Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»

Министерства здравоохранения Российской Федерации Фармацевтический колледж

**Дневник**

учебной практики

МДК. 07.04. Теория и практика лабораторных цитологических исследований ПМ.07. Проведение высокотехнологичных клинических лабораторных исследований

Содунам Сырга Буяновны

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ФИО

Место прохождения практики\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(медицинская организация, отделение)

с «23» марта2019г. по «29» марта 2019г.

Руководитель практики: Шаталова Наталья Юрьевна

Ф.И.О. (его должность)

Красноярск, 2020

**Содержание**

1. Цели и задачи практики
2. Знания, умения, практический опыт, которыми должен овладеть студент после прохождения практики
3. Тематический план
4. График прохождения практики
5. Инструктаж по технике безопасности
6. Содержание и объем проведенной работы
7. Манипуляционный лист (Лист лабораторных / химических исследований)
8. Отчет (цифровой, текстовой)

**Цель** учебной практики: Теория и практика лабораторных цитологических исследований состоит в закреплении и углублении теоретической подготовки обучающегося, приобретении им практических умений, формировании компетенций, составляющих содержаниепрофессиональной деятельности медицинского технолога.

# Задачи:

* 1. Расширение и углубление теоретических знаний и практических умений по методам цитологических исследований.
  2. Повышение профессиональной компетенции студентов и адаптации их на рабочем месте, проверка возможностей самостоятельной работы.
  3. Воспитание трудовой дисциплины и профессиональной ответственности.
  4. Изучение основных форм и методов работы в цитологических лабораториях.

# Программа практики

В результате прохождения практики студенты должны уметь самостоятельно:

1. Организовать рабочее место для проведения лабораторных цитологических исследований.
2. Подготовить лабораторную посуду, инструментарий и оборудование для анализов.
3. Приготовить растворы, реактивы, дезинфицирующие растворы.
4. Провести дезинфекцию биоматериала, отработанной посуды, стерилизацию инструментария и лабораторной посуды.
5. Провести прием, маркировку, регистрацию и хранение поступившего биоматериала.
6. Регистрировать проведенные исследования.
7. Вести учетно-отчетную документацию.
8. Пользоваться приборами в лаборатории.
9. Выполнять цитологические манипуляции по соответствующим методикам.

# По окончании практики студент должен представить в колледж следующие документы:

1. Дневник с оценкой за практику, заверенный подписью общего руководителя и печатью.
2. Характеристику, заверенную подписью руководителя практики и печатью.
3. Текстовый отчет по практике (положительные и отрицательные стороны практики, предложения по улучшению подготовки в колледже, организации и проведению практики).
4. Аттестационный лист.
5. Выполненную самостоятельную работу.

# Прохождение данной учебной практики направлено на формирование общих (ОК) и профессиональных (ПК) компетенций:

ПК 7.1. Готовить рабочее место и аппаратуру для проведения клинических лабораторных исследований.

ПК 7.2. Осуществлять высокотехнологичные клинические лабораторные исследования биологических материалов.

ПК 7.3. Проводить контроль качества высокотехнологичных клинических лабораторных исследований.

ПК 7.4. Дифференцировать результаты проведенных исследований с позиции «норма - патология».

ПК 7.5. Регистрировать результаты проведенных исследований.

ПК 7.6. Проводить утилизацию биологического материала, дезинфекцию и стерилизацию использованной лабораторной посуды, инструментария, средств защиты.

ОК 1. Понимать сущность и социальную значимость своей будущей профессии, проявлять к ней устойчивый интерес.

ОК 2. Организовывать собственную деятельность, определять методы и способы выполнения профессиональных задач, оценивать их эффективность и качество.

ОК 3. Решать проблемы, оценивать риски и принимать решения в нестандартных ситуациях.

ОК 4. Осуществлять поиск, анализ и оценку информации, необходимой для постановки и решения профессиональных задач, профессионального и личностного развития.

ОК 5. Использовать информационно-коммуникационные технологии для совершенствования профессиональной деятельности.

