

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
"Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого"
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра акушерства и гинекологии ИПО

Зав. Кафедрой: ДМН. Доцент Базина М.И.

Тема: Невоспалительные заболевания шейки матки

Выполнила: клинический ординатор Кириллова С.Ю.

Красноярск 2018 г

Содержание

- I. Введение
- II. Этиопатогенез заболеваний шейки матки
- III. Факторы развития
- IV. Классификация заболеваний шейки матки
- V. Клиника заболеваний шейки матки
- VI. Диагностика фоновых и предраковых заболеваний шейки матки
- VII. Лечение фоновых и предраковых заболеваний шейки матки
- VIII. Тактика ведения
- IX. Список используемой литературы

Введение

Среди гинекологических заболеваний у женщин репродуктивного возраста патология шейки матки встречается в 10—15 % случаев. Рак шейки матки в настоящее время является самым часто встречающимся онкологическим заболеванием женских половых органов. Он составляет около 12 % от числа всех злокачественных опухолей, выявляемых у женщин.

Отмечается определенная этапность и стадийность патологических процессов шейки матки в развитии канцерогенеза. Выделяют фоновые и предраковые заболевания, рак *in situ* и распространенный рак шейки матки.

Фоновыми называются заболевания и изменения влагалищной части шейки матки, при которых сохраняется нормоплазия эпителия, т.е. происходит правильное митотическое деление эпителиальных клеток, их дифференцировка, созревание, эксфолиация. К этим заболеваниям относятся: псевдоэрозия, эктропион, полип, эндометриоз, лейкоплакия, эритроплакия, папиллома, цервициты, истинная эрозия.

К **предраковым состояниям шейки матки** относят дисплазию эпителия — патологические процессы, при которых отмечается гиперплазия, пролиферация, нарушение дифференцировки, созревания и отторжения эпителиальных клеток.

Этиопатогенез заболеваний шейки матки

Предрак, а в последующем и рак шейки матки формируются на фоне доброкачественных нарушений многослойного плоского эпителия (эктопия, метаплазия). Это становится возможным благодаря бипотентным свойствам резервных клеток, которые могут превращаться как в плоский, так и в призматический эпителий.

Эктопия цилиндрического эпителия развивается двумя путями:

- 1) образованием из резервных клеток на поверхности шейки матки не плоского, а цилиндрического эпителия (основной путь развития эктопии);
- 2) замещением эрозии плоского эпителия воспалительного или травматического происхождения однослойным цилиндрическим эпителием, происходящим из цервикального канала (второстепенный путь развития эктопии).

Метаплазия — процесс превращения резервных клеток в плоский эпителий. Плоскоклеточная метаплазия связана с пролиферацией резервных клеток, которые являются необходимым фактором для злокачественной трансформации. К формированию предрака (дисплазии) приводит перекрытие цилиндрического эпителия плоским.

Факторы развития фоновых и предраковых заболеваний шейки матки

1. *Воспалительные заболевания гениталий* вызывают некробиоз многослойного плоского эпителия шейки матки и его десквамацию с последующим образованием на ней эрозиро-ванных участков, заживление которых происходит за счет разрастания из цервикального канала цилиндрического эпителия, не характерного для влагалищной экосреды. В этой зоне образуется псевдоэрозия. В дальнейшем цилиндрический эпителий замещается многослойным плоским эпителием.

Особо важное значение в возникновении дисплазии шейки матки принадлежит вирусу папилломы человека (ВПЧ).

Он проникает в базальные клетки эпителия через микротравмы, образующиеся при половых контактах. ДНК вируса попадает в клетку после сбрасывания белковой оболочки и поступает в клеточное ядро. Находясь в базальном слое в небольшом количестве копий, ДНК вируса не обнаруживается (латентный период). При дальнейшей экспрессии вируса развивается субклиническая, а затем клиническая стадии заболевания. Характерный цитопатический эффект ВПЧ — койлоцитоз — возникает в поверхностных слоях эпителия, при этом ядро принимает неправильную форму и становится гиперхромным из-за скопления в нем вирионов, в цитоплазме появляются вакуоли.

В настоящее время идентифицировано более 100 различных типов ВПЧ, из которых 30 инфицируют генитальный тракт человека. Среди типов ВПЧ-инфекции выделяют группы различного онкологического риска. Так, к низкому онкологическому риску относят ВПЧ 6, 11, 40, 42, 43, 44 и 61 типов; к среднему риску — 30, 33, 35, 39, 45, 52, 56, 58; к высокому риску — 16, 18 и 31 типы вируса.

В зараженных клетках вирусный геном может существовать в 2-х формах: эписомальной (вне хромосом) и интегрированной в клеточный геном. Для доброкачественных поражений характерна эписомальная форма, для карцином — интеграция в геном раковой клетки. Эписомальная фаза нужна для репликации вируса и сборки вириона. Эта фаза гистологически характеризуется как цервикальная интраэпителиальная неоплазия легкой степени (CIN-1). Появление анэуплоидии, клеточной атипии, цитологической активности соответствуют средней и тяжелой степени цервикальной интраэпителиальной неоплазии (CIN-2 и CIN-3).

Совокупность ВИЧ-инфекции и ВПЧ увеличивает риск малигнизации. Кроме того, возникновению дисплазии шейки матки могут способствовать синергизм вируса простого герпеса, хламидий и ЦМВ.

2. *Травматические повреждения шейки матки*, возникшие после родов или абортов (предрасполагающим фактором является нарушение трофики и иннервации тканей), а также барьерные средства контрацепции и влагалищные тампоны типа «Тампакс».

3. *Гормональные нарушения* (повышение гонадотропной функции, сдвиги в

метаболизме эстрогенов с преобладанием эстрадиола, увеличение оксигенированных форм 17-кетостероидов).

4. *Иммунные нарушения* (увеличение уровня цитотоксических Т-лимфоцитов, уменьшение количества клеток Лангерганса в шейке матки. Степень дисплазии пропорциональна уровню иммуносупрессии).

5. *Сексуальная активность* (раннее начало половой жизни и большое число половых партнеров).

6. *Инволютивные (возрастные) изменения половых органов*, а также снижение резистентности организма, особенности метаболизма и гормональные нарушения.

7. *Использование КОК* с повышенным содержанием гестагенов.

8. *Курение* (риск заболевания повышается с увеличением количества сигарет в день и продолжительностью курения).

9. *Наследственный фактор*: риск возникновения рака шейки матки у женщин с отягощенным семейным анамнезом.

Классификация заболеваний шейки матки

(Е.В.Коханевич, 1997 с дополнениями и изменениями)

I. Доброкачественные фоновые процессы:

А. Дисгормональные процессы:

1. Эктопия цилиндрического эпителия (эндоцервикоз, железистая эрозия, псевдоэрозия): простая, пролиферирующая, эпидермизирующая.
2. Полипы (доброкачественные полипоподобные разрастания): простые; пролиферирующие; эпидерми-зирующие.
3. Доброкачественная зона трансформации: незаконченная и законченная.
4. Папилломы.
5. Эндометриоз шейки матки.

Б. Посттравматические процессы:

1. Разрывы шейки матки.
2. Эктропион.
3. Рубцовые изменения шейки матки.
4. Шеечно-влагалищные свищи.

В. Воспалительные процессы:

1. Истинная эрозия.
2. Цервицит (экзо- и эндоцервицит): острый и хронический.

II. Предраковые состояния:

А. Дисплазия.

