

HISTOLOGINIŲ TYRIMŲ PATVIRTINTŲ GIMDOS KAKLELIO POKYČIŲ CHIRURGINIO GYDYMO BENDRIEJI REIKALAVIMAI

1. Histologiniu tyrimu patvirtinus gimdos kaklelio pokyčius, taikomas destruktinis (krioterapija, vaporizacija lazeriu, šaltoji koaguliacija) ar ekscizinis (išpjovimas skalpeliu, išpjovimas elektros kilpa, išpjovimas lazeriu, histerektomija) chirurginis gydymo metodas.

2. Atlikti tyrimai nurodo, kad nė vienas iš išvardytų metodų nėra reikšmingai geresnis, tačiau eksciziniai gydymo metodai, skirtingai nuo destruktinių, leidžia histologiškai įvertinti pašalintos transformacijos zonos dalies pokyčius, jų plotį ir gylį, atpažinti arba paneigti mikroinvazinį piktybinį naviką, gimdos kaklelio kanalo liaukinio epitelio pokyčius.

3. Gimdos kaklelio chirurginis gydymas atliekamas asmens sveikatos priežiūros įstaigose, turinčiose licenciją teikti stacionarines antrinio ir (ar) tretinio lygio akušerijos ginekologijos ir (ar) dienos chirurgijos asmens sveikatos priežiūros paslaugas. Gydymo procedūras atlieka gydytojas akušeris ginekologas.

4. Procedūrai atlikti reikalinga įranga ir medicinos priemonės:

4.1. ginekologinė kėdė (bent viena turi būti pritaikyta fizinę negalią turinčioms pacientėms (reguliuojamo aukščio, padėčių ir kt.);

4.2. šviesos šaltinis, tinkamas gimdos kakleliui apšviesti;

4.3. sterilios pirštinės;

4.4. makšties plėtiklis (rekomenduotina su dūmų ištraukimo jungtimi);

4.5. šoninis makšties plėtiklis;

4.6. Luerio spaustukas;

4.7. endocervikalinė kiuretė;

4.8. endocervikalinis šepetėlis;

4.9. viendantės žnyplės;

4.10. tamponėliai;

4.11. tirpalai:

4.11.1. NaCl 0,9 proc.;

4.11.2. acto rūgštis 3–5 proc.;

4.11.3. Liugolio tirpalas;

4.12. adatos laikiklis;

4.13. besirezorbuojantis siūlas;

4.14. 5 ml švirkštas su adata;

4.15. vietinis anestetikas (1 ar 2 proc. Lidokainas);

4.16. adrenalino tirpalas 1:100 000;

4.17. kita speciali įranga, atitinkanti gydymo metodą;

4.18. kolposkopas.

5. Vietinis destruktinis metodas taikomas siekiant sunaikinti intraepitelinės neoplazijos plotus. Numatant taikyti šį metodą, reikia įvertinti riziką, kad bus tinkamai neįvertintas ligos tipas ir išplitimas. Taikant destruktinę terapiją turėtų būti siekiama sunaikinti visą transformacijos zoną, nes dėl labiau lokalizuoto gydymo galimas ligos recidyvavimas. Vyresnėms nei 50 metų amžiaus moterims šis metodas taikomas išimtiniais atvejais.

6. Vietinis destruktinis metodas gali būti taikomas pacientėms, kurios atitinka šiuos kriterijus:

6.1. matoma visa transformacijos zona;

6.2. nėra įtariama liaukinio epitelio pokyčių;

6.3. neįtariama piktybinės ligos invazija;