ОК 6. Работать в коллективе и команде, эффективно общаться с коллегами, руководством, потребителями.

ОК 7. Ставить цели, мотивировать деятельность подчиненных, организовывать и контролировать их работу с принятием на себя ответственности за результат выполнения заданий.

ОК 8. Самостоятельно определять задачи профессионального и личностного развития, заниматься самообразованием, осознанно планировать повышение квалификации.

ОК 9. Быть готовым к смене технологий в профессиональной деятельности.

ОК 10. Бережно относиться к историческому наследию и культурным традициям народа, уважать социальные, культурные и религиозные различия.

ОК 11. Быть готовым брать на себя нравственные обязательства по отношению к природе, обществу и человеку.

ОК 12. Оказывать первую медицинскую помощь при неотложных состояниях.

ОК 13. Организовывать рабочее место с соблюдением требований охраны труда, производственной санитарии, инфекционной и противопожарной безопасности.

ОК 14. Вести здоровый образ жизни, заниматься физической культурой и спортом для укрепления

# В результате учебной практики обучающийся должен: Приобрести практический опыт:

ПО.4. Цитологического исследования биологических материалов;

# Освоить умения:

**У.12.** Готовить препараты для цитологического исследования;

**У.13.** Проводить основные методы цитологического скрининга воспалительных, предопухолевых и опухолевых процессов;

**У.14.** Проводить контроль качества цитологических исследований;

# Знания:

**З.17.** Основные признаки пролиферации, дисплазии, метаплазии, фоновых процессов;

**З.18.** Цитограммы опухолевых процессов;

**З.19.** Цитограммы острых и хронических воспалительных заболеваний специфической и неспецифической природы;

# Тематический план

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Наименование разделов и тем практики** | | **Всегочасов** |
| **8 семестр** | | | **36** |
| 1 | **Ознакомление с правилами работы в цитологической лаборатории:**   * изучение нормативных документов, регламентирующих работу цитологической лаборатории * ознакомление с правилами работы в цитологических лабораториях. * Изучение работы смотровых кабинетов | | 3 |
| 2 | **Подготовка материала к цитологическим исследованиям:**  - прием, маркировка, регистрация биоматериала. | | 3 |
| 3 | **Организация рабочего места:**  - приготовление реактивов, подготовка оборудования, посуды для исследования | | 6 |
| 4 | **Техника приготовления цитологических препаратов:**  - приготовление, фиксация, окраска цитологических препаратов;  -**микроскопическое исследование** цитологических препаратов;  -изучение основных фоновых процессов и их цитологическая характеристика.  -изучение форм заключений при микроскопии цитологических мазков, при воспалительных процессах женской половой сферы.   * приготовление препаратов для цитологического и бактериоскопического исследования.   -выявление специфических инфекционных агентов в мазках при микроскопировании.   * составление описательных цитограмм и заключений при фоновых и воспалительных процессах в органах женской половойсистемы.   -выявление предопухолевых процессов и видов клеточной атипии.  -изучение (метаплазий, пролиферации, дисплазий) и основных принципов диагностики злокачественных новообразований.  -изучение форм цитологических заключений. | | 12 |
| 5 | **Регистрация результатов исследования.** | | 2 |
| 6 | **Выполнение мер санитарно-эпидемиологического режима в цитологической лаборатории:**   * проведение мероприятий по стерилизации и дезинфекции лабораторной посуды, инструментария, средств защиты; * утилизация отработанного материала. | | 6 |
| **Видпромежуточной аттестации** | | Дифференцированныйзачет | 4 |
| **Итого** | | | **36** |

**График прохождения практики**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **№**  **п/п** | **Дата** | **Часы** | **оценка** | **Подпись**  **руководителя** |
| 1 | 23.03.19 | Заполнение  дневника |  |  |
| 2 | 25.03.19 | с 8:00 до 14:00 |  |  |
| 3 | 26.03.19 | с 8:00 до 14:00 |  |  |
| 4 | 27.03.19 | с 8:00 до 14:00 |  |  |
| 5 | 28.03.19 | с 8:00 до 14:00 |  |  |
| 6 | 29.03.19 | с 8:00 до 14:00 |  |  |

