для жінок у пізньому репродуктивному віці при ГЕ рішення про видалення яєчників має бути індивідуальним; проте необхідно розглянути доцільність двобічної сальпінгоектомії зі збереженням яєчників, тому що це може знизити ризик злоякісного новоутворення яєчників у майбутньому.

Абляція ендометрія не рекомендується для лікування ГЕ, тому що неможливо забезпечити повне та стійке руйнування ендометрія, а утворення внутрішньоматкових синехій може стати перешкодою для гістологічного дослідження ендометрія.

2. Гіперплазія ендометрія з атипією або атипова гіперплазія ендометрія

Якщо діагностували атипову гіперплазію ендометрія, як правило, пропонують гістеректомію (видалення матки) і, можливо, видалення обох яєчників. Це пов'язано з підвищеним ризиком наявності ракових клітин в порожнині матки.

У разі збереження фертильності можливе консервативне лікування. Перед початком лікування АГ у жінок зі збереженням фертильності необхідно провести аналіз на пухлинний маркер яєчників СА 125, візуалізацію органів малого тазу за допомогою ТВ УЗД та (або) дифузійно-зваженої МРТ, щоб виключити супутній рак яєчників та інвазивний РЕ.

Медикаментозне лікування АГ атипової гіперплазії ендометрія у жінок зі збереженням фертильності

- При АГ рекомендовано лікування першої лінії за допомогою ЛНГ-ВМС 52 мг; альтернативою є ін'єкційні або пероральні прогестагени у безперервному режимі **аналоги гонадотропін-рилізинг-гормону тривалістю 6 місяців**

Для посилення лікувального ефекту також може бути доданий метформін навіть за відсутності метаболічного синдрому

Гістологічний контроль (Динамічне спостереження) Біопсію ендометрія при атиповій гіперплазії необхідно проводити з інтервалом у 3 місяці. **доки не буде отримано два негативних результати біопсії поспіль.**

Жінкам без симптомів зі збереженою маткою та ознаками гістологічного регресу захворювання, заснованими принаймні на двох негативних результатах біопсії ендометрія поспіль, рекомендується довгострокове спостереження з біопсією ендометрія кожні 6 місяців впродовж 2-х років і щороку після цього до усунення факторів ризику або виконання тотальної гістеректомії з ДСО

Хірургічне лікування атипової гіперплазії ендометрія

Оскільки у 60% пацієнток з атиповою гіперплазією ендометрія вже розвинувся або розвинеться інвазивний рак ендометрія, тотальна гістеректомія з двосторонньою сальпінгоофоректомією є методом вибору для пацієнток із цим захворюванням.

Необхідно наполегливо рекомендувати жінці тотальну гістеректомію з огляду на підвищений ризик раку ендометрія:

коли терапія зі збереженням фертильності не призводить до регресу атипової гіперплазії ендометрія за 12 місяців або є ознаки прогресування до раку ендометрія,

якщо рецидив АГ виникає під час динамічного спостереження, адже в таких випадках під час дослідження вилучених тканин після гістеректомії часто виявляють РЕ,

коли після медикаментозного лікування тривають АМК,

при відмові жінки від спостереження за станом ендометрія або від медикаментозного лікування,

після реалізації репродуктивної функції.

У випадку рецидиву АГ, якщо жінка категорично відмовляється від тотальної гістеректомії, можна провести медикаментозне лікування за допомогою другого

курсу прогестагенів ін'єкційно або аналогів гонадотропін-рилізинг гормону протягом 6 місяців.

Жінкам у постменопаузі з АГ необхідно запропонувати ДСО разом з тотальною гістеректомією. Для жінок у пізньому репродуктивному віці рішення про видалення яєчників має бути індивідуальним; проте необхідно розглянути доцільність двобічної сальпінгоектомії, тому що це може знизити ризик злоякісного новоутворення яєчників у майбутньому.

Через ризик поширення злоякісних новоутворень необхідно уникати морцеляції матки. Виконання субтотальної (супрацервікальної) гістеректомії протипоказано.