1. Простая лейкоплакия.
2. Поля дисплазии:
 - многослойного сквамозного эпителия;
 - металлазированного призматического эпителия.
3. Папиллярная зона трансформации:
 - многослойного сквамозного эпителия;

- метаплазированного призматического эпителия.
- 4. Предопухоловая зона трансформации.
- 5. Кондиломы.
- 6. Предраковые полипы.
- Б. Лейкоплакия с атипией клеток.
- В. Эритроплакия.
- Г. Аденоматоз.

III. Рак шейки матки

А. Преклинические формы:

1. Пролиферирующая лейкоплакия.
 2. Поля атипического эпителия.
 3. Папиллярная зона трансформации.
 4. Зона атипической трансформации.
 5. Зона атипической васкуляризации.
 6. Рак *in situ* (внутриэпителиальный, стадия 0).
 7. Микрокарцинома (стадия I A).
- Б. Клинические формы рака: экзо-, эндофитная, смешанная.

Гистологическая классификация дисплазии (Richart, 1968)

Цервикальная интраэпителиальная неоплазия (CIN) делится на:

- ◆ CIN I — слабая дисплазия;
- ◆ CIN II — умеренная дисплазия;
- ◆ CIN III — тяжелая дисплазия и преинвазивный рак.

Клиника заболеваний шейки матки

I. Фоновые процессы

Эрозия — патологический процесс на влагалищной части шейки матки, характеризующийся в начальной стадии дистрофией и десквамацией плоского многослойного эпителия (изъязвления, эрозия) с последующим развитием на эрозированной поверхности цилиндрического эпителия.

Выделяют истинную эрозию и псевдоэрозию.

Истинная эрозия шейки матки — повреждение и десквамация многослойного плоского эпителия влагалищной части шейки матки вокруг наружного зева.

По этиологическому принципу выделяют следующие виды истинной эрозии:

1. Воспалительная (в результате мацерации и отторжения эпителия), чаще в репродуктивном возрасте.
2. Травматическая (травмирование, например, влагалищными зеркалами), чаще в постменопаузальном возрасте.
3. Постожеговая (после отторжения струпа в результате химио-, электро- или криовоздействия), чаще в репродуктивном возрасте.
4. Трофическая (при выпадении матки, после лучевой терапии), чаще в

постменопаузальном возрасте.

5. Раковая (при распаде раковой опухоли ШМ), чаще в постменопаузальном возрасте.

6. Сифилитическая — чаще в репродуктивном возрасте.

При осмотре в зеркалах невооруженным глазом эрозия имеет ярко-красную окраску, легко кровоточит. Кроме сифилитической, трофической и раковой эрозии все остальные виды быстро подвергаются эпидермизации и через 1—2 недели покрываются многослойным плоским эпителием.

При кольпоскопии истинная эрозия определяется как дефект эпителия с обнаженной подэпителиальной стромой, при этом дно ниже уровня многослойного плоского эпителия, края четкие. После применения 3 % раствора уксусной кислоты дно истинной эрозии бледнеет, при использовании раствора Люголя дно окраску не воспринимает, окрашивается только окружающий многослойный плоский эпителий. При гистологическом исследовании выявляется отсутствие эпителиального покрова на границе с истинным многослойным плоским эпителием. На поверхности этого патологического участка видны отложения фибрина и кровь. В подэпителиальной соединительной ткани выражены воспалительный процесс, лейкоцитарная инфильтрация, выявляются расширенные капилляры, кровоизлияния, отек ткани.

Истинная эрозия относится к непродолжительным процессам: существует не более 1—2 недель, и переходит в псевдоэрозию.

Псевдоэрозия (эндоцервикоз) шейки матки — замещение многослойного плоского, эпителия цилиндрическим снаружи от переходной между ними зоны при различных предшествующих патологических процессах. При отсутствии последних данное явление называется эктопией.

Виды псевдоэрозий:

1. Прогрессирующая — образование железистых структур на поверхности и в глубине шейки матки. Шейка увеличивается за счет разрастания цилиндрического эпителия и желез слизистых оболочек цервикального канала, а также в результате резервно-клеточной гиперплазии. Процесс характеризуется образованием кист в железах псевдоэрозии, изменения шейки матки проявляются увеличением размеров, лимфоцитарной инфильтрацией, разрастанием соединительной ткани.
2. Стационарная — вторая фаза псевдоэрозии, во время которой часть эрозированных желез остается под нарастающим многослойным плоским эпителием и превращается в ретенционные кисты (наботовы кисты), которые бывают единичные или множественные, диаметр их 3—5 мм.
3. Заживающая (эпидермизирующая) — после лечения воспалительных процессов, устранения гормональных нарушений. Процесс заживления происходит в обратном порядке: цилиндрический эпителий вытесняется

многослойным плоским, образующимся из резервных клеток. Цилиндрический эпителий псевдоэрозии подвергается дистрофии с последующей десквамацией. Псевдоэрозия исчезает при полном отторжении цилиндрического эпителия с образованием железистых структур. Но часто кистозные образования остаются. Кисты бывают различных размеров: от 2—3 мм до 1–2 см, за счет этого деформируется и увеличивается шейка матки. При замещении плоского эпителия цилиндрическим наблюдаются явления не прямой метаплазии (дифференцировки) резервных клеток в клетки многослойного плоского эпителия. При этом происходит ороговение зрелого метапластического эпителия в форме кератоза (полное ороговение клеток, без ядер с образованием кератогиалинового слоя), паракератоза (неполное ороговение клеток без кератогиалинового слоя, но с ядрами), гиперкератоза (чрезмерное ороговение эпителия).

Полипы шейки матки — это разрастание слизистой оболочки канала шейки матки в виде ножки с соединительнотканым стержнем, покрытым многослойным плоским или цилиндрическим эпителием с железистыми структурами в толще.

Виды полипов:

1. Простые полипы — железистые или железисто-фиброзные образования без пролиферативных изменений.
2. Аденоматозные полипы — железистые структуры с пролиферативной активностью, имеющие очаговый или диффузный характер.

Микроскопия полипов: структуры небольших размеров (от 2 до 40 мм в диаметре), овальной или округлой формы, с гладкой поверхностью, свисающих во влагалище на тонком основании. Полипы имеют темно-розовый оттенок, мягкой или плотной консистенции (в зависимости от содержания фиброзной ткани). Поверхность полипов может быть покрыта многослойным или цилиндрическим эпителием. В первом случае полип имеет гладкую поверхность с открытыми протоками желез и древовидно ветвящимися сосудами, во втором — сосочковую поверхность. При пролиферации наблюдается усиленный рост полипа, а при эпидермизации — перекрытие железистых структур многослойным плоским эпителием и остановка роста. Полипы с дисплазией относятся к предраковым состояниям.

Клиническая картина: Возникновение жалоб и объективные признаки патологического процесса зависят от сопутствующих заболеваний половых органов. В полипах эндоцервикса часто возникает плоскоклеточная метаплазия (непрямая метаплазия резервных клеток цилиндрического эпителия). К вторичным изменениям относятся расстройства кровообращения (без воспалительной реакции), сопровождающиеся отеком стромы и застойными явлениями в сосудах. При наличии вторичных изменений могут быть сукровичные выделения.

Доброкачественная зона трансформации (зона доброкачественной метаплазии) — превращение призматического эпителия (ПЭ) в многослойный сквамозный (плоский) эпителий (МСЭ).

