

Фоновые заболевания шейки матки

Гиперпластические процессы, связанные с гормональным нарушением

ЭНДОЦЕРВИКОЗ (ИЛИ ПСЕВДОЭРОЗИЯ, ИЛИ ЭКТОПИЯ)

В 1986 г. Л.Н. Василевская и др. предложили классификацию эктопии с учетом этиологических факторов. Автор выделила врожденные, посттравматические и дисгормональные эктопии.

Е.Б. Рудакова в 1996 г. предложила более подробную классификацию эктопии шейки матки. Согласно этой классификации, выделено три вида эктопий (врожденная, приобретенная, рецидивирующая после проведенного лечения), две клинические формы (осложненная и неосложненная). Неосложненная эктопия существует изолированно, не сочетается с другими изменениями шейки матки и не приводит к нарушению состояния и функции женской половой системы. К осложненной форме эктопии относится сочетание ее с воспалительными процессами нижнего отдела половых путей и другими фоновыми и предраковыми процессами, а также с нарушением эпителиально-стромальных взаимоотношений шейки матки (в этих случаях эктопия трактуется как эктропион). Осложненная

форма эктопии приводит к нарушению состояния и функции женской половой системы.

Пациентки с эктопией, как правило, не предъявляют жалоб. Однако при наличии сопутствующих воспалительных процессов матки, придатков и влагалища, а также при сочетании с другими фоновыми процессами шейки матки могут появиться жалобы на бели, боли, иногда на контактные кровянистые выделения. Общее состояние женщин с эктопией обычно не нарушено. Эктопию шейки матки можно обнаружить при осмотре в зеркалах, она обычно располагается вокруг наружного зева, имеет чаще всего вид пятна с неправильными очертаниями от ярко-красного до бледно-розового цвета. Кольпоскопическое исследование обязательно для оценки состояния эпителия. На шейке матки в течение нормального менструального цикла происходит ряд изменений. Отверстие цервикального канала с 8–9-го дня цикла начинает расширяться, и в нем появляется прозрачная стекловидная слизь. К 10–14-му дню отверстие канала расширяется до 0,3 см в диаметре, округляется и при осмотре в зеркалах напоминает зрачок. В последующие дни цикла количество слизи снова уменьшается и исчезает. Цервикальная слизь играет защитную роль в отношении проникновения бактерий в полость матки. В период постменопаузы в связи с инволютивными процессами в половой сфере отмечается смещение переходной зоны в нижнюю треть эндоцервикса.

Таким образом, расположение и величина зоны трансформации изменяется в зависимости

от возраста, гормонального статуса, наличия воспалительных изменений и т.д.

По мнению ряда авторов, непосредственное соседство двух биологически различных видов эпителия создает предпосылку для всех процессов, происходящих на протяжении жизни в эктоцервиксе. Зона трансформации является местом наиболее частой локализации неоплазий и рака. Причем наиболее часто эти процессы возникают в области активной переходной зоны, так как по мере созревания метапластического эпителия снижается его чувствительность к канцерогенным факторам.

Для диагностики патологических состояний используют различные методики проведения кольпоскопии:

- хромокольпоскопия — расширенная кольпоскопия с окраской влагалищной части шейки матки различными красителями (гематоксилин, толуидиновый синий);
- флюоресцентная кольпоскопия с использованием акридинового оранжевого и уранинового фиолетового красителей, которая расширяет возможности топической диагностики;
- кольпомикроскопия — кольпоскопия под увеличением в 160–280 раз. Эту методику также называют прижизненным гистологическим исследованием шейки матки, так как кольпомикроскопический и гистологический методы совпадают в 97,5% случаев;
- цервикоскопия — с помощью цервикоскопа осматривают канал шейки матки. Метод атравматичен и безболезнен.

РАСШИРЕННАЯ КОЛЬПОСКОПИЯ

Является наиболее распространенным, недорогим и доступным методом диагностики состояния эпителия шейки матки. В основе лежит кольпоскопическая оценка различной реакции нормальных и патологически измененных тканей в ответ на обработку определенными медикаментозными составами. Метод предложен немецким гинекологом Хинсельманном, который, начиная с 1924 г., выпустил несколько практических руководств по кольпоскопии. В нашей стране большой вклад в развитие этого направления внесли В.Ф. Савинова, Э.А. Тарнаускас, Е.М. Кленицкая, А.Б. Деражне, Е.В. Коханевич, Л.Н. Василевская, М.Л. Винокур, В.Н. Прилепская и др.

Расширенная кольпоскопия позволяет выявить и конкретизировать изменения эпителиального покрова шейки матки, трактовка которых при визуальном наблюдении затруднена либо совсем невозможна.