Лікування гіперплазії ендометрія при плануванні вагітності

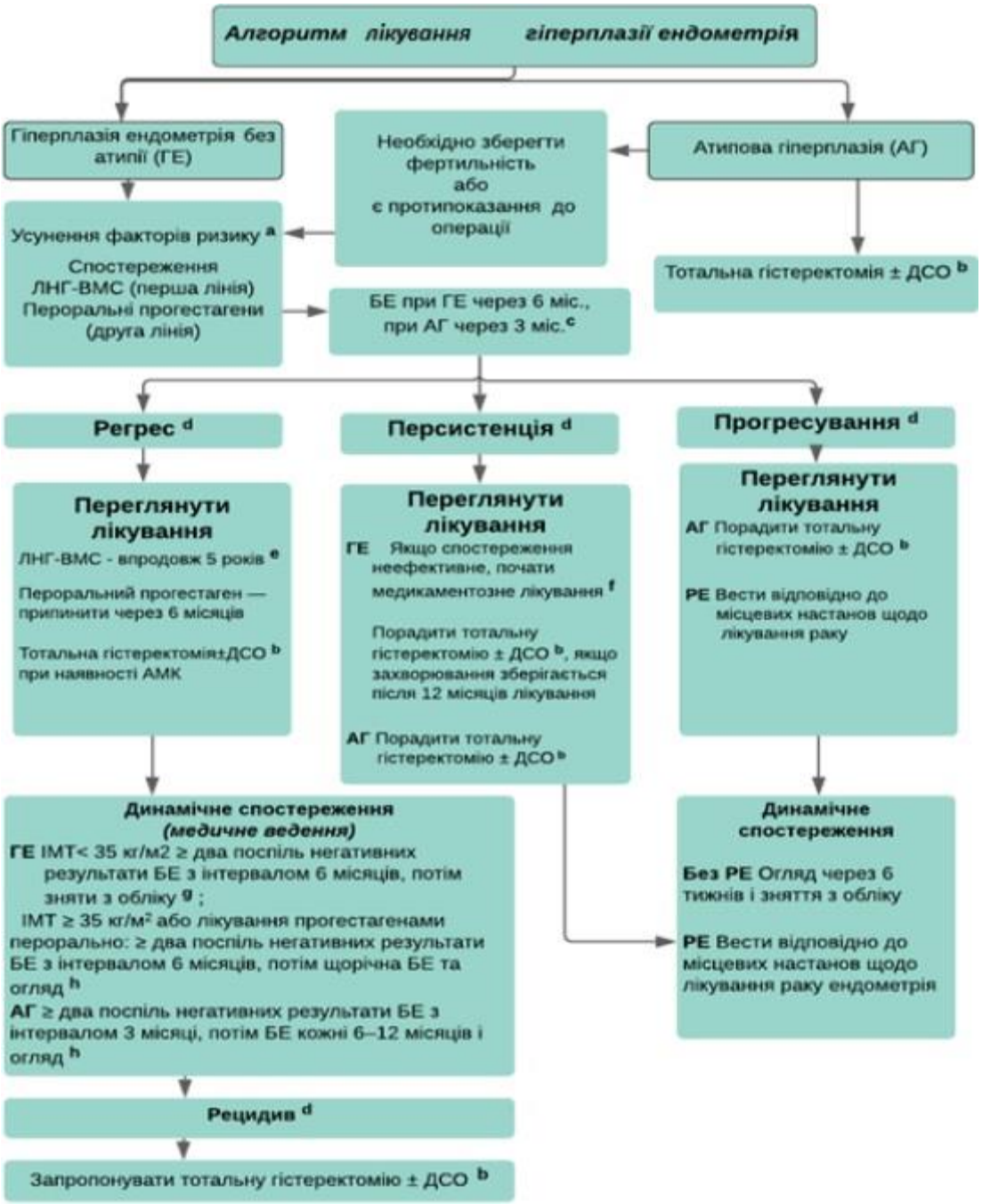
Жінкам з ожирінням необхідно прагнути зменшити ІМТ нижче 30 кг/м$^{-2}$.

Перед плануванням вагітності необхідно досягти регресу захворювання принаймні за результатами біопсії одного зразка ендометрія. Після досягнення регресу гіперплазії ендометрія жінкам можна порадити спробувати природне зачаття.

