

Освітній компонент : Гінекологія, репродуктивне здоров'я та планування сім'ї

Освітня програма : Лікувальна справа

Лекція № 6

Тема: Фонові та передракові захворювання статевих органів

План

- Захворювання зовнішніх статевих органів: лейкоплакія, крауроз. Клінічна картина, діагностика, принципи лікування.
- Фонові захворювання шийки матки: ерозія, псевдоерозія, поліп, ектропіон, лейкоплакія, еритроплакія.
- Дисплазія шийки матки. Клінічна картина, методи діагностики.
- Лікування фонових і передракових захворювань шийки матки.
- Диспансеризація.

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 багат шарового 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, пекучістю, що стає причиною травмування шкіри, інфікування вульви, її виразкування.

Лікування. Проводиться седативна терапія (препарати бромю, 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 проявляється 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, пекучість 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.

Фонові та передракові захворювання шийки матки

Серед патологічних станів жіночих статевих органів найбільше поширення мають захворювання шийки матки. Зважаючи на те, що рак шийки матки займає одне з перших місць серед злоякісних пухлин жіночих статевих органів за частотою, а передують йому захворювання, які є тим патологічним фоном, на якому виникає злоякісний процес, рання діагностика патології шийки матки є важливою для зниження захворюваності на рак цієї локалізації, зменшення кількості за давнених випадків раку та відновлення працездатності хворих.

На тлі відносної стабілізації захворюваності на рак шийки матки зросла його частота у молодих жінок. Це пов'язано із тим, що у цієї вікової категорії хворих почастишали випадки фонових та передракових станів екто- і ендocerвіксу. Такий стан є наслідком міграції, а відтак урбанізації населення, змін статевої поведінки молоді (легковажне ставлення до статевого життя: ранній його початок, велика кількість статевих партнерів і неминуче при цьому інфікування піхви патогенними мікроорганізмами), збільшення частоти артіфіціальних абортів (механічна травма шийки матки та різка перебудова гормонального статусу жінки після абортів), а також негативного впливу екологічного середовища.

Рак шийки матки дуже рідко виникає на незміненому епітелії. Появі злоякісного переродження передують фонові та передракові процеси.

Особливості будови шийки матки

У шийці матки розрізняють частину, яку ми бачимо при огляді в дзеркалах, — піхвову частину, або ектоцервікс, — і надпіхвову, всередині якої проходить цервікальний канал — ендocerвікс. Ектоцервікс покритий слизовою оболонкою блідо-рожевого кольору з гладенькою блискучою поверхнею. Слизова оболонка піхвової частини шийки матки утворена багат шаровим плоским епітелієм. Канал шийки матки покритий одношаровим циліндричним епітелієм, розміщеним на lamina propria. Епітелій утворює крипти, що являють собою шийкові, або цервікальні, залози.

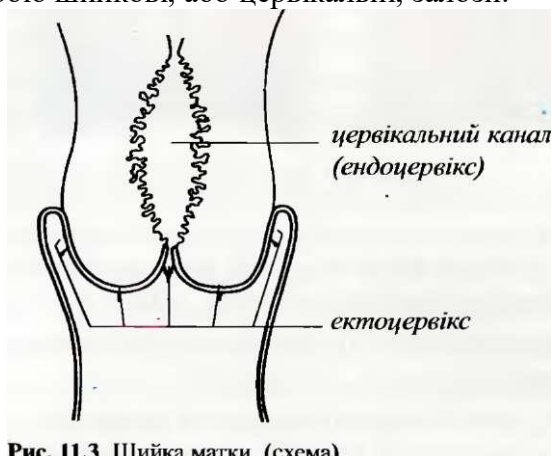


Рис. 11.3. Шийка матки (схема)

Слизова цервікального каналу обмежена з боку перешийка гістологічним внутрішнім вічком, а ззовні — ділянкою зовнішнього вічка.

Шийка матки покрита двома генетично різними типами епітелію. Ділянка, де вони межують між собою, називається **перехідною зоною, або зоною стикання**.

У новонароджених зона стикання міститься на поверхні ектоцервікса. У дівчаток і дівчат у період статевого дозрівання ця ділянка пересувається все ближче до зовнішнього вічка, і у більшості з них після настання статевої зрілості вона розміщується на рівні зовнішнього отвору цервікального каналу, проте приблизно у 30% молодих жінок перехідна зона знаходиться ззовні від зовнішнього вічка. У жінок преклімактеричного віку, у клімактерії та менопаузі зона стикання заглиблюється у цервікальний канал.

У препубертатному періоді У пубертатному періоді У постменопаузі



Рис. Варіанти розміщення зони стикування

Отже, у жінок віком до 20 - 21 року наявність «віночка» циліндричного епітелію навколо зовнішнього вічка шийки матки, що трактується деякими авторами як «вроджена ерозія», не є патологічним явищем і лікування, особливо діатермокоагуляції, не потребує.