Чувствительность и специфичность данного метода достаточно высоки. Чувствительность кольпоскопии, по разным авторам, составляет 87–99%, а специфичность — от 23 до 87%. Более высокая чувствительность и низкая специфичность подтверждаются гипердиагностикой. Результаты исследования, приведенные в руководстве по кольпоскопии (авторы Барбара С. Аппар, Грегори Л. Броцман, Марк Шпицер. Перевод под редакцией В.Н. Прилепской), показали, что гипердиагностика тяжелых поражений шейки матки при кольпоскопическом исследовании составила 40%, а недооценка последних наблюдалась в 23% случаев.

Прошло более 90 лет с момента появления первого кольпоскопа. За это время накопился ценный опыт, а исследования значительно продвинулись вперед. Но ряд вопросов требует поиска дальнейшего решения. Это касается технической стороны для своевременного выявления патологических изменений. Ведь именно грамотное кольпоскопическое заключение поможет провести корректную терапию и сохранить здоровье пациентки. На практике возникают трудности с качественной визуализацией атипических сосудов или интерпретацией аномальных кольпоскопических картин. Любой специалист понимает, что исследование экспертного класса на устаревшем, непрогрессивном оборудовании невозможно.

Примером компании, отвечающей всем мировым стандартам диагностики, является ATMOS Medizin Technik. Компания воплотила весь научный и практический потенциал в разработку оборудования нового поколения. С 2017 г. производитель начал оснащать кольпоскопы оптическим фильтром H.A.S.I. (Haemoglobin Absorption Spectral Imaging) для лучшей визуализации атипических изменений.

Запатентованная светодиодная технология в сочетании с цветным фильтром и высококачественной оптикой делает кольпоскопию одновременно простой и высокоинформативной.

Применение фильтра H.A.S.I. демонстрирует на 20% лучшую контрастность всех изменений сосудистого рисунка по сравнению с обычным зеленым фильтром.

При необходимости все находки можно документировать встроенной FULL HD камерой.

Практикующие врачи в России и других странах уже оценили качество работы кольпоскопов ATMOS® i View с новым оптическим фильтром.

Таким образом, на практике открываются широкие возможности для ранней и квалифицированной диагностики заболеваний и их динамического наблюдения.

На правах рекламы

Задачи кольпоскопии:

- 1) оценить состояние эпителия шейки матки и влагалища;
- 2) выявить очаг поражения;
- 3) дифференцировать доброкачественные изменения от подозрительных в отношении злокачественности;
- 4) осуществить прицельный забор мазков и биопсии.

Точная интерпретация кольпоскопически выявленных изменений служит основой для решения вопроса о необходимости произведения биопсии и выбора места забора.

При кольпоскопии оцениваются:

- 1) цвет;
- 2) состояние сосудистого рисунка;
- 3) поверхность и уровень многослойного плоского эпителия;
- 4) стык эпителиев (локализация и характер);
- 5) наличие и форма желез;
- 6) реакция на раствор уксуса;
- 7) реакция на йод + [калия йодид + глицерол] (Люголя раствор с глицерином[▲]);
- 8) границы образований (четкие или размытые);
- 9) тип эпителия.

Цвет — определяется многослойным плоским эпителием, его толщиной, состоянием стромы и оптической плотностью. Оптическая плотность эпителия определяется интенсивностью ороговения. Морфологическую картину ороговения определяет постепенная перестройка эпителиальных клеток с дезинтеграцией ядра и внутри-

клеточных органоидов, завершающаяся образованием роговых чешуек, в которых отсутствует гликоген. Зоны ороговения обычно более светлые по сравнению с нормальными тканями. Воспалительный процесс в строме, инфильтрация и расширение сосудов в определенной мере также влияют на цвет эпителия.

Состояние сосудистого рисунка — сеть разнокалиберных древовидно ветвящихся сосудов с плавной градацией, длинных, анастомозирующих друг с другом в виде щеток, метелок, кустиков, причем после обработки 3% раствором уксуса они, как правило, кратковременно сокращаются и исчезают. Данное состояние принято считать нормой. Патологической картиной являются атипические сосуды, которые представляют собой короткие, различной толщины сосуды с резкой градацией, имеющие «вычурные» формы (в виде шпилек, запятой, пружины), не реагирующие на обработку уксусом. В ряде случаев имеют изменение структуры и пролиферацию.