- 6.4. histologiškai patvirtinta CIN;
- 6.5. tarpusavyje koreliuojantys citologinių ir histologinių tyrimų atsakymai;
- 6.6. galimas tinkamas tolesnis pacientės stebėjimas.
7. Krioterapija taikoma siekiant šalčiu sukelti gimdos kaklelio transformacijos zonos audinių nekrozę. Procedūros metu anestezija netaikoma. Krioterapijai naudojama įranga:
 - 7.1. dujų (azoto monoksido (N₂O) ar anglies dvideginio (CO₂)) rezervuaras;
 - 7.2. slėgio reguliatorius;
 - 7.3. antgalio rankena;
 - 7.4. keli skirtingo skersmens (dažniausiai 19 mm) ir formos (plokšti ar kūginiai) antgaliai.
8. Krioterapijos procedūros atlikimo tvarka:
 - 8.1. pacientė pasiruošia ginekologinei apžiūrai;
 - 8.2. makšties skėtikliu vizualizuojamas gimdos kaklelis, įvertinamas tinkamumas krioterapijai;
 - 8.3. gimdos kaklelis išvalomas 0,9 proc. NaCl tirpalu suvilgytu tamponu;
 - 8.4. gimdos kaklelis suvilgomas 3–5 proc. acto rūgšties tirpalu, kad išryškėtų displazijos plotų ribos;
 - 8.5. krioterapinis antgalis suvilgomas 0,9 proc. NaCl tirpalu;
 - 8.6. krioterapinis antgalis priglaudžiamas prie gimdos kaklelio, kad kanalo anga būtų centre. Jei displazijos plotas yra neuždengiamas antgalio > 2 mm, procedūra nepradedama, pasirenkamas kitas antgalis, o tinkamo antgalio neturint – kitas gydymo metodas;
 - 8.7. dažniausiai taikoma 2 šaldymo ciklų procedūra: 3 min. šaldymo, 5 min. atitirpimo, 3 min. šaldymo. Adekvačią procedūros trukmę nurodo 4–5 mm šerkšno žiedas apie antgalį;
 - 8.8. baigus procedūrą, antgalis nuo gimdos kaklelio atitraukiamas, tik kai audiniai visiškai atitirpsta;
 - 8.9. apžiūrimas gimdos kaklelis, makštis netamponuojama, ištraukiamas skėtiklis.
9. Šaltosios koaguliacijos metu transformacijos zonos audiniai koaguliuojami iki 100 °C įkaitintu antgaliu. Procedūros metu anestezija nebūtina, gali būti taikoma vietinė analgezija, paracervikalinė blokada. Šaltosios koaguliacijos metu naudojama speciali įranga:
 - 9.1. Semm koagulatorius;
 - 9.2. antgalio rankena;
 - 9.3. keli skirtingo skersmens ir formos (plokšti ar kūginiai) antgaliai.
10. Šaltosios koaguliacijos procedūros atlikimo tvarka:
 - 10.1. pacientė pasiruošia ginekologinei apžiūrai;
 - 10.2. makšties skėtikliu vizualizuojamas gimdos kaklelis, įvertinamas tinkamumas terapijai;
 - 10.3. gimdos kaklelis išvalomas 0,9 proc. NaCl tirpalu suvilgytu tamponu;
 - 10.4. gimdos kaklelis suvilgomas 3–5 proc. acto rūgšties tirpalu, kad išryškėtų displazijos plotų ribos;
 - 10.5. iki 100 °C įkaitintas antgalis 20 sekundžių priglaudžiamas prie displazijos ploto. Procedūra gali būti kartojama, priglaudžiant antgalį 20 sekundžių prie kito ploto, tačiau bendra procedūros trukmė neturėtų viršyti 2 min;
 - 10.6. baigus procedūrą apžiūrimas gimdos kaklelis, makštis netamponuojama, ištraukiamas skėtiklis.
11. Atliekant vaporizaciją lazeriu, naudojama speciali įranga – su kolposkopu sujungtas CO₂ lazeris. Procedūros metu anestezija nebūtina, kai kuriais atvejais gali būti taikoma vietinė analgezija, paracervikalinė blokada.
12. Vaporizacijos lazeriu procedūros atlikimo tvarka:
 - 12.1. pacientė pasiruošia ginekologinei apžiūrai;
 - 12.2. makšties skėtikliu vizualizuojamas gimdos kaklelis, įvertinamas tinkamumas vaporizacijai lazeriu;
 - 12.3. gimdos kaklelis išvalomas 0,9 proc. NaCl tirpalu suvilgytu tamponu;
 - 12.4. gimdos kaklelis suvilgomas 3–5 proc. acto rūgšties tirpalu, kad išryškėtų displazijos plotų ribos;
 - 12.5. kolposkopu įvertinamas displazijos plotas;