Зона трансформации образуется на месте бывшей эктопии ПЭ в результате процессов регенерации и эпидермизации. Процесс регенерации происходит только после разрушения эктопии в пределах нормального плоского эпителия. Чаще замещение ПЭ осуществляется путем эпидермизации. При этом многослойный плоский эпителий образуется из резервных клеток, расположенных между базальной мембраной и ПЭ эктопии. Под действием кислой среды во влагалище резервные клетки превращаются в незрелый, а в дальнейшем — в функционально полноценный многослойный плоский эпителий.

При кольпоскопии различают законченную и незаконченную зону трансформации.

Незаконченная зона трансформации. При расширенной кольпоцервикоскопии обнаруживаются белые или бело-розовые пятна с гладким рельефом (клетки ПЭ в процессе метаплазии приобретают строение клеток МСЭ, сохраняя слизепродуцирующую функцию). Локализация пятен различная — по центру или по периферии эктопии, т.е. на границе ее с МСЭ. Очаги метаплазированного эпителия могут приобретать форму полосок, «языков», «материков». В зоне очагов метаплазированного эпителия часто сохраняются выводные протоки функционирующих желез. Могут наблюдаться древовидно ветвящиеся кровеносные сосуды. По мере прогрессирования метаплазии уменьшаются участки эктопии ПЭ, на шейке матки определяется сплошная зона МСЭ. При смазывании раствором Люголя незаконченная зона трансформации слабо и неравномерно окрашивается («мраморный рисунок»).

Законченная зона трансформации — это слизистая оболочка шейки матки, покрытая МСЭ и единичными или множественными ретенционными кистами. МСЭ преграждает выход секрету железы и создает напряжение в кисте, в результате поверхностная стенка приподнята над окружающим железом эпителием. Цвет ретенционных кист зависит от характера их содержимого — от голубого до желто-зеленого. Кольпоцервикоскопическая картина до и после воздействия уксусной кислоты не изменяется, так как в покровном эпителии нет слизепродуцирующих клеток, а сосуды ретенционных кист не содержат мышечного слоя, поэтому не реагируют на кислоту. Эпителий при пробе Шиллера окрашивается более равномерно, чем при незаконченной зоне трансформации. Незаконченная и законченная зоны трансформации могут сочетаться.

Папиллома — 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.

Эндометриоз шейки матки. В результате травматизации слизистой оболочки шейки матки во время обследования или лечения возникают условия для имплантации эндометриальных клеток. Они, размножаясь, образуют очаги субэпителиального эндометриоза.

Кольпоскопическая картина: темно-красные или синюшные, ограниченные, несколько возвышающиеся образования различной величины и формы. При гистологическом исследовании выявляются железистые структуры эндометрия, кровоизлияния и мелкоклеточная инфильтрация окружающей соединительной ткани.

Эродированный эктропион — выворот слизистой оболочки шейки матки, характеризующийся наличием псевдоэрозии и рубцовой деформации шейки матки.

Этиологическим фактором является расширение цервикального канала и травматизация шейки матки (после родов, абортов).

Патогенез: при травматизации боковых стенок шейки матки повреждаются циркулярные мышцы, что приводит к выворачиванию стенок и обнажению слизистой оболочки цервикального канала, которая напоминает псевдоэрозию. При этом нарушается граница между многослойным плоским эпителием и цилиндрическим эпителием шейки матки. Происходит метаплазия (замещение) цилиндрического эпителия на стенках цервикального канала многослойным плоским. Шейка матки гипертрофируется и подвергается железисто-кистозной дегенерации.

Наряду с этими процессами происходит разрастание соединительной ткани и формирование рубцовой деформации шейки матки. Больные жалуются в основном на бели, боли в пояснице и в нижних отделах живота, нарушение менструальной функции в виде меноррагий, обусловленных сопутствующим, как правило, хроническим эндоцервицитом и эндомиометритом.

Цервицит — воспалительный процесс слизистой оболочки канала шейки матки (раздел 2.3.4), который приводит к гипертрофии ее клеточных элементов, а в отдельных случаях — и к метаплазии.

II. Предраковые состояния

Дисплазия — выраженная пролиферация атипического эпителия шейки матки с нарушением его «слоистости» без вовлечения в процесс стромы и поверхностного эпителия. Дисплазия является самой частой формой морфологического предрака шейки матки. Частота перехода дисплазии в преинвазивные карциномы — 40—64%. У 15 % больных на фоне дисплазии происходит развитие микрокарциномы.

Для дисплазии характерны акантоз, гиперкератоз, паракератоз, усиление митотической активности, нарушения структуры клеток (ядерный полиморфизм, изменение ядерно-цитоплазматического соотношения с увеличением первого, вакуолизация, патологические митозы).

Дисплазия проявляется интенсивной пролиферацией клеток с появлением в них атипии, особенно ядер, без вовлечения в процесс поверхностного эпителия.

В зависимости от интенсивности пролиферации клеток и выраженности клеточной и структурной атипии в эпителиальном пласте, а именно в нижней трети или в более поверхностных отделах, различают легкую, умеренную и тяжелую дисплазию (цервикальная интраэпителиальная неоплазия — CIN-I, CIN-II, CIN-III).

При *легкой дисплазии* наблюдается гиперплазия базального и парабазального слоев (до U_3 толщины эпителиального слоя), клеточный и ядерный полиморфизм, нарушение митотической активности.

Средняя степень дисплазии характеризуется поражением U_3 — $2/3$ толщи многослойного плоского эпителия. При этом пораженная часть эпителия представлена клетками вытянутыми, овальными, тесно прилегающими друг к другу. Видны митозы, в том числе и патологические. Характерен незначительный ядерно-цитоплазматический сдвиг: ядра крупные, грубая структура хроматина.

При *выраженной дисплазии* гиперплазированные клетки базального и парабазального слоев занимают более $2/3$ эпителиального слоя. Ядра крупные, овальные или вытянутые, гиперхромные, имеются митозы. Отмечается выраженный полиморфизм ядра, ядерно-цитоплазматический сдвиг, двуядерные клетки, иногда в мазках можно увидеть гигантские клетки с крупным ядром. Клетки сохраняют четкие границы.

Дисплазия может протекать с прогрессированием изменений (увеличение атипичных клеток в нижних слоях эпителия), стабилизацией процесса или его регрессом (выталкивание патологических клеток за счет роста нормального эпителия).

Простая лейкоплакия — патологический процесс ороговения многослойного плоского эпителия. Данная патология возникает во время одной из стадий псевдоэрозии. Отмечается развитие гиперкератоза, паракератоза, акантоза,

возникает ороговение промежуточных клеток и периваскулярные субэпителиальные инфильтраты из гистиоцитов и плазматических клеток.

Гистологическая картина: простая лейкоплакия имеет вид белого пятна, спаянного с подлежащей тканью.

Поверхность шероховатая, складчатая или чешуйчатая с роговыми наложениями. Поля лейкоплакии плоские, выпуклые, корытообразные, представлены желтоватые или белесоватые участки, разделенные сосудами на многоугольники, что образует рисунок пчелиных сот. Клетки лейкоплакии не содержат гликоген. При бородавчатой форме на поверхности лейкоплакии образуются бородки, наполненные ороговевшими массами, утолщается эпителий за счет пролиферации и расширения базального слоя (базально-клеточная гиперреактивность); отмечается беспорядочное расположение базальных клеток с явлениями атипии.