Оценка состояния желез — открытые и закрытые железы. При регенерации тканей происходит перекрытие желез плоским эпителием в виде колодцев с четкими контурами овальных отверстий, выделяющих слизь. Это так называемые открытые железы. В случае полного перекрытия наружного отверстия внутри железы скапливается секрет, растягивая железу, вызывая расширение сосудов, перифокальное воспаление — возникают закрытые железы или наботовы кисты. В процессе метаплазии железы могут выстилаться незрелым

и зрелым эпителием, атипическим, при этом в определенных ситуациях вокруг отверстия образуется ободок — ороговевающая железа. Узкое плоское кольцо белесоватого цвета вокруг устья железы с нечеткими контурами, как правило, носит доброкачественный характер. Широкий ободок с явлениями ороговения вокруг выводного протока, возвышающегося над поверхностью ткани, чаще имеет признаки эпителиальной дисплазии.

Проба с 3% уксусной кислотой — в результате ее действия происходит кратковременный отек эпителия, набухание клеток, сокращение подэпителиальных сосудов, анемизация тканей — проявляющаяся кольпоскопически в виде изменения цвета. Процесс побеления занимает около минуты. Данная проба позволяет, во-первых, четко дифференцировать многослойный плоский эпителий от цилиндрического, который выглядит в виде виноградных гроздей, и во-вторых — атипию многослойного плоского эпителия, которая проявляется в виде различной интенсивности длительного побеления. Белым может стать, например, атрофический, метапластический эпителий, при этом их контуры будут нечеткими, процесс побеления будет слабым и кратковременным. Четкие контуры белого эпителия, интенсивность цвета и способность сохранять бело-серый цвет свидетельствуют о возможной атипии.

Проба Шиллера — обработка шейки матки 2–3% йодом + [калия йодидом + глицеролом] (Люголя раствором с глицерином[★]). Под его дей-

ствием зрелые клетки поверхностного слоя, богатые гликогеном, окрашиваются равномерно в темно-коричневый цвет. Измененная ткань окрашивается йодом + [калия йодидом + глицеролом] (Люголя раствором с глицерином[▲]) по-разному, в зависимости от вида повреждения, степени зрелости и ороговения тканей. Слабо окрашивается атрофический, метапластический, цилиндрический эпителий, с локальным воспалением, отличительная особенность — нечеткие контуры. Четко очерченные контуры йод-негативного эпителия (как правило, кератинизированный эпителий) являются подозрительными по клеточной атипии.

Общепризнанной классификацией кольпоскопических картин является Международная классификация кольпоскопических терминов, принятая в 1990 г. на VII Всемирном конгрессе по патологии шейки матки и кольпоскопии (Рим, 1990 г.).

I. Нормальные кольпоскопические образования.

1. Многослойный плоский эпителий.
2. Цилиндрический эпителий.
3. Нормальная зона трансформации.
4. Стык между плоским и цилиндрическим эпителием.
5. Плоскоклеточная метаплазия.

II. Ненормальные кольпоскопические образования.

A. На зоне трансформации.

1. Ацетобелый эпителий:
 - а) плоский;
 - б) микропапиллярный.

2. Пунктация (нежная и грубая).
 3. Мозаика (нежная и грубая).
 4. Лейкоплакия (тонкая и толстая).
 5. Йод-негативная зона.
 6. Атипические сосуды.
- В. За пределами зоны трансформации (вагина, экзоцервикс).
1. Ацетобелый эпителий:
 - а) плоский;
 - б) микропапиллярный.
 2. Пунктация.
 3. Мозаика (нежная и грубая).
 4. Лейкоплакия (тонкая и толстая).
 5. Йод-негативная зона.
 6. Атипические сосуды.
- III. Подозрение на инвазивную карциному при кольпоскопии.
- IV. Неудовлетворительная кольпоскопия.
1. Граница не визуализируется.
 2. Сильное воспаление или атрофия.
 3. Цервикс не визуализируется.
 4. Повреждение полностью не визуализируется.
- V. Смешанные образования.
1. Не белая микропапиллярная поверхность.
 2. Экзофитная кондилома.
 3. Воспаление.
 4. Атрофия.
 5. Язва.
 6. Другие.

Кольпоскопическое исследование позволяет дифференцировать нормальные клетки эпите-

лия и различные патологические процессы влагалища и шейки матки и дает возможность наблюдать за динамикой течения заболеваний.

Ацетобелый эпителий — зона побеления эпителия после обработки шейки матки раствором 3% уксуса. Белым может стать эпителий с нарушением структуры, чем белее ткань и длительнее эффект побеления под воздействием уксуса, тем более вероятны более глубокие повреждения. По интенсивности окрашивания выделяют беловатый, белый, густой белый плоский или папиллярный эпителий. Этот факт ассоциируется с дисплазией. Дифференцировать картину ацетобелого эпителия следует с лейкоплакией шейки матки.