- 12.6. rekomenduojamas lazerio spindulio plotas 2–2,5 mm, galia 25–40 W;
- 12.7. displazijos ploto kontūras pažymimas koaguliuojant 2 mm lazerio spinduliu 2–3 mm toliau išorinės displazijos ploto ribos;
- 12.8. atliekama visos transformacijos zonos vaporizacija iki 6–8 mm gylio. Gimdos kaklelio centre rekomenduojama papildoma 4–8 mm gylio vaporizacija;
- 12.9. jei displazijos plotas pereina į makšties gleivinę, vaporizacijos gylis turi neviršyti 1,5 mm;
- 12.10. baigus procedūrą apžiūrimas gimdos kaklelis, makštis netamponuojama, ištraukiamas skėtiklis.
13. Ekscizinis gydymo metodas taikomas siekiant pašalinti visą pažaidą ir ją pateikti histologiniam įvertinimui atlikti. Transformacijos zonos ekscizija neturėtų būti atliekama esant nežymiems plokščialąsteliniais intraepiteliniams pokyčiams (CIN1), nebent pažaida buvo stebima ilgiau nei metus. Ekscizija atliekama nedelsiant, jei yra aukšto laipsnio intraepitelinė neoplazija arba įtariama ankstyvoji stromos invazija ar mikroinvazija.
14. Bendrieji ekscizijos procedūros atlikimo reikalavimai:
 - 14.1. procedūra atliekama ją stebint kolposkopu arba kolposkopinis tyrimas operaciją atlieksiančio gydytojo atliktas ir aprašytas iki procedūros. Planuojamo išpjauti mėginio dydis ir forma nustatomi pagal kolposkopinį pažaidos vaizdą. Pažaida pašalinama kartu su visa transformacijos zona;
 - 14.2. pažaida turi būti pašalinta vienu fragmentu, nes transformacijos zonos ekscizija keliais fragmentais gali apsunkinti histopatologinį operacijos radikalumo vertinimą. Be to, jei yra mikroinvazinė liga, gali būti neįmanoma tiksliai nustatyti ligos stadiją;
 - 14.3. epitelio pokyčiai, esantys šone nuo centrinės srities, gali būti šalinami atskirai;
 - 14.4. rekomenduojama pažymėti išpjautą mėginį siūlu ties 12 valanda, kad histopatologui būtų lengviau orientuotis mėginį;
 - 14.5. terminis ar mechaninis ektocervikalinio epitelio ar endocervikalinio kanalo pažeidimas negalimas;
 - 14.6. jei pažaida susijusi su endocervikaliniu kanalu, po ekscizijos reikia paimti gimdos kaklelio kanalo mėginius atliekant endocervikalinį kiuretažą.
15. Taikant išpjovimo elektros kilpa metodą rekomenduojama vietinė anestezija, galima paracervikalinė blokada, bendrinė anestezija. Taikant šį metodą naudojama speciali įranga:
 - 15.1. medicininis elektros generatorius;
 - 15.2. elektros peilio rankena;
 - 15.3. skirtingų formų ir dydžių elektros peiliai (dažniausiai naudojamos 10 x 8 mm ir 10 x 4 mm kilpos, 20 x 8 mm, 20 x 15 mm ir 10 x 10 mm trikampiai elektrodai, 3 mm ir 5 mm rutuliniai elektrodai, adatinis elektrodas).
16. Išpjovimo elektros kilpa procedūros atlikimo tvarka:
 - 16.1. pacientė pasiruošia ginekologinei apžiūrai;
 - 16.2. patikrinama įranga, kuo arčiau pacientės dubens (prie šlaunies, po juosmeniu) pritvirtinamas elektros generatoriaus grįžtamasis elektrodas;
 - 16.3. makšties skėtikliu vizualizuojamas gimdos kaklelis;
 - 16.4. gimdos kaklelis išvalomas 0,9 proc. NaCl tirpalu suvilgytu tamponu;
 - 16.5. gimdos kaklelis suvilgomas 3–5 proc. acto rūgšties tirpalu, kad išryškėtų displazijos plotų ribos;
 - 16.6. kolposkopu įvertinamas displazijos plotas;
 - 16.7. gimdos kaklelis patepamas Liugolio tirpalu;
 - 16.8. pasirenkamas tinkamo dydžio ir formos elektrodas, kad šalinamas gimdos kaklelio mėginys, jei įmanoma, būtų pašalintas vienu pjūviu;
 - 16.9. elektros generatoriuje pasirenkamas tinkamas srovės tipas („blended“) ir galia (trikampiams elektrodams ir 10 mm kilpoms 32–38 W, 20 mm kilpoms – 40–48 W);
 - 16.10. aktyvavus pjovimo režimą pašalinama pasirinkta gimdos kaklelio dalis. Naudojant kilpos formos elektrodą gylis turi būti nuo 7 mm iki 12 mm, į plotį pašalinta dalis 3–5 mm platesnė