При гинекологическом осмотре лейкоплакия определяется в виде плотных бляшек на фоне неизменной слизистой оболочки при нерезко выраженной гипертрофии шейки.

Поля дисплазии определяются в виде белых полигональных участков, разделенных красными границами.

Различают поля гиперплазии МСЭ и поля метаплазии ПЭ.

Поля гиперплазии МСЭ возникают на фоне «ложных эрозий» или в цервикальном канале при наличии длительного хронического воспаления. Очаги имеют четкие границы, не изменяются под действием уксусной кислоты, Проба

Шиллера отрицательная. При этой патологии определяется однофазная базальная температура, или двухфазная, с укороченной лютеиновой фазой. Поля гиперплазии МСЭ не поддаются обычной противовоспалительной терапии, склонны к рецидивам после диатермоэксцизии.

Поля метаплазии ПЭ определяются только после длительного (в течение 30—40 с) воздействия на эктоцервикс уксусной кислоты; через 1—1,5 мин после прекращения действия кислоты исчезает кольпоскопическая картина метаплазии. Это обусловлено слизепродуцирующей способностью метаплазированного ПЭ: под влиянием кислоты внутриклеточная слизь коагулируется, придавая эпителию белую окраску; во время клеточной секреции патологический очаг снова приобретает розовый цвет. Данная патология менее опасна в отношении малигнизации, чем поля гиперплазии МСЭ.

Папиллярная зона трансформаций.

Кольпоцервикоскопическая картина: белые или бледно-розовые пятна с красными мономорфными (имеют одинаковую форму, размеры, уровень расположения) вкраплениями и гладким рельефом.

Выделяет два вида папиллярной зоны трансформации:

- ◆ папиллярная зона гиперплазии МСЭ — макроскопия шейки матки не изменена; определяемые очаги патологии при кольпоскопии не реагируют на уксусную кислоту; проба Шиллера отрицательная;
- ◆ папиллярная зона метаплазии ПЭ — определяется только после длительного действия уксусной кислоты; проба Шиллера отрицательная.

Предопухолевая зона трансформации имеет вид белых мономорфных ободков вокруг выводных протоков желез, определяемых после длительного воздействия уксусной кислоты. Проба Шиллера отрицательная. Очаги этой патологии характеризуются гиперплазией и дисплазией метаплазированного эпителия с признаками атипичности клеток. Они локализуются на шейке матки и в цервикальном канале, рядом с участками зоны незаконченной доброкачественной трансформации, полей дисплазии, эктопии ПЭ.

Кондиломы шейки матки — аномальные разрастания многослойного плоского эпителия по типу акантоза (погружение ороговевающих эпителиальных островков в подлежащую ткань между соединительнотканными сосочками) с удлиненными сосочками.

Этиология: вирус герпеса 2 типа, папилломавирусная инфекция.

Кольпоскопическими признаками плоских кондилом могут быть: ацетобелый эпителий, лейкоплакия, пунктация, мозаика, «жемчужная» поверхность после обработки уксусной кислотой.

Гистологическая картина : плоскоклеточная метаплазия с наличием специфических клеток — койлоцитов с измененными ядрами (увеличенными или уменьшенными) и перинуклеарной вакуолизацией или отеснением плазмы клеток к оболочке, койлоциты располагаются в средних и поверхностных слоях эпителия.

Предраковые полипы. При кольпоскопии определяются различные виды эпителиальной дисплазии.

Гистологически выявляется очаговая или диффузная пролиферация многослойного сквамозного и/или метаплазированного эпителия.

Эритроплакия — патологический процесс слизистой оболочки, при котором происходит значительное истончение эпителиального покрова с явлениями дискератоза. Отмечается атрофия поверхностного и промежуточного слоев плоского многослойного эпителия, которая сопровождается гиперплазией базального и парабазального слоев с атипичностью клеточных элементов.

Клинически проявляется в виде ярко-красных участков с четкими, но неровными границами, окруженными нормальной слизистой оболочкой.

III. Рак шейки матки

Пролиферирующая лейкоплакия локализуется в зоне эктоцервикса.

Определяются белые бугристые очаги с четкими границами, возвышающиеся над поверхностью эпителия.

Характерен признак малигнизации — полиморфизм эпителиальных и сосудистых образований (различная форма, размеры, высота расположения, цвет покровного эпителия — молочно-белый с серым и желтым оттенками или со стекловидной прозрачностью, строение соединительнотканых и сосудистых компонентов). Сосудистый рисунок не определяется. Проба Шиллера отрицательная.

Поля атипического эпителия — полиморфные эпителиальные очаги, отграниченные извилистыми пересекающимися красными розовыми линиями, с четкими границами. Эпителиальные участки отличаются вогнутостью рельефа. Локализуются преимущественно на влагалищной части шейки матки.

Папиллярная зона атипического эпителия — полиморфные очаги локализуются в области наружного зева цервикального канала. Кольпоскопически атипический эпителий определяется в виде неравномерно утолщенных эндофитно растущих пластов белого или бело-желтого цвета.

Зона атипической трансформации представлена наличием полиморфных эпителиальных «ободков» вокруг отверстий протоков желез. Характерна адаптационная сосудистая гипертрофия — древовидные ветвления сосудов, которые не исчезают под воздействием уксусной кислоты.

Зона атипической васкуляризации. Атипические сосудистые разрастания являются единственным проявлением данной патологии. Для них характерно: отсутствие видимых анастомозов, неравномерное расширение, отсутствие реакции на сосудосуживающие вещества. Границы этой зоны определяются лишь при проведении пробы Шиллера (эпителий с атипическими сосудами не окрашивается).

Преинвазивный рак шейки матки (внутриэпителиальная карцинома, рак *in situ*). Преинвазивная стадия рака характеризуется злокачественной трансформацией эпителия при отсутствии способности к метастазированию и инфильтративному росту.

Преимущественной локализацией является граница между многослойным плоским и цилиндрическим эпителием (у женщин молодого возраста — область наружного зева; пре- и пост-менопаузального периодов — шеечный канал).

В зависимости от особенностей строения клеток выделяют две формы рака *in situ* — дифференцированную и недифференцированную. При дифференцированной форме рака клетки обладают способностью к созреванию, для недифференцированной формы характерно отсутствие в эпителиальном пласте признаков слоистости.

Больные отмечают боли в нижних отделах живота, бели, кровянистые выделения из половых путей.

Микроинвазивный рак шейки матки (микрокарцинома) — относительно компенсированная и мало агрессивная форма опухоли, которая занимает промежуточное положение между внутриэпителиальным и инвазивным раком.

Микрокарцинома является преκлинической формой злокачественного процесса и поэтому не имеет специфических клинических признаков.

Инвазивный рак шейки матки. Основные симптомы — боли, кровотечение, бели. Боли локализуются в области крестца, поясницы, прямой кишки и нижних отделах живота. При распространенном раке шейки матки с поражением параметральной клетчатки тазовых лимфатических узлов боли могут иррадиировать в бедро.

Кровотечение из половых путей возникает в результате повреждения легко травмируемых мелких сосудов опухоли.

Бели имеют серозный или кровянистый характер, нередко с неприятным запахом. Появление белей обусловлено вскрытием лимфатических сосудов при распаде опухоли.

При переходе рака на мочевой пузырь наблюдаются частые позывы и учащенное мочеиспускание. Сдавление мочеточника приводит к образованию гидро- и пиелонефроза, а в дальнейшем и к уремии. При поражении опухолью прямой кишки возникает запор, в кале появляются слизь и кровь, формируются влага-лишно-прямокишечные свищи.