**День 1.**

**Нормативные документы, регламентирующие работу цитологических лабораторий.**

1.Приказ минздрава РФ от 24.04.2003 n 174 "Об утверждении учетных форм для цитологических исследований" (вместе с "инструкцией по заполнению учетной формы n 203/у-02 "направление на цитологическое диагностическое исследование и результат исследования", "инструкцией по заполнению учетной формы n 446/у "направление на цитологическое исследование и результат исследования материала, полученного при профилактическом гинекологическом осмотре, скрининге") министерство здравоохранения российской федерации приказ 24 апреля 2003 г. № 174 «ОБ УТВЕРЖДЕНИИ УЧЕТНЫХ ФОРМ ДЛЯ ЦИТОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ»

2.Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 26.05.03 №220 «Об утверждении Отраслевого стандарта «Правила проведения внутрилабораторного контроля качества количественных методов клинических лабораторных исследований с использованием контрольных материалов»

3.Лаборатории медицинские. Требования безопасности. ГОСТ Р 52905-2007 (ИСО 15190:2003), утверждены приказом Ростехрегулирования от 27.12.07 №531-ст

4.Приказ. МЗ РФ №220 от 26.05.2003 г. «Об утверждении отраслевого стандарта «Правила проведения внутрилабораторного контроля качества количественных методов клинических лабораторных исследований с использованием контрольных материалов».

5.Приказ. МЗ РФ №45 от 07.02.2000 г. «О системе мер по повышению качества клинических лабораторных исследований в учреждениях здравоохранения РФ»

6. Приказ № 64 Минздрава РФ ["Об утверждении номенклатуры клинических лабораторных исследований"](http://asld.baikal.ru/administrator/docs/%D0%9F%D1%80%D0%B8%D0%BA%D0%B0%D0%B7%20%D0%9C%D0%97%2064.doc) от 21.02.2000 г.

**2.Правила работы в цитологических лабораториях.**

Перед началом работы в лаборатории необходимо ознакомиться с правилами техники безопасности. Каждый работающий в лаборатории обязан содержать свое рабочее место в чистоте и порядке. Приступая к работе, необходимо ознакомиться с устройством приборов и аппаратов, их принципом действия. Прежде чем приступить к лабораторной работе по данной теме, тщательно изучите ее описание; подготовьте необходимые приборы и реактивы. Внимательно наблюдайте за ходом опыта, отмечая каждую его особенность (выпадение и растворение осадков, изменение окраски, температуры и т.д.). В ходе эксперимента аккуратно ведите записи в рабочем журнале. Категорически запрещается использовать посуду, имеющую трещины или отбитые края. Все флаконы с реактивами в лаборатории должны иметь соответствующие этикетки. После использования раствора флаконы сразу закрываются пробками. Работы с вредными веществами проводить только в вытяжном шкафу. Концентрированные кислоты и щелочи наливать осторожно в вытяжном шкафу. Разбавление кислот производят путем осторожного приливания кислоты тонкой струйкой по стеклянной палочке в холодную воду при непрерывном помешивании. Растворение щелочей следует проводить в фарфоровой или пластиковой посуде в вытяжном шкафу на поддоне. Куски щелочи запрещается брать руками. Растворение необходимо проводить небольшими порциями при перемешивании. При несчастных случаях немедленно заявляйте дежурному лаборанту. В лаборатории имеется медицинская аптечка с необходимыми медикаментами для оказания экстренной помощи.

**3.Принципы работы смотровых кабинетов.**

Основной задачей акушерки смотрового кабинета является проведение профилактического осмотра.