Пунктация (обозначается как П) — соответствует старому термину «основа лейкоплакии» — представляет собой наличие атипической васкуляризации. При кольпоскопическом исследовании видны множественные красноватого цвета точки на определенном участке эпителия. Гистологически процесс представлен удлиненными стромальными папиллами, в каждой из которых имеется сосудистая петля, доходящая до поверхности. В случае, когда имеются мелкие одинаковые точки, равномерно расположенные, — кольпоскопическая картина называется «нежной пунктацией». Это, как правило, легкие поражения эпителия. Но если имеются крупные, рельефные, неравномерно расположенные точки, которые четко проявляются после обработки уксусом, то это картина «грубой пунктации». Она характерна для серьезных поражений.

Мозаика (обозначается как М) — соответствует старому термину «поля». Кольпоскопическая картина до обработки 3% уксусом весьма вариабельна. Она может напоминать васкуляризованный участок в зоне трансформации, но при этом не будет ни открытых, ни закрытых желез, характерных для нормальной зоны трансформации. После обработки уксусом рисунок имеет четкие границы мозаики и представляется в виде сети бледных красных линий. Грубая мозаика имеет разной величины и формы островки, более выраженные борозды, выступающие и интенсивно красные. Гистологически мозаика представляет разветвленные в эпителии стромальные папиллы с сосудами внутри.

Атипическая зона трансформации состоит из типичной зоны трансформации как основного компонента и зоны с атипическими сосудами, ороговевшими железами, ацетобелого эпителия, лейкоплакии, пунктации, мозаики, йод-негативной зоны — все это свидетельствует об эпителиальной атипии в данном месте.

Кольпоскопически эктопия может быть представлена цилиндрическим эпителием и различными его сочетаниями с зоной трансформации. Участки цилиндрического эпителия представляют собой гроздевидные скопления округлых или продолговатых сосочков ярко-красного цвета, что обусловлено просвечиванием кровеносных сосудов. Зона трансформации на фоне ярко-красной поверхности цилиндрического эпителия выделяется в виде нежных бледно-сероватых язычков многослойного плоского эпи-

телиа, при этом могут встречаться открытые и закрытые железы, а также выраженная сосудистая сеть, особенно на поверхности закрытых желез. При обработке поверхности эктопии 3% раствором уксусной кислоты сосочки становятся более рельефными благодаря сокращению сосудов и уменьшению отека эпителия. При проведении пробы Шиллера зона эктопии окрашивается в светло-коричневый цвет. По мере роста и развития организма женщины происходит смещение переходной зоны в цервикальный канал, и эктопия исчезает. В норме слизистая влагалищной порции шейки матки при выполнении расширенной кольпоскопии визуализируется бледно-розового цвета, гладкая, блестящая. При обработке 3% раствором уксусной кислоты несколько белеет. При выполнении пробы Шиллера имеет равномерное темно-коричневое окрашивание.

Воспаление может быть диффузным и локальным, что существенно затруднит трактовку кольпоскопических картин.

Эрозия (язва) — это дефект эпителия, локальное его отсутствие, дно язвы — строма, поверхность ее плоская, нередко гранулярная, покрыта фибринозным экссудатом. Строма не окрашивается йодом + [калия йодидом + глицеролом] (Люголя раствором с глицерином[▲]). Язва часто бывает травматического характера на фоне атрофии эпителия в менопаузе, но в репродуктивном возрасте это также нормой не является.

Аденоз — это состояние, при котором в эпителии влагалища определяется цилиндрический эпителий.

ЦИТОЛОГИЧЕСКИЙ МЕТОД ИССЛЕДОВАНИЯ

Данный метод обеспечивает возможность ранней диагностики предраковых состояний и рака шейки матки, а также позволяет оценить в динамике эффективность проведенного лечения.

Морфологически выделяют 6 типов эпителия.

- А. Нормальный многослойный плоский эпителий (сквамозный — *squamous* — чешуйка) — тонкий практически бесцветный, без сосудов, состоит из 4 слоев клеток, выстилает влагалище и влагалищную часть шейки матки. При обработке уксусом белеет, при окраске йодом + [калия йодидом + глицеролом] (Люголя раствором с глицерином[▲]) равномерно окрашивается в темно-коричневый цвет. Сосудистый рисунок подлежащей стромы в норме нежный с удлинёнными ветвями в виде сетки, сосуды древовидно ветвятся с плавной градацией.
- Б. Цилиндрический эпителий — в норме выстилает поверхность эндоцервикса, состоит из одного ряда высоких цилиндрических клеток, секретирует слизь.
- В. Метапластический эпителий — это не полностью дифференцированный плоский эпителий, лежащий на цилиндрическом эпителии, клетки которого постепенно дегенерируют. Плоскоклеточная метаплазия — это нормальный физиологический процесс перекрытия цилиндрического эпителия плоским в результате воздействия ряда факторов (гормональная стимуляция, инфекции,

pH-среды и др.). Кольпоскопически — тонкий эпителий в пределах нормальной зоны трансформации (возникает в процессе перекрытия зоны цилиндрического эпителия плоским и лежит между стыком эпителиев и натуральным многослойным плоским эпителием), возможно, с открытыми и закрытыми железами, с нечеткими контурами, слабо окрашиваются йодом + [калия йодидом + глицеролом] (Люголя раствором с глицерином[▲]).