Диагностика фоновых и предраковых заболеваний шейки матки

I. Основные методы обследования.

1. **Анамнез и гинекологическое исследование.** При визуальном осмотре обращают внимание на поверхность шейки, цвет, рельеф, форму наружного зева, характер секрета цервикального канала и влагалища, различные патологические состояния (разрывы, эктопия, выворот слизистой оболочки цервикального канала, опухоль и т.д.). Проводят бимануальное исследование.

2. **Клинико-лабораторное обследование:** общий анализ крови, анализ крови на глюкозу, RW, ВИЧ, HbsAg, общий анализ мочи, биохимический анализ крови, коагулограмма.

3. **Цитологический метод исследования** (окраска по Романовскому—Гимзе, Паппенгейму, Папаниколау, флюоресцентная микроскопия) — это метод ранней диагностики предраковых состояний и рака шейки матки.

Закключается в микроскопическом исследовании мазков, полученных с поверхности шейки матки. Материал получают с 3 участков: с поверхности влагалищной части шейки, с участка на границе плоского многослойного

эпителия со слизистой оболочкой цервикального канала и из нижней трети эндоцервикса и отдельно наносят на чистые предметные стекла тонким ровным слоем. Исследуют нативные мазки или изучают окрашенные мазки. При окраске по Папаниколау мазок предварительно фиксируют в смеси Никифорова, состоящей из равных частей 95 % этилового спирта и эфира, в течение 30 мин.; срок отправления мазка в лабораторию не более 15 суток. Проводят также окраску по Романовскому-Гимзе, Паппенгейму.

Цитологическая классификация шеечных мазков по Папаниколау (PAP-smear test)

1-й класс — атипичные клетки отсутствуют, нормальная цитологическая картина;

2-й класс — изменение клеточных элементов обусловлено воспалительным процессом во влагалище и (или) шейке матки;

3-й класс — имеются единичные клетки с изменёнными соотношениями ядра и цитоплазмы;

4-й класс — обнаруживаются отдельные клетки с признаками злокачественности (увеличение ядер, базофильная цитоплазма, атипия клеток);

5-й класс — в мазке имеются многочисленные атипичные клетки.

Флюоресцентная микроскопия основана на тропности акридинового оранжевого к клеточным ДНК и РНК. Диапазон свечения от желто-зеленого до оранжево-красного (раковые клетки) цвета.

4. **Кольпоскопия** (осмотр экзоцервикса) и **цервикоскопия** (осмотр эндоцервикса). **Простая кольпоскопия** — осмотр шейки матки после удаления отделяемого с ее поверхности без использования медикаментозных средств. Простая кольпоскопия осуществляется в начале исследования, является ориентировочной.

Расширенная кольпоскопия проводится после нанесения на влагалищную часть шейки матки 3 % раствора уксусной кислоты или 2 % раствора Люголя, гематоксилина, адреналина.

Нормальная слизистая розового цвета с гладкой блестящей поверхностью. Подэпителиальные сосуды не определяются. После обработки 3 % раствором уксусной кислоты неизменный эпителий приобретает бледную окраску, при нанесении 2 % раствора Люголя (проба Шиллера) поверхность влагалищной части шейки матки равномерно окрашивается в темно-коричневый цвет. Граница между многослойным плоским и однослойным цилиндрическим эпителием представлена в виде ровной отчетливой линии. Проба Шиллера основана на способности нормального эпителия изменять окраску под воздействием йода на темно-бурую в зависимости от содержания в клетках эпителия гликогена. В норме отмечается равномерное бурое окрашивание. Йоднегативные участки указывают на резкое снижение гликогена в клетках покровного эпителия шейки матки.

Эктопия цилиндрического эпителия определяется в виде гроздевидного скопления ярко-красных шаровидных или продолговатых сосочков. При нанесении на поверхность эктопии 3 % уксусной кислоты сосочки бледнеют, приобретают стекловидный вид и напоминают гроздь винограда.

Зона трансформации:

а) незаконченная — языкообразные участки и/или отдельные островки незрелого плоского эпителия с гладкой поверхностью и устьями выводных протоков открытых желез в виде темных точек и фрагментов эктопии, окружающих наружный зев. При проведении пробы Шиллера незрелый малодифференцированный плоский эпителий не окрашивается в коричневый цвет;

б) законченная — поверхность влагищной части шейки матки полностью покрыта многослойным плоским эпителием, на котором выявляются открытые железы и ретенционные кисты в виде пузырьков с желтоватым оттенком. Сосуды сокращаются под действием уксусной кислоты.

Истинная эрозия — дно имеет гомогенный красный цвет.

Полипы. Для цилиндрического эпителия характерно сосочковая структура, при перекрытии железистых разрастаний полипа плоским эпителием — поверхность его гладкая. Раствором Люголя полипы не окрашиваются.

Лейкоплакия. Поверхность белесоватых бляшек (участков ороговения) шероховатая, складчатая или чешуйчатая, контуры их четкие. Под действием 3% раствора уксусной кислоты структура лейкоплакии не изменяется, при проведении пробы Шиллера образуются йоднегативные участки.

Пунктация (точечность). Соответствует старому термину «основа лейкоплакии». Простая основа лейкоплакии определяется в виде темно-красных, мелких мономорфных точек, расположенных на фоне отграниченных белесоватых или светло-желтых участков, не возвышающихся над уровнем покровного эпителия влагищной части шейки матки. Папиллярная основа лейкоплакии возвышается над поверхностью шейки матки и имеет сосочковую структуру на фоне белесоватого пролиферирующего эпителия. Идентифицируются полиморфные темно-красные точки. Обе основы лейкоплакии йоднегативны.

Мозаика (поля). Представлена белесоватыми или желтоватыми участками неправильной многоугольной формы, разделенными тонкими красными границами (нитьями капилляров). Мозаика йоднегативна.

Папиллома состоит из отдельных сосочков, в которых определяются сосудистые петли. Сосуды распределены равномерно, по форме напоминает почки. При обработке папилломы 3 % раствором уксусной кислоты сосуды сокращаются, слизистая бледнеет. Раствором Люголя папиллома не окрашивается.

Атипичическая зона трансформации — наличие типичной зоны трансформации в сочетании с лейкоплакией, мозаикой, пунктацией и атипическими сосудами.

Атипическисе сосуды— хаотичнорасположеннисе сосуды, имеющисе причудливую форму, неанастомозирующисе друг с другом. После обработки 3 % раствором уксусной кислоты атипическисе сосуды не спазмируются, становяТСЯ более отчерченными.

Кольпомикроскопия — прижизненное гистологическое исследование влагалищной части шейки матки, при котором ткань шейки матки изучают в падающем свете под увеличением в 160-280 раз с окрашиванием влагалищной части шейки матки 0,1 % водным раствором гематоксилина.

5. Гистологическое исследование. Забор материала проводится под контролем кольпоскопического исследования в зоне выраженной патологии острым скальпелем. Биоптат сохраняют в 10 % растворе формалина и в таком виде отправляют для гистологического исследования.

II. Дополнительные методы обследования.

1. Бактериоскопическое и бактериологическое исследование отделяемого цервикального канала и влагалища.

2. Молекулярно-биологическая диагностика генитальных инфекций.