Проте, якщо ектопічний епітелій зазнає шкідливих впливів, а саме механічної травматизації (ранній початок статевого життя, штучні аборти), інфікування, особливо асоціаціями мікроорганізмів і вірусів (це буває при частій зміні статевих партнерів), частина ектоцервікального епітелію може перетворитись у метапластичний плоский і утворити нову зону стикування, в якій відбуваються метапластичні зміни. **Ця ділянка називається зоною трансформації і є надзвичайно небезпечною з огляду на можливість виникнення раку шийки матки.**

До фонових захворювань шийки матки (доброякісні стани) належать:

- *справжня ерозія шийки матки;*
- *несправжня ерозія шийки матки (псевдоерозія, ендоцервікоз);*
- *лейкоплакія (без атипії, проста);*
- *поліпи шийки матки (прості, проліферуючі, поліпи, що епідермізуються);*
- *папіломи, конділоми;*
- *ендометріоз;*
- *посттравматичні зміни (ектропіон, рубцеві зміни);*
- *екзо- та ендоцервіцити.*

Фонові захворювання є факультативними передраковими станами, вони рідко зазнають злоякісного переродження.

До передракових процесів (облігатний передрак) відносять дисплазії шийки матки (власне дисплазія, лейкоплакія з атипією клітин, еритроплакія, аденоматоз).

Фонові захворювання шийки матки

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

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 багатошаровий 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.

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

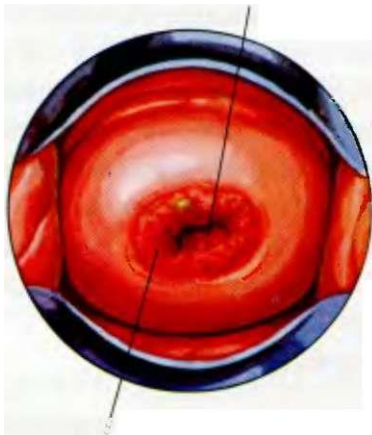
Клініка. Основними клінічними ознаками є переважно ознаки основного захворювання. Хворі скаржаться на патологічні виділення, після гінекологічного огляду чи статевого акту можуть з'являтися кров'яністі виділення (контактні кровотечі).

Діагностика ґрунтується на даних клінічної картини, спеціального гінекологічного обстеження (ерозію виявляють при огляді у дзеркалах, яка розміщується переважно на задній (рідше передній) губі шийки матки, має яскраво-червоний колір, при дотику кровоточить),

кольпоскопії (діагностують запальні зміни, порушення мікроциркуляції, розширення судин, набряк, на поверхні ерозії — відкладення фібрину), цитологічного дослідження.

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, шипшиновою 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 (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. .

Розрізняють вроджену, посттравматичну та дисгормональну ектопію. Часто псевдоерозія формується зі справжньої — циліндричний епітелій наповзає на позбавлену багатошарового 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 багатошаровий 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, фолікулярні, 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.

Діагностика ґрунтується на даних огляду шийки матки у дзеркалах (навколо зовнішнього вічка шийки матки або на її задній губі пляму червоного кольору величиною від 3-5 до 30-50 мм з «оксамитовою» поверхнею, яка при дотику легко кровоточить), простої та розширеної кольпоскопії, біопсії. При простій кольпоскопії видно гроноподібні скупчення яскраво-червоних довгастих сосочків. При розширеній кольпоскопії (після нанесення на поверхню ерозії 3% розчину оцтової кислоти) внаслідок короточасного 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, сальпінгофорит, ектропіон, кольпіт, ендокринні порушення). Проводять ідентифікацію збудника і призначають етіотропне лікування залежно від його виду (трихомоніаз, хламідіоз, гонорея). Існування ерозії підтримує запальний процес у піхві, а наявність кольпіту підтримує тривале існування псевдоерозії, порушуючи процеси регенерації та диференціювання епітелію;

- проводять медикаментозну деструкцію патологічного субстрату препаратом солковагін або вдаються до діатермокоагуляції чи кріодеструкції ерозованої поверхні. Перед проведенням діатермокоагуляції чи кріодеструкції рекомендовано біопсію;

- за наявності ознак переродження рекомендовано радикальне хірургічне втручання.

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 переважання 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'янисті 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, біопсію.

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.

Ектропіон - виворот слизової оболонки шийки матки внаслідок погано відновленої шийки після пологової травми. Рідше подібні травми можуть виникати під час абортів.

Поверхня, що утворилася внаслідок розриву, загоюється за рахунок циліндричного епітелію цервікального каналу. Таким чином, ектопічний епітелій опиняється поза межами ендочервіксу у кислому середовищі піхви, інфікується, розвивається хронічний ендочервіцит, 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.