Г. Акантотический — тонкий с высокой оптической плотностью, от розового до серо-белого цвета, при окраске йодом + [калия йодидом + глицеролом] (Люголя раствором с глицерином[▲]) имеет йод-негативные участки с ровной поверхностью. Это утолщенный слой шиловидных клеток без гликогена, напоминает эпидермис, базальный слой четко отграничен, поверхность, ороговевшая от паракератоза до кератоза, иногда присутствует зернистый слой, стромальные папиллы длинные, тонкие, содержат сосуды, граница с нормальным эпителием четкая. Акантотический эпителий нередко возникает в результате метаплазии и является доброкачественным в 99% случаев. В ряде стран, в том числе и в России, этот термин не является общепринятым.

Д. Атрофический эпителий — бледно-розовый, тонкий эпителий с низким содержанием гликогена и видимыми тонкими ветвящимися стромальными сосудами. При обра-

ботке йодом + [калия йодидом + глицеролом] (Люголя раствором с глицерином[♦]) происходит неравномерное окрашивание, в виде крупной пятнистости с наличием мелких подэпителиальных кровоизлияний в виду его истончения и повышенной ломкости. Как правило, является результатом недостаточности эстрогенов. Часто наблюдается в постменопаузе.

- Е. Атипичский эпителий — не содержит гликогена, характеризуется наличием клеток с высоким ядерным содержанием, гиперхроматичностью, наличием митозов, нарушенной архитектурой эпителия и утраченной полярностью. Поверхность может быть неровной, от темно-серого до красного цвета с наличием ороговевших желез, белого эпителия, мозаики и пунктации, йод-негативных участков.

Цитологическая диагностика заключается в микроскопическом исследовании мазков с поверхности шейки матки и из цервикального канала.

Результат цитологического исследования мазков может быть представлен цитологом в виде описания клеточного состава. Наиболее правильным и общепринятым является цитологическое описание по Папаниколау (PAP-smear test). Классификация цитологического результата исследования по Папаниколау получила наибольшее распространение в мире и включает 5 основных классов.

- 1-й класс — нормальная цитологическая картина, не вызывающая подозрений.

- 2-й класс — изменение морфологии клеток, обусловленное воспалительным процессом во влагалище и/или шейке.
- 3-й класс — обнаруживаются единичные клетки с аномалией ядер и цитоплазмы, однако окончательный диагноз установить не удастся. Требуется повторение цитологического исследования или гистологическое исследование для более детального изучения патологических изменений в тканях.
- 4-й класс — имеются отдельные клетки с явными признаками озлокачествления (аномальная цитоплазма, измененные ядра, увеличенные массы ядер и т.д.).
- 5-й класс — для мазка характерно большое число типично раковых клеток. Диагноз злокачественного процесса не вызывает сомнений.

В практической работе целесообразно использовать современные стандартизованные заключения основных типов данной классификации либо цитологические заключения, соответствующие определенным гистологическим диагнозам. Л.Н. Василевская и др. (1987) выделили следующие варианты цитограмм:

- 1) цитограмма без особенностей — клетки плоского эпителия поверхностного и промежуточного слоев;
- 2) пролиферация цилиндрического эпителия;
- 3) цитограмма эндоцервикоза, соответствующая клиническому диагнозу «эктопия»;
- 4) цитограмма воспалительного процесса;
- 5) лейкоплакия;

6) умеренная дисплазия;

7) тяжелая дисплазия.

В репродуктивном возрасте при отсутствии патологических изменений на шейке матки цитологическое заключение представлено клетками плоского эпителия поверхностного слоя обычного строения, пролиферацией клеток цилиндрического эпителия. В периоде менопаузы и постменопаузы цитологическое заключение представлено клетками плоского эпителия как поверхностных, так и глубоких слоев, клетками цилиндрического эпителия, но без признаков пролиферации. В случаях, когда есть указания на пролиферативный процесс в цилиндрическом эпителии в периодах менопаузы и постменопаузы, следует думать о наличии гиперэстрогении.