**Профилактическое обследование** в смотровом кабинете должно носить массовый поточный характер.

Для обеспечения максимального охвата пациентов обследованием смотровой кабинет должен работать на протяжении полного рабочего дня поликлиники, т.е. в две смены. В штатном расписании поликлиники следует предусмотреть две ставки акушерки, которые должны работать посменно.

Особое внимание следует уделить привлечению к осмотру пациентов пожилого возраста, угрожаемые по возникновению злокачественных опухолей, находящихся под диспансерным наблюдением в данной поликлинике по поводу различных соматических заболеваний. Не подлежат направлению в смотровой кабинет пациенты с острыми процессами, резкими болями, высокой температурой; с заболеваниями, требующими неотложной помощи. Такие больные должны пройти обследование в смотровом кабинете после стихания острых явлений и снижения температуры. Женщины, находящиеся на лечении у гинеколога и отказывающиеся от посещения смотрового кабинета, должны представить соответствующую справку.

**Обеспечение посещаемости смотрового кабинета**

1. Наличие в поликлинике информации о необходимости профилактического обследования в смотровом кабинете. Для этого на видном месте рядом с регистратурой, в холлах, где больные ожидают приема врача, должны быть вывешены объявления о необходимости обследования в смотровом кабинете, месте его размещения и часах работы.

2. Обязательное направление посетителей поликлиники в смотровой кабинет. Работники регистратуры, участковые врачи и специалисты различных профилей должны направлять на обследование в смотровой кабинет всех женщин и мужчин, обратившихся в поликлинику в текущем году. Участковые сестры и сестры, работающие с врачами-специалистами, подготавливая амбулаторные карты к приему, должны обращать внимание на наличие отметки о прохождении обследования в смотровом кабинете.

3. Активный вызов женщин для обследования в смотровом кабинете. Это осуществляется двумя путями. При отсутствии загрузки кабинета медсестра активно напоминает участковым врачам о необходимости направления пациентов, ожидающих приема к врачу в смотровой кабинет, а больным, ожидающим приема, разъясняет необходимость посещения смотрового кабинета. Кроме того, отделение диспансеризации, осуществляет активные вызовы для диспансерного наблюдения лиц, обслуживаемых данной поликлиникой, должны следить за тем, чтобы вызванные пациенты посетили смотровой кабинет.

**Нагрузка смотрового кабинета**

На основании, данных хронометража работы акушерки, смотрового кабинета установлено, что с учетом возросших требований к качеству осмотра, при котором подвергаются обследованию все органы доступные осмотру и пальпации, а также производится забор клеточного материала с шейки матки для цитологического исследования**,**акушерка должна принимать 5 пациентов в час.

**Контроль посещаемости смотрового кабинета**

Руководство и контроль над деятельностью кабинета, работой и уровнем профессиональной подготовки специалистов осуществляет заведующий структурным подразделением, в состав которого входит смотровой кабинет, при его отсутствии – заместитель главного врача по лечебной работе.

Методическое руководство работой кабинета осуществляет районный онколог, а при отсутствии такового – врач-онколог территориального онкологического диспансера.

С целью контроля посещаемости и рабочей нагрузки смотрового кабинета главный врач поликлиники должен поручить:

1. Статистикам поликлиники один раз в квартал давать сведения о числе первично обратившихся пациентов и сопоставлять его с числом пациентов обследованных в смотровом кабинете. Процент обследованных пациентов от числа впервые обратившихся характеризуетохват населения, обследованного в смотровом кабинете.

2. Работникам регистратуры регулярно один раз в месяц проверять направление женщин в смотровой кабинет по отметкам в амбулаторных картах и датам обращения в поликлинику.

3. Заведующему отделением (кабинетом) профилактики поликлинического учреждения ежемесячно проверять документацию смотрового кабинета

Список используемой литературы.