Рис. 1 Старий розрив шийки матки

Рис. 2 Ерозований ектропіон



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.

Лікування. Лікувальні заходи, спрямовані на відновлення структури шийки матки, починають із санації піхви. При невеликих розмірах розриву, 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 - 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 багатошарового 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, розмішену 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. Діагноз підтверджують за допомогою кольпоскопії, цитологічного дослідження мазку та біопсії.



Рис. Лейкоплакія шийки матки. Неповне випадіння матки

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 фоновими захворюваннями 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 бручно-сірого кольору. Про це їй потрібно заздалегідь попередити. Протягом місяця жінка повинна утриматися від статевого життя, піднімання важких речей, виконання спринцювань чи інших вагінальних процедур, щоб не пошкодити струп і не спричинити кровотечу. Можна лише обмивати зовнішні статеві органи.

Якщо у хворої після ДТК виникає кровотеча, її треба негайно госпіталізувати. До лікарської допомоги полягає у введенні у піхву тампона, просоченого ЕААК.

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 вірусами HPV та VHS-2, зміну гормональної рівноваги (гіперестрогенія), вплив шкідливих факторів виробництва та екології.

За 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

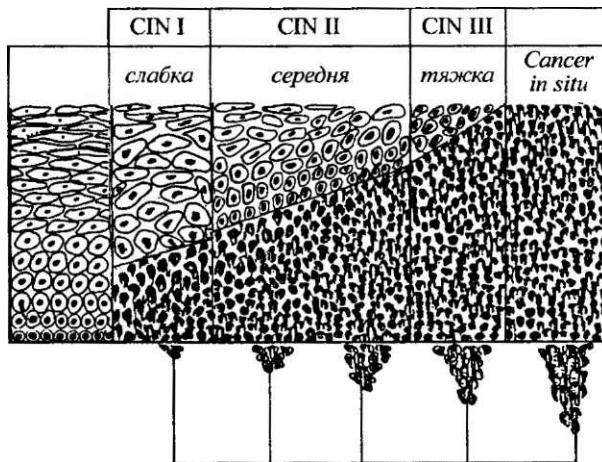
Дисплазія, за визначенням ВООЗ, — це патологічний процес, при якому в частині товщі епітеліального шару з'являються клітини з різним ступенем атипії, що характеризуються порушенням процесів диференціювання, росту, дозрівання та відторгнення.

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



Мікроінвазивний рак шийки матки. Ступені дисплазії шийки матки (схема)

Діагностика. Цитологічне дослідження мазків. Цитогенетичні дослідження свідчать, що при цій патології з'являються клітини з тетраплоїдним та пентаплоїдним набором хромосом.

Для верифікації діагнозу необхідна прицільна біопсія з наступним гістологічним дослідженням.

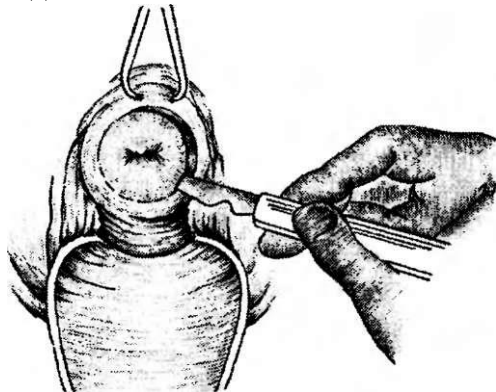


Рис. Конізація шийки матки

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.

Лейкоплакія з атипією

Клінічно не відрізняється від простої лейкоплакії. При цьому захворюванні гістологічно відзначають посилені порівняно із простою лейкоплакією, процеси зроговіння клітин функціонального шару. При простій лейкоплакії цитологічним дослідженням у препараті знаходять лише клітини багатошарового плоского епітелію без ядер, у хворих з атиповою лейкоплакією у вигляді клітин без ядер виявляють базальні та парабазальні клітини. Лейкоплакія з атипією може бути у жінок з раком шийки матки.

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.

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.

Література

1. *Хміль С.В.* Гінекологія: підручник. — Тернопіль: Укрмедкнига, 2006.
2. *Грищенко В.І., Щербини М.О.* Гінекологія: підручник. — К.: Медицина, 2007.
3. *Назарова І.Б., Пісарєв А.А., Михайлов О.В.* Медсестринство в гінекології: навч. посіб. — К.: Медицина, 2010. — 248 с.
4. *Степанківська О.В., Щербина М.О.* Гінекологія: підручник. — К.: Здоров'я, 2010.
5. *Хміль С.В.* Гінекологія: підручник. — Тернопіль: Укрмедкнига, 2006.
6. *Хохліч Т.І.* Практикум з гінекології. — К.: Здоров'я, 2000. — 200 с.