Полимеразная цепная реакция (ПЦР). Метод основан на избирательном присоединении нуклеотидов к комплементарному участку ДНК-мишени. Особенность ПЦР — энзиматическая (ДНК-полимераза) дупликация ДНК возбудителя, что приводит к образованию множества копий. В реакционном растворе присутствуют нуклеозидфосфаты, из которых строятся отрезки ДНК, а также ПЦР-буфер. Реакции происходят в термоциклерах с автоматическим изменением температуры. Учет реакции проводится при помощи электрофореза в агаровом геле, помещенном в электрическое поле. В гель вводится раствор флюорофора бромистого этидия, который окрашивает двухцепочную ДНК. Положительный результат ПЦР учитывается по полосе свечения в ультрафиолетовом свете.

Лигазная цепная реакция (ЛЦР). Для идентификации ДНК-возбудителя используется лигаза, а учет результатов осуществляется с помощью дополнительной иммунолюминесцентной реакции.

3. Гормональное исследование гонадотропных гормонов гипофиза и половых гормонов.

4. Ультразвуковое исследование органов малого таза.

5. Исследование с радиоактивным фосфором. Метод основан на свойстве фосфора накапливаться в области интенсивной клеточной пролиферации.

6. Оптическая когерентная томография (ОКТ) — это новый метод получения изображения внутренней микроструктуры биотканей в поперечном сечении в ближнем инфракрасном диапазоне с высоким уровнем разрешения.

Для ОКТ-исследования шейки матки используют компактный переносной оптический томограф, оснащенный универсальным микрозондом, имеющим внешний диаметр 2,7 мм, и совместимый с рабочими каналами стандартных эндоскопов. ОКТ слизистой оболочки шейки матки проводят в ходе стандартного гинекологического осмотра. Оптический зонд томографа под контролем кольпоскопа подводят непосредственно к поверхности слизистой шейки матки. Для ОКТ выбирают участки с различными кольпоскопическими признаками, из каждой точки получают 2—3 повторяемые томограммы, обязательно проводят контрольное сканирование участка здоровой слизистой. Общее время томографического исследования — 10-20 мин.

ОКТ-признаки неизменной слизистой оболочки шейки матки: структурное оптическое изображение с 2 контрольными горизонтально ориентированными слоями и ровной, непрерывной границей между ними. Верхний слой соответствует многослойному плоскому эпителию, нижний — соединительнотканной строме. Граница между верхним и нижним слоями контрастная, четкая, ровная и непрерывная.

ОКТ-признаки эндоцервицита: атрофия эпителия в виде уменьшения высоты верхнего слоя на томограммах, гиперваску-ляризация стромы — появление в нижнем слое множественных контрастных, округлых и/или продольных оптических структур низкой яркости, лимфоцитарная инфильтрация стромы.

ОКТ-признаки экзоцервицита: изображение имеет контрастную двухслойную структуру; снижена высота верхнего слоя; четкая и ровная граница между верхним и нижним слоями; наличие в нижнем слое множественных контрастных, округлых и продольных слаборассеивающих областей различного размера.

ОКТ-признаки истинной эрозии: отсутствие двух контрастных слоев; однородное, лишенное структуры яркое изображение;

ОКТ-признаки рака шейки матки: яркое изображение (сильно рассеивающееся), неоднородное; изображение лишено структуры; быстро угасает сигнал; снижена глубина изображения.

Лечение фоновых и предраковых заболеваний шейки матки

Терапия фоновых и предраковых состояний ШМ проводится в 5 этапов.

1-й этап — этиопатогенетическое лечение.

А. Антибактериальная и противовирусная терапия проводится при клинических и лабораторных признаках воспалительного процесса во влагалище и шейке матки. Особое внимание следует уделить лечению

ИППП, которое проводится в зависимости от конкретного выявленного возбудителя (глава мочеполовые инфекции).

Б. Гормонотерапия проводится при обнаружении эктопии цилиндрического эпителия дисгормонального характера с использованием КОК. При сопутствующих гормонозависимых гинекологических заболеваниях (эндометриоз, миома матки) лечение проводится соответственно нозологической форме.

У женщин репродуктивного возраста эстроген-гестагенные препараты применяют с 5 по 25-й день менструального цикла с последующим семидневным перерывом:

- марвелон (дезогестрел 150 мкг, этинилэстрадиол — 30 мкг);
- логест (20 мкг этинилэстрадиола и 75 мкг гесто-дена);
- фемоден (этинилэстрадиол — 30 мкг, гестоден — 75 мкг);
- ригевидон (150 мкг левоноргестрела и 30 мкг этинилэстрадиола);
- мерсилон (дезогестрел — 150 мкг, этинилэстрадиол 20 мкг).

Гестагены назначают с 16-го по 25-й день менструального цикла:

- прогестерон 1 мл 2,5 % раствора в/м ежедневно;
- 17-ОПК1 мл 12,5 % раствор в/м однократно;
- дуфастон (дидрогестерон) по 10—20 мг в сутки;
- норэтистерон (норколут) по 0,005—0,01 г в сутки;
- прегнин по 0,02 г 2 раз/сут., сублингвально;
- оргаметрил (линестрол) по 0,005 г в сутки;
- утрожестан по 200—300 мг в сутки (1 капсула утром и 1—2 капсулы вечером через час после еды).

При возрастной дистрофии вульвы используют препараты эстриола:

- эстриол по 4—8 мг 1 раз/сут. в течение 2—3 недель, затем дозу постепенно снижают до 1—2 мг в сутки;
- овестин по 4—8 мг (4—8 таблеток) в течение 2—3 недель, затем дозу постепенно понижают до 0,25-2 мг в сутки.
- Эстрогены комбинируют с кортикостероидами в виде мазей: фторокорт (триамцинолона ацетат) по 5 г мази тонким слоем нанести на пораженный участок, 3 раз/сут.

В. Иммуномодуляторы (см. приложение 3). Г. Десенсибилизирующие препараты:

- астемизол по 1 таб. (0,01 г) 1 раз/сут;
 - тавегил (клемастин) по 1 табл. (0,001 г) 2 раза/сут.;
 - авил (фенирамин) по 1 табл. (0,025 г) 2-3 раза/сут.;
 - зиртек (цетиризин) по 1 табл. (0,01 г) 1 раз/сут.;
 - кларитин (лоратадин) по 1 табл. (0,01 г) 1 раз/сут.
- Д. Витаминотерапия:
- витамин В1 по 0,002 г 3 раз/сут.;
 - витамин В6 1 мл 5 % раствора в/м;
 - аскорбиновая кислота по 200 мг/сут.;
 - рутин по 0,02г 3 раз/сут.;
 - токоферола ацетат по 1 капсуле (100 мг) 2 раз/сут.

2-й этап — коррекция нарушений биоценоза влагалища.

Проводится санация влагалища антибактериальными препаратами с последующим восстановлением его биоценоза (глава «Кольпит»). Для устойчивого эффекта необходимо одновременно восстановить биоценоз не только влагалища, но и кишечника:

- бификол -внутри 3—5 доз 2 раз/сут.;
- лиофилизированная культура молочнокислых бактерий по 4—6 доз 2 раз/сут., в течение 3—4 недель;
- колибактерин по 2-4 дозы 3-4 раз/сут. за час до еды, 4—6 недель;
- лактовит по 1 капсуле 2 раз/сут.;
- хилак по 20—40 капель 3 раз/сут. с небольшим количеством жидкости;
- бифиформ по 1 капсуле 2 раз/сут., 15—30 дней.