Если цитологическое заключение представлено в виде описания клеточного состава, то следует обращать внимание на наличие клеток с дискариозом, которые ассоциируются с дисплазией эпителия шейки матки; койлоцитов, наличие которых позволяет заподозрить папилломатозновирусную инфекцию. Наибольшую диагностическую информативность представляют следующие цитологические признаки: клеточный и ядерный полиморфизм, выраженная анизохромия, высокий ядерно-цитоплазматический индекс. Койлоциты, или баллонные клетки, — это оксифильно окрашенные клетки многослойного плоского эпителия промежуточного и поверхностного слоев с одним или несколькими ядрами. Ядра увеличены, неправильной формы, с неровными контурами, гиперхромные. Обширная

оптически прозрачная зона захватывает практически всю центральную часть клетки. Контур перинуклеарного пространства резко очерчен, неровные. Сохранившаяся по периферии цитоплазма имеет вид ободка неравномерной толщины.

Пациентки с неосложненной формой врожденной эктопии в возрасте до 26–28 лет подлежат только диспансерному наблюдению с цитологическим и кольпоскопическим контролем. Местное лечение не проводится. При нарушении менструальной функции целесообразно проводить коррекцию. В плане контрацепции, особенно у молодых нерожавших женщин, хорошо зарекомендовал себя трехфазный оральный контрацептив Три-регол[▲], содержащий левоноргестрел и этинилэстрадиол. Особенностью трехфазного контрацептива является то, что колебания содержания в таблетках эстрогенного и прогестеронового компонентов имитируют нормальный менструальный цикл, что в целом положительно сказывается на молодом созревающем организме женщины и является одним из факторов, способствующих эпидермизации эктопии. Препарат назначается в контрацептивном режиме. В более старшем возрасте возможно назначение для регуляции менструального цикла и с контрацептивной целью монофазных низкодозированных препаратов [дезогестрел + этинилэстрадиол (Марвелон[▲]), этинилэстрадиол + левоноргестрел (Ригевидон[▲]) и др.], также способствующих эпидермизации эктопии. При недостаточности лютеиновой фазы рекоменду-

ется назначение во II фазу цикла (с 16-го по 25-й дни цикла) гестагенных препаратов: норэтистерона (Норколута[▲]) по 5 мг 1 раз в день, или прогестерона (Утрожестана[▲]) по 1 капсуле 2–3 раза в день, или дидрогестерона (Дюфастона[▲]) по 10 мг 1–2 раза в день, или медроксипрогестерона (Провера[▲]) по 10 мг 1 раз в день. С лечебной целью эстроген-гестагенные препараты и гестагены назначаются не менее чем на 6 мес. Длительность назначения гормональной контрацепции определяется индивидуально.

Врачебная тактика при осложненной эктопии сводится в основном к 3 позициям: во-первых, ликвидация сопутствующего воспалительного процесса шейки матки и влагалища, во-вторых, удаление патологически измененной ткани шейки матки, в-третьих, стимуляция регенерации многослойного плоского эпителия после удаления патологического очага, коррекция микробиоценоза влагалища, гормонального и иммунного фона пациенток. Обследование пациенток на инфекции, передаваемые половым путем, является первоочередной задачей, так как воспалительный процесс поддерживает существование патологических очагов эпителия шейки матки и является относительным противопоказанием для дальнейшего дообследования — диагностических выскабливаний, биопсий шейки матки, а также проведения хирургического лечения (криотерапии, лазерной, радиоволновой, диатермоэлектрокоагуляций). Кроме того, воспалительный процесс на шейке матки симулирует различные картины клеточной атипии

при кольпоскопическом и цитологическом исследованиях. По данным литературы, эктопия шейки матки встречается на фоне хронического сальпингоофорита и эндомиометрита в 36,6% случаев, в 67,7% — на фоне клинически выраженного воспаления шейки матки и влагалища, в том числе в 35,8% случаев она сочетается с экзоцервицитом. Воспалительные процессы влагалища и шейки матки в сочетании с эктопией шейки матки, обусловленные инфекциями, передаваемыми половым путем, выявлены у 55,8%. При этом хламидиоз выявлен у 23,8% женщин, уреаплазмоз — у 14,2%, вирусная инфекция — у 5,4%, трихомоноз — у 5,0%, кандидоз — у 4,5%, бактериальный вагиноз — у 3,1% пациенток. Следует отметить, что при острых и хронических вагинитах, цервицитах часто встречаются смешанные инфекции (72,7% при острых и 67,4% при хронических цервицитах), что обуславливает длительность течения, частые рецидивы и неэффективность предшествующего лечения.

После излечения воспаления эктопия шейки матки наблюдается и лечится по общепринятой методике. Стимуляция регенерации многослойного плоского эпителия может быть достигнута путем использования энергии низкочастотного ультразвука и гелий-неонового лазера. Следует остерегаться применения средств, которые влияют на тканевый обмен (облепиховое масло, масло шиповника, мазь, содержащая алоэ, и др.). Эти препараты могут способствовать усилению пролиферативных процессов и возникновению дисплазии шейки матки.