1. <https://revolution.allbest.ru/medicine/00757189_0.html>
2. <https://www.mediasphera.ru/issues/laboratornaya-sluzhba/2012/1/033201219>
3. <http://www.kranz.ru/press-centr1/standarty-osnashcheniya-meditsinskikh-kabinetov/tsitologicheskaya-laboratoriya>
4. <https://www.ronc.ru/about/departments/nii-klinicheskoy-onkologii/otdel-morfologicheskoy-i-molekulyarno-geneticheskoy-diagnostiki-opukholey/laboratoriya-klinicheskoy-tsitologii/>
5. <https://www.niioncologii.ru/patients/screening-and-diagnosis/research-types/ci/lab>

**День 2.**

**Этапы подготовки биологического материала к цитологическим исследованиям: прием, маркировка, регистрация биоматериала.**

В цитологическую лабораторию биологический материал должен доставляться в специальных контейнерах, в которые помещаются мазки. Во время транспортировки не допускается контакт предметного стекла (с нанесенным нативным материалом) и бланка-направления. Мазки должны быть доставлены в цитологическую лабораторию не позднее 3 дней после их приготовления. Сотрудник лаборатории, принимающий материал, должен проверить маркировку мазков (на них должны быть нанесены код или фамилия пациентки, идентичные коду и фамилии в бланке направления материала на исследование) и правильность оформления направления. В бланке направлении указываются краткие сведения о пациентке (диагноз при направлении на цитологическое исследование, проводимое лечение и др.). В бланке-направлении лаборант должен отметить количество и макроскопический вид присланных мазков, зарегистрировать получение материала в лабораторном журнале.

**Правила взятия, хранения и транспортировки биоматериала**

**для**[**цитологических**](https://pandia.ru/text/category/tcitologiya/) **исследовани**

* В течение 24-х часов перед исследованием необходимо исключить спринцевание, применение интравагинальной терапии и половые контакты. Нельзя брать материал во время менструации. Наиболее информативными являются пробы, взятые на 14-20 дни после начала менструации.
* Материал берется до бимануального исследования, проведения различных диагностических проб, до взятия материала на ПЦР. Взятие материала осуществляется без предварительной обработки слизистой влагалища.
* Соскоб со слизистой влагалища/цервикального канала берется нейлоновой щеточкой Cervex-Brush, шпателем или другим инструментом и равномерно распределяется по стеклу, оставляя один конец стекла чистым (для маркировки). На стекло берется одна точка, дублируется еще на одно запасное стекло (всего два стекла на одну точку). Мазки должны быть зафиксированы посредством высушивания на воздухе (30-60 мин).
* Стекла должны быть промаркированы (№ и Ф. И.О. пациента), сложены мазками друг к другу, упакованы в индивидуальный пакет с соответствующей сопроводительной надписью (ЛПУ, Ф. И.О. пациента, № на стекле).
* Хранить высушенные мазки можно до 6 дней при комнатной температуре.
* Пакет и заполненное направление (на каждую точку свое направление с указанием вида биоматериала) передаются в Лабораторию.

*Не вкладывать направление в пакет со стеклами, не заворачивать стекла в направление!*