3-й этап — хирургическое лечение

Включает следующие методы:

I. Локальная деструкция: диатермохирургический метод, криодеструкция, лазерная деструкция, химическая деструкция.

II. Радикальное хирургическое вмешательство: эксцизия шейки матки, ампутация шейки матки, реконструктивно-пластический метод, гистерэктомия.

1. Диатермокоагуляция — деструкция электрическим током. Может быть моноактивной (с одним электродом), биполярной (с двумя электродами, объединенными в один биполярный) и биоактивной (в растворе электролита). Различают поверхностную и глубокую (послойную) диатермокоагуляцию. На месте воздействия электрического тока развивается язва, которая затем покрывается нормальным эпителием. Таким образом лечится псевдоэрозия и различные деформации ШМ. Операцию проводят в лютеиновую фазу цикла. После операции к ШМ прикладывают антибактериальные мази.

Показания: доброкачественные фоновые процессы без выраженной деформации и гипертрофии шейки матки.

Противопоказания: острые и подострые воспалительные заболевания женских половых органов; активный генитальный туберкулез, циклические кровянистые выделения из половых путей; доброкачественные фоновые процессы в сочетании с выраженной деформацией и гипертрофией шейки матки, особенно у женщин старше 40 лет.

Отрицательные стороны: болезненная процедура, нередко струп отпадает на 7—10-е сутки и появляется кровотечение; образуется рубец, по которому может идти разрыв в родах; нет материала для гистологического исследования.

2. Криодеструкция — применение низких температур, вызывающих некроз патологических тканей. Холодовой агент — жидкий азот.

Существуют

следующие разновидности данного метода:

- ◆ криокоагуляция (криоконизация);
- ◆ криолазеротерапия — криовоздействие (первый этап) и действие гелий-неоновым лазером через 3 дня (второй этап);
- ◆ комбинированная криодеструкция (криолазеротерапия и криоультразвукотерапия). Криодеструкция осуществляется в первую фазу цикла. Применяют одно-, двух-, и трехэтапное замораживание с экспозицией от 3 до 8-10 минут.

Преимущества метода: атравматичность, бескровность, более быстрое заживление без грубых рубцов, снижение частоты осложнений, простота использования, безопасность для больной и медперсонала, возможность применения в амбулаторных условиях.

Показания: доброкачественные патологические процессы ЦМ (эктопия цилиндрического эпителия посттравматического характера, доброкачественная зона трансформации — законченная и незаконченная, субэпителиальный эндометриоз); предраковые процессы ШМ (простая лейкоплакия, поля дисплазии, папиллярная зона дисплазии, предопухолевая зона трансформации); кондиломы и полипы ШМ.

Противопоказания: сопутствующие острые инфекционные заболевания; острые и подострые воспалительные заболевания внутренних половых органов; чистота влагалищной флоры III—IV степени; венерические заболевания; истинная эрозия ШМ; опухоли женских половых органов с подозрением на малигнизацию; тяжелые соматические заболевания в стадии декомпенсации.

3. Лазерная деструкция (вапоризация). Используют высокоэнергетические лазеры: углекислый, аргоновый, неоновый, рубиновый.

Преимущества метода: некротизация тканей минимальна, стеноза канала ШМ не наблюдается, а выздоровление наступает скорее, чем при других методах физической деструкции ШМ. Положительной стороной лечения лазером является отсутствие воспалительных осложнений и кровотечений. В отличие от электрокоагуляции и криодеструкции, после лечения дисплазии лазером место стыка между плоским и цилиндрическим эпителием не перемещается в канал ШМ, а остается в области эктоцервикса, что облегчает последующий эндоскопический контроль.

Показания: фоновые заболевания шейки матки (псевдо-эрозия, эрозированный эктропион, распространенная форма простой лейкоплакии, эндометриоз, кондиломы, полипы, ретенционные кисты); предраковые процессы (лейкоплакия с атипией, эритроплакия, дисплазия I—III ст.); прединвазивный рак шейки матки с локализацией на влагалищной части;

рецидивирующие формы заболеваний при неэффективности консервативного лечения и других видов деструкции.

Противопоказания: острые воспалительные заболевания любой локализации; злокачественные заболевания; распространение патологического процесса до 2/3 Длины цервикального канала; патологические выделения из половых путей.

Недостатки метода: болевые ощущения при лечении лазером более выражены, частота неудач при лечении дисплазии несколько выше, чем при криодеструкции, вероятность рецидивирования процесса достигает 20 %.

Лечение лазером более сложный и дорогостоящий метод по сравнению с криодеструкцией.

4. Химическая деструкция. Для лечения доброкачественных процессов на ШМ нерожавшим женщинам с успехом применяют солковагин — водный раствор, который содержит азотную, уксусную, щавелевую кислоты и цитрат цинка, которым обрабатывается эрозия; контроль через 3—5 дней. Если не произошло заживление, место эрозии обрабатывается повторно два раза с контролем через 4 недели. Ваготил (поликрезулен) — 36 % раствор, 2-3 раза в неделю, на три минуты приложить тампон на область эрозии, количество процедур 10-12.

5. Диатермоэлектроэксцизия (конизация) — электрохирургическое конусовидное иссечение патологически измененной ткани ШМ в виде конуса, вершина которого обращена к внутреннему зеву. Осложнения идентичны таковым при диатермокоагуляции, однако характеризуются большей степенью выраженности. При возникновении кровотечения в момент операции накладывают лигатуры. Применяют для лечения эктропиона, лейкоплакии, дисплазии.

Показания: сочетание доброкачественных и/или предраковых процессов шейки матки с гипертрофией и деформацией; наличие дисплазии у больных, которым раньше проводилась деструкция шейки матки, вызвавшая смещение зоны трансформации в цервикальный канал, или же это смещение обусловлено возрастом женщины (после 40 лет); рецидивы дисплазии после электрокоагуляции, криодеструкции, лазерной вапоризации; интрацервикальная локализация дисплазии; тяжелая форма дисплазии.

Противопоказания: воспалительные процессы женских половых органов; повреждения шейки матки, которые переходят на свод и стенки влагалища; значительная посттравматическая деформация шейки матки, распространяющаяся на свод влагалища; тяжелые соматические заболевания.

Преимущества метода: радикальное удаление патологически измененных тканей ШМ в пределах здоровых тканей, возможность тщательного гистологического исследования удаленного препарата.

Осложнения: кровотечение, нарушение менструального цикла, эндометриоз, укорочение ШМ и цервикального канала, метаплазии.

6. Ампутация ШМ (проводится при тяжелой степени дисплазии).

7. Реконструктивно-пластический метод — восстанавливает нормальное анатомическое строение ШМ, способствует сохранению менструального цикла.

8. Гистерэктомия

Показания: CIN-III с локализацией в цервикальном канале; техническая невозможность проведения электроэксцизии в связи с анатомическими особенностями; сочетание с миомой матки или опухолями яичников; рецидивы после криотерапии или лазерной терапии.

При распространении процесса на своды влагалища показана экстирпация матки с верхней 1/3 влагалища.

4-й этап — послеоперационная терапия, коррекция имеющихся нарушений

На этом этапе выполняется обработка влагалища и ШМ антисептиками и антибиотиками.