Удаление патологически измененной ткани достигается с помощью физиохирургических методов, к которым относятся:

- коагуляция;
- криогенное воздействие;
- лазерокоагуляция;
- хирургические методы.

ПОЛИПЫ ЦЕРВИКАЛЬНОГО КАНАЛА

В зависимости от особенностей гистологического строения среди полипов различают:

- железистые;
- железисто-фиброзные;
- эпидермизирующиеся.

Внешний вид полипов цервикального канала очень разнообразен. Они могут иметь гладкую поверхность или, напротив, ворсинчатую и состоять преимущественно из железистой или фиброзной ткани. Железы могут быть распределены более или менее равномерно или располагаться в поверхностных участках. Строение стромы также разнообразно: она может быть состоящей из рыхлой соединительной ткани, богатой лимфоидными клетками, или из фиброзной, бедной клетками. Полипы способны изменяться с течением времени под влиянием гормонального статуса, наряду с изменениями эпителиальных структур наблюдается и гиперплазия гормонозависимой стромы эндоцервикса.

Любые полипы, исходящие из цервикального канала, требуют удаления, при этом обязательным условием является выскабливание стенок

цервикального канала. Это необходимо, прежде всего, для полного удаления ножки полипа, во-вторых, для морфологической оценки состояния эпителия цервикального канала в случае, когда в полипе будет выявлена дисплазия эпителия или злокачественный процесс. Необходимо помнить, что полипы цервикального канала очень часто сочетаются с полипами, исходящими из эндометрия. Поэтому перед проведением хирургической манипуляции по удалению полипа необходимо провести ультразвуковое исследование органов малого таза с целью исключения патологических процессов в полости матки. При наличии ультразвуковых признаков гиперплазии или полипа эндометрия у женщин репродуктивного возраста, периода менопаузы, менопаузы и постменопаузы показано отдельное диагностическое выскабливание под контролем гистероскопии. В раннем репродуктивном возрасте при наличии нарушения менструального цикла, но отсутствии данных за патологические изменения в полости матки при ультразвуковом исследовании целесообразно произвести аспирационную биопсию эндометрия пайпелом в момент выполнения удаления полипа и выскабливания стенок цервикального канала. При отсутствии указаний анамнеза на дисфункцию яичников, отсутствии данных за патологические изменения эндометрия в раннем репродуктивном периоде возможно ограничиться удалением полипа цервикального канала и выскабливанием эндоцервикса.

ЭНДОМЕТРИОЗ ШЕЙКИ МАТКИ

Эндометриоз шейки матки может встречаться в любом возрасте, но чаще всего у молодых женщин. Причины возникновения эндометриоза шейки матки до настоящего времени остаются неизвестны. Чаще всего он возникает после диатермокоагуляции, проведенной без учета фазы менструального цикла, после пластических операций на шейке матки, после надвлагалищной ампутации матки, произведенной по поводу миомы, но без оценки ее возможного сочетания с аденомиозом и после родов. Эндометриоз шейки матки может существовать обособленно, но, как правило, он сочетается с другими вариантами эндометриоза (ретроцервикальной локализацией, аденомиозом, эндометриозом брюшины малого таза, крестцово-маточных связок).

Клинически в ряде случаев, когда эндометриоз локализуется только на влагалищной порции шейки матки, женщина не предъявляет никаких жалоб. Иногда первой жалобой пациентки являются пред- и постменструальные выделения в виде «мазни». Лишь при прорастании эндометриоидных гетеротопий в цервикальный канал или при сочетании его с другими локализациями эндометриоза могут возникать тянущие боли внизу живота, меняющие свою интенсивность в течение цикла, боли при половой жизни. Бесплодие при эндометриозе шейки матки встречается крайне редко. Лечение эндометриоза шейки матки только оперативное (иссечение очагов эндометриоза, диатермокоагуляция, крио- и

лазерохирургия). Удаление очага эндометриоза необходимо производить в раннюю фолликулярную фазу менструального цикла — 6–7-й день, рецидивы заболевания после адекватного удаления эндометриоидного очага встречаются редко.

ПАПИЛОМЫ (ПЛОСКОКЛЕТОЧНАЯ ПАПИЛОМА ИЛИ ЭПИДЕРМОИДНАЯ ПАПИЛОМА)

Доброкачественный процесс, отнесен по классификации в раздел опухолеподобных изменений. Полиповидный характер образования — всегда требующий морфологической верификации. При выявлении папиллом на шейке матки показаны иссечение образования и последующее гистологическое исследование.