**День 3.**

**Сравнительная характеристика методов забора биологического материала для цитологического исследования**.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Способ получения материала** | **Преимущества** | **Недостатки** |
| Биопсийный | * Биопсия – это забор небольшого количества ткани эпителия для изучения. * В процедуре используется очень тонкая специальная игла с полостью. * Биопсию проводят во время кольпоскопического осмотра. Игла вводится в эпителиальную ткань после нанесения местного анестетика. * Полученный биоптат (материал) пересылается в лабораторию для гистологического исследования. * Клеточный материал подвергается специальной обработке (окрашиванию) и исследуется под микроскопом. Гистология позволяет определить, насколько дисплазия шейки матки опасна. Оценивается сохранность структуры клеток, их морфология, количество слоев ткани. * Анализ позволяет определить степень поражения эпителиальной ткани и уточнить предварительный диагно | Является достаточно сложным и в известной мере травматичным. При пункциях, особенно глубоко расположенных патологических очагов, не всегда удается попасть иглой точно в зону измененных тканей. В отношении пункциониых или аспнрационных биопсий иногда высказываются мало обоснованные предположения о возможной при этом диссеминации опухоли. Подобные опасения существуют и по отношению к обычным открытым биопсиям. Однако общепризнанным является положение, согласно которому имеющийся минимальный риск перекрывается огромной пользой для больных более точной морфологической диагностикой заболевания. По-видимому, в связи с большей трудностью получения материала, а возможно, и предполагаемой опасностью количество пункционных цитологических биопсий значительно меньше количества эксфолиативных цитологических исследований  Проведение пункции исследуемого органа требует специальной подготовки и опыта. Большое значение имеет выбор места производимого прокола, от чего зависит количество получаемого материала и его качество. Весьма перспективным в осуществлении точных прицельных пункций является проведение их под контролем |
| Эндоскопический | * Высокая информативность в связи с непосредственным осмотром поверхности внутреннего органа. Это выгодно отличает эндоскопию от КТ, МРТ и УЗИ, когда изображение получается косвенно за счет физических особенностей работы диагностических приборов. * Минимальное повреждающее воздействие на ткани и органы человеческого организма при отсутствии необходимости проведения открытых операций для доступа к целевому органу. * Низкая вероятность развития ранних и поздних осложнений, связанных с самим диагностическим методом и использованием общей или местной анестезии. * Возможность провести биопсию. Эндоскопическая биопсия – важнейший метод для постановки диагноза в сложных ситуациях и проведения дифференциальной диагностики. Биопсия имеет большое значение для выявления доброкачественных и злокачественных новообразований. * Минимальные сроки нахождения пациента в лечебном учреждении, что позволяет приступить к ранней реабилитации, препятствует появлению внутрибольничных инфекций и пр. | * при проведении процедуры под местной анестезией, у пациента может возникнуть определенный дискомфорт и неприятные ощущения, связанные с введением и продвижением эндоскопического зонда по полому органу. * Необходимость наличия соответствующей медицинской аппаратуры и подготовленных врачей для проведения диагностики и операций. * Возможность развития осложнений при эндоскопических операциях (лапароскопии, торакоскопии и пр.), при которых необходим переход к стандартным операционным доступам, связанным с широкими разрезами. |
| Пункционный | Один из наиболее частых видов исследования в клинической цитологии.  Пункция опухолевых образований производится, как правило, тонкой иглой. Для проведения аспирационной биопсии необходим определенный навык. Кроме того, для получения полноценного материала необходимо соблюдать ряд условий. В частности, игла и шприц для пункции должны быть сухими. Не следует проводить предварительную анестезию (введение новокаина). Для пункции богато васкулизированных образований (щитовидная железа, сосудистые опухоли, кость и др.), необходимо использовать иглу с мандреном, последний извлекается после введения иглы в место, из которых предполагается получить материал. Таким же образом, соблюдая вышеописанные правила и используя специальные приспособления, осуществляют пункции под контролем рентгена, ультразвука или компьютерной томографии. | Использование пункции тонкой иглой все же ограничено небольшими размерами (<0,5 см) и глубиной (3-4 см) расположения очага в том или ином органе. При пункции тонкой иглой высока диагностическая «концентрация» клеток на единицу площади предметного стекла, а также сохранность клеток в полученном материале. Эффективен метод при диагностике злокачественных опухолей. Бытующее мнение о высокой частоте осложнений при аспирационной пункция тонкой иглой в определенной мере связано с неправильным обозначением методики. |
| Эксфолиативный | * Одним из преимуществ эксфолиативной цитологии является простота ее реализации * можно обнаружить злокачественные клетки на разных этапах их развития. Рак шейки матки является наиболее диагностируемой онкологической патологией с этой техникой. * Они также имеют тенденцию быть безболезненными. В очень редких случаях они вызывают значительный дискомфорт или необходимость местной анестезии. * Еще одним преимуществом является непосредственность результатов. Много раз взятый образец можно окрашивать специальными красителями и оценивать под микроскопом для установления диагноза. | Эксфолиативная цитология может быть неточной. Одной из наиболее важных критических замечаний, которые получает этот метод, является его низкая специфичность, возможность путаницы между несколькими патологиями или даже отсутствие какой-либо информации, даже если действительно есть какое-то заболевание. |