Перед застосуванням допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ) також необхідно досягти регресу гіперплазії ендометрія, тому що це пов'язано з більш високими показниками імплантації та клінічної вагітності. Рішення щодо застосування ДРТ після припинення лікування прогестагенами приймає консиліум лікарів (варто зважати на ризики прогресування захворювання та перспективи фертильності). У разі застосування ДРТ зачаття відбувається швидше, завдяки чому скорочується період без лікування прогестагенами, протягом якого у жінки може наступити рецидив. ДРТ забезпечують більший відсоток живонародження та допомагають уникнути рецидиву у порівнянні з жінками, які намагаються зачати дитину природним шляхом.

Варіанти збереження фертильності передбачають кріоконсервацію яйцеклітин або ембріонів перед тотальною гістеректомією з ДСО, медикаментозне лікування із застосуванням допоміжних репродуктивних технологій, а також

тотальну гістеректомію зі збереженням яєчників і використання сурогатного материнства в майбутньому.



Профілактика

Проведення просвітницької роботи серед жінок щодо здорового способу життя, зокрема щодо корекції зайвої ваги та ожиріння; щодо частоти та тривалості нормального менструального циклу; щодо необхідності щорічного огляду у лікаря акушера-гінеколога жінок у постменопаузі, за наявності факторів ризику.

Посилання на літературні джерела

Management of Endometrial Hyperplasia. Спільна настанова Королівської колегії акушерів та гінекологів (Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, RCOG) / Британського товариства гінекологічної ендоскопії (British Society for Gynaecological Endoscopy, BSGE), 2016.

lassification and Management of Endometrial Hyperplasia. Спільна настанова Товариства онкогінекологів Канади (Society of Gynecologic Oncology of Canada, GOC) / Комітету і Товариства акушерів та гінекологів Канади (Committee and the Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada, SOGC), 2019.

Endometrial Intraepithelial Neoplasia. Настанова Комітету з гінекологічної практики Товариства 2 онкогінекологів США (Society of Gynecologic Oncology) Американського коледжу акушерів та гінекологів (American College of Obstetricians and Gynecologists, ACOG), 2019.

Електронний документ «Клінічна настанова, заснована на доказах «Гіперплазія ендометрія», 2021.Наказ МОЗ України № 869 від 05.05 2021 року,

Контрольні запитання і завдання для оцінки вихідного рівня знань

1. Що таке "передрак" в клінічному і морфологічному розумінні?
2. Що відносно до фонових захворювань шийки матки?
3. Які ви знаєте передраки шийки матки?
4. Які ви знаєте класифікації патологічних процесів шийки матки?
5. Назвіть фактори ризику виникнення епітеліальної дисплазії.
6. Етіологічні аспекти розвитку передраку і раку шийки матки.
7. Назвіть клінічну симптоматику фонових та передракових захворювань шийки матки.
8. Перерахуйте методи діагностики фонових та передракових захворювань шийки матки.
9. Які основні етапи діагностики захворювань шийки матки?
10. Назвіть класифікацію цитологічних препаратів по Папаніколау.
11. Яка лікувальна тактика і методи лікування доброякісних процесів шийки матки?
12. Які методи лікування передракових процесів?
13. Від чого залежить вибір методу лікування передраку шийки матки?

14.В чому полягає диспансерний нагляд за хворими на патологічні процеси шинки матки?

15.Яка профілактика передраку та раку шийки матки?

16.Назвіть фонові та передракові стани ендометрія.

17.Дати характеристику гіперплазії ендометрія.

18.Дати характеристику поліпів ендометрія.

19.Дати характеристику ати пічної гіперплазії ендометрія.

20.Який етіопатогенез гіперпластичних станів ендометрія?

21.Яка роль факторів росту у виникнені гіперпластичних станів ендометрія?

22.Яка клініка гіперпластичних станів ендометрія?

23.Яка діагностика гіперпластичних станів ендометрія?

24.Яка тактика лікування при гіперпластичних станах ендометрія?

25.Які показання до хірургічного лікування гіперпластичних станів ендометрія?