ЭРИТРОПЛАКИЯ

Эритроплакия шейки матки — атрофия поверхностного слоя и выраженная пролиферация с атипией сосудов в подлежащих тканях.

Кольпоскопически — высокоатипичный эпителий. Цитологическая диагностика затруднительна, так как, в отличие от гистологического метода, трудно судить об уплощении пласта. Цитологические изменения напоминают тяжелую дисплазию. С целью уточнения диагноза показаны выскабливание стенок цервикального канала и электроконизация шейки матки.

ЛЕЙКОПЛАКИЯ ШЕЙКИ МАТКИ

Следует помнить, что в норме многослойный плоский эпителий шейки матки является неоро-

говевающим. Лейкоплакия — это процесс орого-
вения эпителия. Цитологически при лейкопла-
кии определяются скопления клеток плоского
эпителия с явлениями пара- и гиперкератоза.
Паракератоз проявляется усилением плотности
и окраски цитоплазмы в мелких клетках с пик-
нотическими ядрами. При гиперкератозе обна-
руживаются безъядерные «чешуйки».

По современным представлениям, лейкопла-
кия шейки матки является полиэтиологическим
заболеванием, обусловленным нарушением гор-
монального гомеостаза, иммунного статуса,
перенесенными инфекционными заболеваниями,
травматическим воздействием на шейку
матки в результате родов, аборт, неправиль-
ным и неадекватным лечением патологии шейки
матки и т.д. В соответствии с классификацией
И.А. Яковлевой и Б.Г. Кукутэ (1977) принято
выделять простую форму лейкоплакии без ати-
пии и грубую (глыбчатую) форму лейкоплакии
с атипией.

Простая форма лейкоплакии представляет
собой тонкую белую пленку, которая легко слу-
щивается ватным тампоном. После удаления
пленки визуализируются блестящие участки
розового цвета. Кольпоскопически простая
форма лейкоплакии видна всегда, независимо от
фазы менструального цикла, хотя, не прибегая к
кольпоскопии, ее можно увидеть только непо-
средственно перед менструацией. Таким обра-
зом, для простой формы лейкоплакии характер-
но изменение на шейке матки в зависимости от
фазы менструального цикла. При обработке

уксусной кислотой картина мозаики становится более отчетливой. Йод-негативный участок при этом имеет нечеткие контуры. Простая форма лейкоплакии не озлокачивается. Мазок для цитологического исследования необходимо брать после удаления пленки лейкоплакии, из глубже лежащих тканей. Для подтверждения диагноза простой формы лейкоплакии необходимо произвести прицельную биопсию. В случае перехода лейкоплакии на цервикальный канал показано выскабливание слизистой оболочки цервикального канала. Для гистологической оценки лейкоплакии любой локализации очень важным является факт наличия или отсутствия клеточного атипизма в нижних слоях многослойного плоского эпителия.

Грубая лейкоплакия — процесс, способный озлокачиваться, по данным разных авторов, до 28%. Грубая (глыбчатая) лейкоплакия характеризуется толстой белесоватой пленкой, возвышающейся над поверхностью эпителия шейки матки. Пленка не слущивается, при попытке снятия развивается кровотечение из зоны травмы пленки. Грубая лейкоплакия имеет четкие йод-негативные контуры, не меняет свой вид в зависимости от фазы менструального цикла, всегда видна как глазом, так и кольпоскопически. Основа лейкоплакии кольпоскопически выглядит как йод-негативный участок, покрытый одинаковыми по величине красными точками. Красные точки представляют собой соединительнотканые сосочки в многослойном плоском эпителии, в которых видны петли капилляров.

Мозаика при кольпоскопии выглядит как многоугольные участки, разделенные красными нитями капилляров.

Грубая лейкоплакия требует обязательного обследования цервикального канала (выскабливание стенок цервикального канала), полного иссечения зоны грубой лейкоплакии, вплоть до конизации шейки матки. Необходимость ревизии цервикального канала обусловлена тем, что данный процесс может развиваться не только на влагалищной части шейки матки, влагалище, вульве, но и на участках плоскоклеточной метаплазии слизистой оболочки цервикального канала. Поэтому для исключения предраковых изменений и злокачественной трансформации эпителия в комплекс диагностических мероприятий необходимо включать выскабливание слизистой оболочки эндоцервикса.

При обширном поражении шейки матки с распространением лейкоплакии на своды и влагалище используется двухэтапное лазерное излучение: 1-й этап — лазерная коагуляция (конизация) влагалищной части шейки матки, 2-й этап — удаление оставшихся очагов патологического эпителия (производится в течение следующего менструального цикла).

Воспалительные процессы

Составляют около 41% от общего числа всех фоновых заболеваний.