**День 4**

**Изменение клеток плоского эпителия в цитологическом мазке при:**

* **Папиломавирусной инфекции**:

Очаговое разрастание многослойного плоского эпителия с явлениями ороговевания. Сравнительно редкая форма поражения шейки матки. При осмотре с помощью зеркал на влагалищной части ее определяется папилломатозные разрастания в виде розеток, внешне сходные с экзофитной формой рака. Папиллома может быть розового или белесоватого цвета, четко отграничена от окружающей ткани. При кольпоскопической картине на ее поверхности определяется большое количество древовидно ветвящихся сосудов. При нанесении на папиллому 3 % раствора уксусной кислоты сосуды спазмируются и сосочки бледнеют. Раствором Люголя не окрашивается. Папилломы сравнительно часто подвергаются злокачественному превращению. Морфологическое исследование позволяет установить правильный диагноз.

* **Легкой степени дисплазии:**

Легкая степень дисплазии характеризуется незначительным увеличением размеров ядер, хроматин ядер нежно-зернистый, распределен равномерно, в основном, гипохромной окраски. При этой форме дисплазии часто обнаруживаются признаки папиллома вирусной инфекции: койлоциты, дискератиноциты, двуядерные клетки. Легкая степень дисплазии часто сочетается с фоновыми воспалительными процессами различной этиологии. В связи с этим, для исключения реактивных изменений в эпителиальных клетках, при воспалении, нужно рекомендовать врачам-гинекологам повторное гинекологическое исследование после противовоспалительной терапии (4-8 недель).

* **Бактериального вагиноза:**

В 70-90% случаев при бактериоскопии влагалищного отделяемого обнаруживаются «ключевые» клетки (вагинальные эпителиоциты, покрытые грамовариабельными палочками или коккобацилами). Высокой чувствительности и специфичности методика достигается при окраске мазков по Граму.

Характерными признаками заболевания являются:

* Наличие в мазке большого количества вагинальных эпителиоцитов
* Наличие в мазке большого количества «ключевых» клеток
* Полное отсутствие или резкое снижение лактобактерий
* Наличие в мазке большого количества грамнегативных или грамвариабельных палочек или коккобацил, а также вирионоподлбных палочек
* Резкое отсутствие или полное отсутствие полинуклеарных лейцкоцитов
* **Атрофического кольпита:**

Единственная причина сенильного кольпита – патогенная микрофлора по влагалище, в которой развиваются вредные микроорганизмы. Основой кольпита является гипоэстрогения. При нормальном показателе гормонов, внутренние стенки влагалища покрыты плоским эпителием в множество слоев. Когда уровень гормонов уменьшается, что происходит при климаксе, то начинается истончение эпителия слой за слоем. Далее происходит значительное уменьшение клеток, содержащих главный питательный элемент для лактобактерий, – гликоген.

Функция основного продукта жизнедеятельности лактобактерий (молочной кислоты) состоит в поддержании нормальной среды влагалища – контроль за внутренней кислотностью среды. Когда наблюдается уменьшение гликогена, происходит истребление колонии полезных бактерий, что провоцирует путь развития патогенным микроорганизмам из-за увеличения кислотности влагалища. Неприятные симптомы атрофического вагинита вызваны локальным воспалением слизистой оболочки, чему способствует неправильная интимная гигиена.