В результаті проведеного заняття студент повинен ***вміти (практичні навички) :***

1) визначити фактори ризику щодо виникнення передраку шийки матки та ендометрію у конкретної хворої;

2)провести об'єктивне гінекологічне обстеження хворої з передраковим станом шийки матки;

3)володіти методикою забору матеріалу з цервікального каналу (ПАП-тест) та порожнини матки для цитологічного і гістологічного дослідження (пайпель –біопсія);

4)скласти план обстеження хворої на передрак шийки матки;

5)скласти план обстеження хворої на передрак ендометрію;

6)оцінити результати обстеження і поставити діагноз у хворих з передраковими захворюваннями жіночих статевих органів;

7)провести диференційну діагностику між фоновими захворюваннями та передраком шийки матки;

8)скласти і обґрунтувати план лікування хворих на передрак шийки матки;

9) скласти і обґрунтувати план лікування конкретної хворої на передрак ендометрію;

10) виписати рецепти препаратів, які застосовуються при лікуванні фонових та передракових станів жіночих статевих органів

11) скласти план профілактичних заходів передраку шийки матки;

12) скласти план профілактичних заходів передраку ендометрію у конкретної хворої.

Тестові задачі для контролю заключного етапу заняття

Задача №1

Хвора 40 років, при профогляда на шийці матки утворення 2х2 см блідо-жовтого кольору, контури не рівномірні, межі зі здоровою слизовою шийки матки чіткі. На поверхні – незначні папіломатозні розростання. Тіло матки без патологічних змін, параметрії вільні з обох сторін. Зліва близько до стінок тазу – щільне нерухоме утворення 3х4 см. Який найбільш доцільний метод обстеження для уточнення діагнозу?

1. *Прицільна біопсія*
2. Цитологія мазків шийки матки
3. Розширена кольпоскопія
4. Лапароскопія
5. Мазки на мікрофлору

Задача №2

Жінка 42 роки звернулася до гінеколога зі скаргами на контактні кровотечі з зовнішніх статевих шляхів. При огляді – гіпертрофія вагінальної частини шийки матки, поверхня ерозована. Який метод діагностики найбільш показаний для верифікації діагнозу?

1. Кольпоскопія
2. Реакція Васермана

3. Біопсія тканини шийки матки

4. Цитологічне дослідження мазка з поверхні шийки матки

5. Цервікоскопія

Задача №3

У хворої 36 років з не атиповою гіперплазією ендометрія після 6 місяців консервативної гормональної терапії гестагенами проводилась гістероскопія з біопсією ендометрію При повторних гістологічних дослідженнях знову виявлена не атипова гіперплазія ендометрія. Яка подальша лікувальна тактика?

1. Призначення гестагенів.
2. *Призначення агоністів гонадотропін рилізінг гормонів*.
3. Проведення абляції ендометрія.
4. Проведення надпіхвової ампутації матки.
5. Проведення екстирпації матки.

Задача №4

На прийомі у дільничого акушер-гінеколога у хворої А. 42 років було діагностовано поліп цервікального каналу, що кровоточить. Яка лікарська тактика?

1. Направити хвору на кольпоскопію з наступним визначенням тактики.
2. Провести відразу в жіночій консультації поліпектомію, та відправити поліп на гістологічне дослідження.
3. Направити хвору на консультацію в онкологічний диспансер.
4. Тактику визначити після результату цитологічного дослідження мазку.
5. *Госпіталізація у гінекологічне відділення для проведення поліпектомії та біопсії ендометрію з наступним гістологічним дослідженням матеріалу*.

Задача №5

У 58-ми літньої жінки з менопаузою 3 роки і відсутністю статевого життя за останні 5 років спостерігається у продовж 8 днів метрорагія помірної інтенсивності. Тіло матки ледь збільшене, додатки без особливостей, шийка матки макро- та кольпоскопічно без змін. Цитологія цервікального каналу на атипію – 1У ступінь заключення. Що необхідно зробити для встановлення діагнозу?

1. Обстеження по тестам функціональної діагностики
2. Цервікоскопія
3. *Роздільне діагностичне вишкрібання цервікального каналу та порожнини матки.*
4. Аспірат-цитологія порожнини матки
5. Штрих-біопсія ендометрію

Ситуаційні задачі для контролю кінцевого рівня знань

Задача №1.

Хвора К., 19 років, звернулася до лікаря зі скаргами на те, шо у неї тривалий час спостерігаються рясні світлі слизові виділення. Менструація без відхилень від норми. При огляді в дзеркалах на шийці матки виявляється яскраво-рожева ділянка. Кольпоскопічно в зоні I і II, частково III, виявлено яскраво-рожеву ділянку з зернистою поверхнею, яка нагадує гроно винограду. Змін з боку матки, додатків, параметрія не виявлена. Встановіть попередній діагноз. Які сучасні методи лікування можна використати при даній патології

Задача №2.