nei matoma displazijos paveikto epitelio riba. Esant būtinybei gali būti atliekami keli pjūviai, atskirai išpjaujamas gilesnis kūgis apie gimdos kaklelio kanalą;

16.11. pašalinti audiniai paruošiami siųsti atlikti histologinio tyrimo, pažymint mėginį, kad būtų galima identifikuoti kvadrantus;

16.12. naudotas aktyvus elektrodas pakeičiamas į 3 mm ar 5 mm rutulinį elektrodą. Pakeičiamos elektros generatoriaus nuostatos (rekomenduojama galia 3 mm elektrodui 30 W, 5 mm – 35 W, režimas – „Fulgurate“ arba „Spray“);

16.13. atliekama kraujuojančių žaizdos vietų koaguliacija;

16.14. jei pažaida susijusi su endocervikaliu kanalu, atliekamas endocervikalinis kiuretažas arba mėginys paimamas endocervikaliu šepetėliu;

16.15. baigus procedūrą apžiūrimas gimdos kaklelis, makštis tamponuojama išimtiniais atvejais, ištraukiamas skėtiklis.

17. Išpjovimo skalpeliu procedūra atliekama operacinėje, taikant sritinę ar bendrinę nejautrą. Taikant išpjovimo skalpeliu metodą naudojama speciali įranga: standartinis operacijų, atliekamų per makštį, chirurginis rinkinys.

18. Išpjovimo skalpeliu procedūros atlikimo tvarka:

18.1. pacientė paguldoma ant operacinio stalo litotominėje padėtyje;

18.2. makšties skėtikliu vizualizuojamas gimdos kaklelis;

18.3. gimdos kaklelis suvilgomas 3–5 proc. acto rūgšties tirpalu ir (arba) Liugolio tirpalu, kad būtų vizualizuojamas displazijos paveiktas epitelis;

18.4. siekiant sumažinti netenkamo kraujo kiekį, į gimdos kaklelio stromą gali būti sušvirkščiama vazokonstriktorių tirpalo, apsiuamos gimdos kaklelio kraujagyslės;

18.5. skalpeliu išpjaujamas gimdos kaklelio kūgis, atliekama hemostazė apsiuivant ar koaguliuojant kraujagyslių šakas;

18.6. pašalinti audiniai paruošiami išsiųsti atlikti histologinio tyrimo;

18.7. baigus procedūrą apžiūrimas gimdos kaklelis, makštis gali būti tamponuojama, ištraukiamas skėtiklis.

19. Histerektomijos procedūra atliekama operacinėje, taikant sritinę ar bendrinę nejautrą. Histerektomijos procedūrai naudojama speciali įranga: standartinis chirurginis rinkinys, priklausomai nuo pasirinkto operacijos tipo.

20. Histerektomijos procedūros atlikimo tvarka:

20.1. rekomenduojama ekstrapasijinė histerektomija;

20.2. operacijos būdas (vagininis, laparotominis, laparoskopinis) parenkamas individualiai.