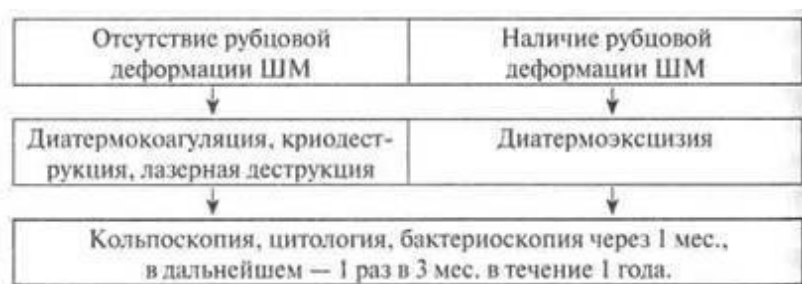
5-й этап — диспансеризация и реабилитация (оценка общего состояния, менструальной функции, иммунного гомеостаза)

Снимают с диспансерного учета при доброкачественных (фоновых) патологических процессах через 1—2 года после лечения. Для контроля проводят кольпоцервикоскопию, цитологию и бактериоскопию.

После радикального лечения предраковых процессов в обязательном порядке проводят бактериоскопический, кольпоцервикоскопический и цитологический контроль (через 1—2—6 мес. и год). Снимают с учета только после получения соответствующих результатов эндоскопического и цитологического исследований через 2 года после лечения, так как рецидивы дисплазии отмечаются преимущественно в конце 1-го и на 2-м году наблюдения.

Клиническая тактика ведения больных с различными формами фоновых и предраковых заболеваний шейки матки

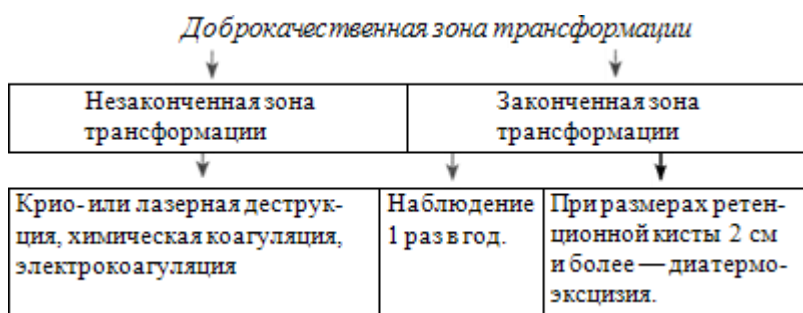
Эктопия цилиндрического эпителия посттравматического генеза



При эктопии цилиндрического эпителия дисгормонального генеза без сопутствующей гинекологической патологии назначают трехфазные оральные контрацептивы. При отсутствии эффекта показана крио- или лазерная деструкция, химическая коагуляция.

Доброкачественные полиповидные разрастания являются показанием к диагностическому выскабливанию, полипэктомии.

При экзо- и эндоцервицитах проводится этиотропная терапия (антибактериальная, антипротозойная, антимикотическая, противовирусная) в зависимости от вида возбудителя.



При дисплазии метод лечения выбирают с учетом результатов комплексного клинико-эндоскопического, цитологического, бактериоскопического, бактериологического исследований канала ШМ и морфологического исследования материала прицельной биопсии, а также показателей гормонального фона. Результаты исследований свидетельствуют о том, что дисплазия метаплазированного эпителия, которая в виде полей, папиллярной зоны и предопухоловой трансформации определяется на фоне эндоцервикозов, обусловлена инфицированием. Поэтому лечение дисплазии метаплазированного эпителия необходимо начинать с санации влагалища и ШМ.

Рекомендуется этиотропная терапия. После санации в значительной части случаев дисплазия не определяется.

При дисплазии эпителия шейки матки (CIN I-II) при отсутствии рубцовой деформации проводят крио- или лазерную деструкцию, при наличии рубцовой деформации — диатермо-конизацию.

При простой лейкоплакии проводят коррекцию гормональных нарушений; при ее неэффективности показана лазерная или криодеструкция, диатермокоагуляция.

При кондиломатозе обычно выявляют инфекцию вирусного характера (папилломавирус человека), что подтверждается наличием койлоцитарной атипии в цервикальном мазке. Лечение должно быть комбинированным: общим (иммуномодуляторы), этиотропным и местным, направленным на деструкцию очага. Деструкцию очага можно осуществить с помощью подофилина или солкодерма, наносимых местно, а также криогенным или лазерным методом, с помощью диатермоэксцизии.

Дисплазия многослойного плоского эпителия (лейкоплакия, поля и папиллярная зона трансформации) в большинстве случаев развивается на фоне гормональных нарушений (гиперпродукция эстрогенов, ановуляторный менструальный цикл, недостаточность второй фазы). Поэтому положительный эффект возможен при сочетании CO₂ — лазерной деструкции, криодеструкции или электроэксцизии с гормонотерапией. Доза и режим ее зависят от возраста, МЦ, сопутствующих заболеваний больной.

Преинвазивный рак шейки матки. Методом выбора является конусовидная электроэксцизия. Показания к экстирпации матки: возраст старше 50 лет; преимущественная локализация опухоли в шеечном канале; распространенный анапластический вариант с врастанием в железы; отсутствие в препарате, удаленном во время предшествующей конизации, участков, свободных от опухолевых клеток; невозможность проведения широкой эксцизии; сочетание преинвазивного рака с другими заболеваниями половых органов, требующими хирургического вмешательства; рецидив опухоли.

Микроинвазивный рак шейки матки. Методом выбора в лечении микрокарциномы является экстрафасциальная экстирпация матки, при наличии противопоказаний к оперативному вмешательству — внутриполостная у-терапия.

Инвазивный рак шейки матки:

I стадия — комбинированное лечение в двух вариантах: дистанционное или внутриполостное облучение с последующей расширенной экстирпацией

матки с придатками или расширенная экстирпация матки с последующей дистанционной у-терапией. При наличии противопоказаний к хирургическому вмешательству — сочетанная лучевая терапия (дистанционное и внутриполостное облучение).

II стадия — в большинстве случаев применяется сочетанный лучевой метод; хирургическое лечение показано тем больным, у которых лучевая терапия не может быть проведена в полном объеме, а степень местного распространения опухоли позволяет произвести радикальное оперативное вмешательство.

III стадия — лучевая терапия в сочетании с общеукрепляющим и дезинтоксикационным лечением.

IV стадия — симптоматическое лечение.

Список литературы

1. *Бауэр, Г.* Цветной атлас по кольпоскопии / Г. Бауэр. — М.: ГЭОТАР-МЕД, 2002. — 206 с.
2. *Башмакова, М.А.* Вирусы папилломы человека и их роль в образовании опухолей / М.А. Башмакова, А.М. Савичева. — Н. Новгород: НГМА, 1999. — 12 с.
3. *Бохман, Я.В.* Руководство по онкогинекологии / Я.В. Бохман. — СПб: Фолиант, 2002. — 540 с.
4. *Кустаров, В.Н.* Патология шейки матки / В.Н. Кустаров, В.А. Линде. — СПб.: Гиппократ, 2002. — 144 с.
5. *Прилепская, В.Н.* Патология шейки матки. Диагностические возможности цитологического метода исследования / В.Н. Прилепская, Н.И. Кондриков, Т.Н. Бебнева // *Акушерство и гинекология.* — 1999. — №6. — С. 45—49.
6. *Шаймарданова, Г.И.* Клинические проявления папилломавирусной инфекции гениталий у женщин / Г.И. Шаймарданова, А.М. Савичева, С.И. Максисянов // *Журнал акушерства и женских болезней.* — 2001. — №2. — С. 14—19.