У хворої А., 36 років, на профілактичному огляді в дзеркалах виявлено деформацію шийки матки старими післяпологовими розривами. При кольпоскопічному дослідженні на задній губі в зоні II на 16.00 виявлені поля дисплазії. Попередній діагноз. Що необхідно зробити для уточнення діагнозу?

Задача №3.

Хвора Л., 42 роки, прийшла за викликом лікаря жіночої консультації, оскільки у неї цитологічно виявлено IIIб тип мазка. При огляді в дзеркалах шийка матки циліндрична, без видимої патології. Кольпоскопічно в зоні I на 11.00 виявлено ділянку папілярної дисплазії. Встановіть попередній діагноз. Що треба зробити для уточнення діагнозу? Складіть план лікування хворої.

Задача №4

Хвора 46 років має ожиріння і розлади менструльного циклу. За останні 3 роки з лікувальною і діагностичною метою 5 разів проводилося роздільне вишкрібання цервікального каналу і порожнини матки. Результат гістологічного дослідження після кожного вишкрібання — поліпоз ендометрія. Консервативне лікування неефективне. Діагноз. План подальшого лікування.

Задача №5

Хвора 35 років звернулась до гінеколога зі скаргами на рясні і часті місячні. До цього до гінеколога не зверталась. В анамнезі: двоє пологів і 2 штучних аборти. При бімануальному дослідженні патології не виявлено. УЗД: тіло матки та додатки нормальних розмірів, структура не змінена. М - луна 25 мм. Діагноз. План обстеження і лікуванн

Відповіді на ситуаційні задачі для контролю вихідного рівня знань.

1. Ектопія циліндричного епітелію. Можна застосовувати хімічну коагуляцію (солковагін), лазеровапурізацію, діатермокоагуляцію, кріодеструкцію.

2. Передракова патологія шийки матки, дисплазія. Необхідно виконати під контролем кольпоскопа біопсію з наступним гістологічним дослідженням.

3. Передракова патологія шийки матки, дисплазія. Необхідно виконати під контролем кольпоскопа біопсію з наступним гістологічним дослідженням**.**

4. Поліпоз ендометрію. Гістерорезектоскопія з подальшим гістологічним обстеженням.

5. Гиперплазія ендометрія. Проведення біопсії ендометріюпослідуючим гістологічним обстеженням ендометрія. Подальше лікування буде залежити від форми гіперплазії та наявності атипії.

ОСНОВНА ЛІТЕРАТУРА

1. Essential Obstetrics and Gynecology : підручник / ed. : I. Symonds, S. Arulkumaran. - 6th ed. - Edinburgh ; London ; New York : Elsevier, 2020. - 460 p.
2. Netter's obstetrics & gynecology : учебник / R. P. Smith. - 3th ed. - Philadelphia : ELSEVIER, 2017. - 604 с.
3. Obstetrics and Gynecology from 10 teachers – Mc-Quillan-Robertson – 2022 – 21th edition – 798 p.
4. В. Грищенко, М. Щербина, Б. Венцківський «Акушерство і гінекологія: у двох книгах.» Книга 1. Акушерство. 4-е видання. К. Видавництво «Медицина», 2020, 422 с.
5. В. Грищенко, М. Щербина, Б. Венцківський «Акушерство і гінекологія: у двох книгах.» Книга 2. Гінекологія. 3-є видання.. К. Видавництво «Медицина», 2020, 376 с.
6. Гінекологія : учбовий посібник для студентів медичних факультетів за спеціальністю 7.12010001 «Лікувальна справа». Модуль І. Захворювання органів жіночої репродуктивної системи. Планування сім'ї / за ред. І. Б. Венцківської, В. П. Лакатоша, В. М. Куща. Київ, 2016.
7. Клінічне акушерство та гінекологія: 4-е видання (Браян А. Магован, Філіп Оуен, Ендрю Томсон) – ВСВ «Медицина», 2021. – 454 с.
8. Медична психологія в педіатрії та перинатальній практиці : підручник / М. М. Матяш, В. Є. Луньов, М. В. Філоненко ; за ред. проф. М. М. Матяша. — Київ : Людмила, 2023. — 215 с.
9. Медична психологія: теоретичні рамки, емпіричні основи та клінічне застосування : підручник / М. Матяш, М. Філоненко, В. Луньов та ін. ; за ред. М. Матяша, В. Луньова. Київ : Людмила, 2024. 168 с.