* ЦБО – цитограмма без особенностей.
* НИЛМ – без злокачественных клеток.
* Эндоцервикс – внешняя часть шейки матки, в норме должны содержаться клетки железистого (цилиндрического) или плоского многослойного эпителия.
* Экдозервикс – канал шейки, могут обнаруживаться МПЭ клетки, поверхностного, парабазального, промежуточного слоя.
* Лейкоцитарная инфильтрация – увеличение количества лейкоцитов.
* Пролиферация – повышенная скорость деления клеток
* **Гиперкератозе:**

Гиперкератоз в цитологических препаратах из шейки матки характеризуется наличием безъядерных «чешуек» плоского эпителия, скоплений из блестящих и безъядерных клеток. Гиперкератоз - это пролиферация клеток парабазального слоя с ороговением поверхностного слоя, приводящая к тому, что эпителий шейки матки напоминает эпителий кожи (эпидермизация).

**Ситуационная задача №1.**

Женщина, 30 лет. Использует гормональную контрацепцию более 3 лет. Цитология - NILM, обнаружен ВПЧ высокоонкогенного риска (39-й тип). При кольпоскопии - переходная зона полностью визуализируется, АБЭ нет.

*Дальнейшая тактика ведения данной пациентки следующая:*

Повторить цитологию и ВПЧ-тест через 12 мес

Повторить кольпоскопию через 12 мес

Повторить ВПЧ тест через 6 мес

Повторить цитологию через 6 мес

**Ситуационная задача №2**

Больная Б., 23 лет, обратилась к врачу женской консультации с жалобами на кровянистые контактные выделения из половых путей.

*Анамнез заболевания*: больна в течение 2х месяцев, когда отметила кровянистые контактные выделения из половых путей.

Объективно: со стороны внутренних органов без патологии.

Гинекологический статус: наружные половые органы развиты правильно, оволосенение по женскому типу. Уретра, парауретральные ходы б/о.

ОS: слизистая влагалища розовая. На шейке матки имеется эрозированная поверхность размером 2,0х1,0 см, при контакте кровоточит.

PV: шейка матки цилиндрическая. Зев закрыт. Матка в правильном положении, нормальных размером, подвижная, безболезненная. Придатки с обеих стророн не пальпируются.

Мазок на gn и trich

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Уретра | Цервикальный канал |
| Эпителиальные клетки | 3-4 | 5-6 |
| Лейкоциты | 2-3 | 4-5 |
| Трихомонады | Не обнаружены | Не обнаружены |
| Гонококки | Не обнаружены | Не обнаружены |
| Флора | Гр. Отр. Палочки | Гр. Отр. Палочки |
|  |  |  |

Задание:

1. Поставьте правильный диагноз
2. Проведите дифференциальную диагностику
3. Определить тактику лечения

**Ситуационная задача №3**

К врачу женской консультации обратилась беременная с жалобами на обильные жидкие выделения из влагалища. Срок беременности 18-19 недель. При осмотре слизистая влагалища гиперемирована, отделяемое обильное, пенистое с неприятным запахом.

Вопросы:

1. ПРЕДПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ. (бактериальный вагиноз)
2. КАКИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ МОЖНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ В ДАННОМ СЛУЧАЕ.( тержинан, метронидазол, клиндамицин)

**Ответы к ситуационным задачам**.

**Ответы к задаче №2:**

Ведущие симптомы:

-жалобы на кровянистые выделения;

- в анамнезе эрозия шейки матки;

- на шейке матки эрозированная поверхность 2,0х1,0 см, при контакте кровоточит.

Дополнительные методы исследования:

-мазок на *gn и trich из*уретры и цервикального канала

- расширенная кольпоскопия

- прицельная биопсия с последующим гистологическим исследованием.

Интерпретация анализов:

- мазок на gn и trich из уретры и цервикального канала без патологии.

- при расширенной кольпоскопии обнаружен участок атипического эпителия, который при обработке раствором Люголя – йоднегативен.

- мазок на онкоцитологию: Опухолевых клеток нет

Дифференциальная диагностика:

- псевдоэрозия шейки матки

- рак шейки матки.

Окончательный диагноз: дисплазия шейки матки средней степени (CINII).

Лечение:диатермоэксцизия шейки матки.

**Ответы к задаче №2:**

1. бактериальный вагиноз

2. тержинан, метронидазол, клиндамицин