10. Невідкладна гінекологія: довідник / за ред. чл.-кор. НАМН України проф. Венцківського Б.М., проф. Говсєєва Д.О. – К.: «Книга-плюс», 2023. – 155 с.
11. Основи комунікативної компетентності лікаря-акушера-гінеколога в кризових ситуаціях : навчальний посібник / за ред. проф. О. С. Чабана, проф. Д. О. Говсєєва. — Київ : Медпринт, 2024. — 160 с.
12. Перинатальна психологія / А. М. Скрипніков, Л. О. Герасименко, Р. І. Ісаков. - Київ : Медкнига, 2017. - 167 с. : іл. - (Бібліотечка практикуючого лікаря). - Бібліогр.: с. 163-166.
13. Психосоматична медицина: клінічні кейси в акушерсько-гінекологічній практиці : практичний посібник / О. С. Чабан, О. О. Хаустова, Т. Ф. Татарчук. — Київ : Медпринт, 2025. — 196 с.
14. Психосоматичні розлади в акушерстві та гінекології : навчальний посібник / О. С. Чабан, О. О. Хаустова, Д. О. Говсєєв та ін. ; за ред. проф. О. С. Чабана. — Київ : Медпринт, 2022. — 240 с.
15. Шпилевська Ю. Настільна книга перинатального психолога. Збірка технік : практичний посібник / Юлія Шпилевська. — 2026. — 116 с.

ДОДАТКОВА ЛІТЕРАТУРА

1. Blueprints Obstetrics & Gynecology : учебник / T. L. Callahan, A. B. Caughey. - 7th revised ed. - Philadelphia ; Baltimore ; New York : Wolters Kluwer, 2018. - 592 p.
2. Guidelines Obstetrics : study guide for students of 4th, 5th and 6th year of study Medical faculty / A. Senchuk, I. Chermak, I. Ventskivska [et al.] ; Private higher educational establishment "Kyiv Medical University", Bogomolets National Medical University. - Київ : Книга-плюс, 2020. - 204 p.
3. Handbook of Perinatal Clinical Psychology: From Theory to Practice / ed. R. Quatraro, P. Grussu. London : Routledge, 2020. 330 p.
4. **Інформаційні ресурси** https://www.dec.gov.ua/cat_mtd/akusherstvo-i-ginekologiya/ - діючі «Клінічні протоколи» затверджені наказами МОЗ України з акушерства і гінекології .

5. KAPLAN Medical USMLE Step 2 CK Lecture Notes 2020 Obstetrics and Gynecology : курс лекцій / ed. E. P. Sakala. - New York : Kaplan, Inc, 2019. - 293 p.
6. Key Topics in Perinatal Mental Health / ed. M. Percudani, A. Bramante, V. Brenna, C. Pariante. Cham : Springer, 2022. 485 p.
7. Seminars in Perinatal Psychiatry / ed. L. McDonald, R. Cantwell, I. Jones. Cambridge : Cambridge University Press, 2026.
8. The Routledge International Handbook of Perinatal Mental Health Disorders / ed. A. Wenzel. London : Routledge, 2025. 798 p.
9. Women's Mood Disorders: A Clinician's Guide to Perinatal Psychiatry / ed. E. Cox. Cham : Springer, 2021.
10. Актуальна гінекологія: від лікаря до пацієнта / Т.Є Ткачук. - Київ : Медкнига, 2016. - 75 с.
11. Акушерство і гінекологія : збірник нормативних документів. Частина 2 / Київський миський науковий інформаційно-аналітичний центр медичної статистики ; Відповід. ред. Т. В. Марухно. - Київ : Медінформ, 2015. - 456 с.
12. Акушерство і гінекологія : збірника нормативних документів. Частина 1 / Київський миський науковий інформаційно-аналітичний центр медичної статистики ; Відповід. ред. Т. В. Марухно. - Київ : Медінформ, 2015. - 404 с.
13. Акушерство та гінекологія : навчальний посібник / М. А. Болотна, В. І. Бойко, Т. В. Бабар ; Сум. держ. ун-т. - Суми : Сум. держ. ун-т, 2018. - 306 с.
14. Акушерство та гінекологія : навчальний посібник для студентів та лікарів-інтернів медичних факультетів / І. Р. Ніцович. - Чернівці : БДМУ, 2023 - Т. 1 : Фізіологічне акушерство. - 2023. - 322 с.
15. Акушерсько-гінекологічна допомога та збереження репродуктивного здоров'я у жінок в умовах збройного конфлікту : монографія / Ю. Г. Антипкін, Л. Б. Маркін, Т. Ф. Татарчук та ін. ; за заг. ред. В. І. Цимбалюка. Львів, 2020. 160 с.
16. Гінекологія : підручник для студентів медичних (фармацевтичних)

коледжів, училищ, академії та інститутів медсестринства / О. В. Степанківська, М. О. Щербина. - 4-е вид., випр. - Київ : Медицина, 2018. - 432 с.

17. Говсєєв Д. О. Штучний інтелект у прогнозуванні результатів вагітності та репродуктивній медицині : монографія. 2025.

18. Клінічна психологія : підручник / О. М. Науменко, М. М. Матяш, В. Є. Луньов та ін. Київ, 2025.

19. Клінічні протоколи надання медичної допомоги акушерство, гінекологія, неонатологія : збірник нормативних документів. Частина 2 / Київський миський науковий інформаційно-аналітичний центр медичної статистики ; Відповід. ред. Т. В. Марухно. - Київ : Медінформ, 2015. - 384 с.

20. Клінічні протоколи надання медичної допомоги. Акушерство, гінекологія, неонатологія : збірник нормативних документів. Частина 1 / Київський миський науковий інформаційно-аналітичний центр медичної статистики ; Відповід. ред. Т. В. Марухно. - Київ : Медінформ, 2015. - 348 с.

21. Комунікативні навички лікаря : підручник для студентів вищих медичних навчальних закладів / за заг. ред. О. С. Чабана. Київ : Медпринт, 2021. 400 с.

22. Ліхачов В. К. «Гінекологія. 2-ге видання.» Видавництво «Нова книга», 2021. 688 с.

23. Медична психологія : у 2 т. Т. 1. Загальна медична психологія / Г. Я. Пилягіна, О. О. Хаустова, О. С. Чабан та ін. ; за ред. Г. Я. Пилягіної. Вінниця : Нова Книга, 2020. 288 с.

24. Медична психологія : у 2 т. Т. 2. Спеціальна медична психологія / Г. Я. Пилягіна, О. О. Хаустова, О. С. Чабан та ін. ; за ред. Г. Я. Пилягіної. Вінниця : Нова Книга, 2020. 496 с.

25. Неоперативна гінекологія : навчальний посібник для лікарів-інтернів і лікарів-слухачів закладів (факультетів) післядипломної освіти МОЗ України / М. І. Жиляєв [та ін.]. - Тернопіль : Укрмедкнига, 2017. - 255 с. : табл., іл. - Бібліогр.: с. 247-255.

26. Основи біоетики та деонтології в репродуктивній медицині : навчально-методичний посібник / І. Б. Венцківська, В. В. Біла, О. А. Бурка. — Київ : Книга-плюс, 2021. — 132 с.
27. Практична психосоматика: Тривога та соматоформні маски в гінекологічній практиці : навчальний посібник / О. С. Чабан, О. О. Хаустова, А. Е. Асанова. — Київ : Медкнига-Київ, 2020. — 120 с.
28. Психологічні та деонтологічні аспекти в акушерстві: від жіночої консультації до пологової зали : методичні рекомендації для інтернів та практикуючих лікарів / І. Б. Венцківська, О. С. Загородня, В. В. Біла. — Київ : Книга-плюс, 2019. — 92 с.
29. Чабан О. С., Хаустова О. О., Омелянович В. Ю. Медична психологія. Еталони практичних навичок : навчальний посібник. Львів : Магнолія 2006, 2023. 351 с. ISBN 978-617-574-255-6.