

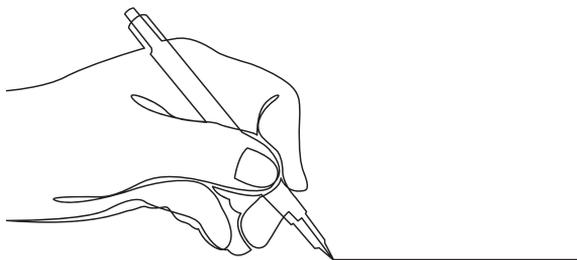
СОДЕРЖАНИЕ

ОТ АВТОРА	6
ВСТУПЛЕНИЕ. ПРИРОДА СТРАХА	9
ИСТОРИЯ ВПЧ. КАК РОГАТЫЙ КРОЛИК ПОМОГ ОТКРЫТЬ ПРИЧИНУ РАЗВИТИЯ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ	29
ПЫТЛИВЫЙ ГРЕК, ЕГО ДОБРАЯ ЖЕНА И МЫШИНЫЙ АЛКОГОЛИЗМ, ИЛИ ИСТОРИЯ ПОЯВЛЕНИЯ ЦИТОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ	37
СОЗДАНИЕ КОЛЬПОСКОПИИ: НАЦИСТСКИЕ КОРНИ ВЕЛИКОГО ОТКРЫТИЯ	41
АНАТОМИЯ ШЕЙКИ МАТКИ: ПРИЧЕМ ЗДЕСЬ ГРУША	50
ВИДЫ ЭПИТЕЛИЯ, ИЛИ ТОРТ «НАПОЛЕОН» И СТАКАНЫ	52
Многослойный плоский эпителий	53
Цилиндрический эпителий	56
ЗОНА ТРАНСФОРМАЦИИ: КАК ВЫГЛЯДИТ МЕСТО ПРЕСТУПЛЕНИЯ	60
ПОРТРЕТ ПРЕСТУПНИКА: ВИРУС ПАПИЛЛОМЫ ЧЕЛОВЕКА	71
ВПЧ И ДЕЛЕНИЕ КЛЕТКИ – КОРРУПЦИЯ НА КЛЕТОЧНОМ УРОВНЕ	75
ЭПИДЕМИОЛОГИЯ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ, ИЛИ КОГДА ГОСУДАРСТВО РЕАЛЬНО МОЖЕТ ПОМОЧЬ	83
ПУТИ ЗАРАЖЕНИЯ. КОГДА УЯЗВИМОСТЬ НИЧЕГО НЕ ЗНАЧИТ	85
ФАКТОРЫ РИСКА. ПОЧЕМУ МОНАШКИ НЕ БОЛЕЮТ РАКОМ	94
Возраст	95
Раннее начало половой жизни	95
Перенесенные инфекции, передающиеся половым путем	96

НАЛИЧИЕ ПАРТНЕРА, У КОТОРОГО МНОЖЕСТВО ПОЛОВЫХ ПАРТНЕРОВ	96
МНОЖЕСТВО РОДОВ И ДЛИТЕЛЬНЫЙ ПРИЕМ ГОРМОНАЛЬНЫХ КОНТРАЦЕПТИВОВ	97
КУРЕНИЕ	98
ДРУГИЕ ФАКТОРЫ РИСКА	99
КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ВИРУСА ПАПИЛЛОМЫ ЧЕЛОВЕКА	105
Кондиломы. Папилломы. Только эстетика или медицинская ПРОБЛЕМА?	105
ЛЕЧЕНИЕ КОНДИЛОМ ПРОСТО И ПОНЯТНО	110
ДИСПЛАЗИЯ ШЕЙКИ МАТКИ: ПРИЧЕМ ТУТ ВИРУС ГРИППА	115
ДВА ПУТИ ВИРУСНОГО ПОРАЖЕНИЯ ШЕЙКИ МАТКИ – ВНОВЬ О КОРРУПЦИИ	123
МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ – ЧТО ВХОДИТ В НАБОР СЛЕДОВАТЕЛЯ	134
ЦИТОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ КЛЕТОК ШЕЙКИ МАТКИ:	
КОГДА МАЗОК ХОРОШ ЛИШЬ НА КАРТИНКЕ	135
ЖИДКОСТНАЯ ЦИТОЛОГИЯ	137
КАКИЕ ЦИТОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАКЛЮЧЕНИЯ БЫВАЮТ И КАК К НИМ ОТНОСИТЬСЯ	141
КОЛЬПОСКОПИЯ: ВЕЛИКОЕ ИСКУССТВО ИЛИ ПРИМИТИВНЫЕ	
ФОКУСЫ ПОД МИКРОСКОПОМ	156
АЦЕТОБЕЛЫЙ ЭПИТЕЛИЙ	160
Пунктуация	164
Мозаика	167
Окраска люголем	169
БИОПСИЯ ШЕЙКИ МАТКИ	175
Анализ на ВПЧ	179
СКРИНИНГ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ – САМЫЙ ПРОСТОЙ СПОСОБ ПОБЕДИТЬ РАК	183

СОДЕРЖАНИЕ

ASC-US	193
LSIL	195
HSIL	201
ASC-H	207
AGS	208
АЛГОРИТМ ПРЕВЫШЕ ВСЕГО: ЛЕЧЕНИЕ ДИСПЛАЗИИ ШЕЙКИ МАТКИ	210
ХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ДИСПЛАЗИИ ШЕЙКИ МАТКИ	227
Клиническая ситуация	230
ФОТОДИНАМИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ – ЛУЧ СВЕТА НЕ В ТОМ ЦАРСТВЕ	243
ПРОФИЛАКТИКА: СИЛА ОДНОЙ ПРИВИВКИ	254
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	275
АЛГОРИТМ	277
ACUS-US	277
LSIL	278
ASC-H	279
HSIL и ASC-H (при положительном ВПЧ)	280
AGC (атипия цилиндрического эпителия)	281
Список литературы	282
УКАЗАТЕЛЬ	294



ОТ АВТОРА

Написать эту книгу меня заставила драматическая ситуация, которая сложилась в отношении шейки матки в нашей стране. Да, я не ошибся, не в отношении патологии шейки матки, а именно шейки матки как отдельного анатомического образования. Главное, что узнает женщина про себя, впервые посетив гинеколога, — это факт наличия у нее шейки матки и «эрозии» на ней. Затем следует повествование о страшном онкогенном вирусе, от которого не спасает презерватив, и его последствиях. И все бы ничего, если бы в результате это приводило к активному вовлечению женщины в так называемый «скрининг рака шейки матки», который, кстати, организован на государственном уровне в странах с высокими показателями социальной защиты населения. Но этого, увы, не происходит. Напротив, вместо организации данного скрининга своими силами, существенная часть врачей активно лечит вирус папилломы человека различными препаратами без доказанного эффекта, «прижигают эрозию» и все это под аккомпанемент запугивания пациентов высоким риском развития рака шейки матки в будущем. Сам же скрининг рака шейки матки или не проводится вовсе или проводится время от времени в каком-то модифицированном виде. При этом рекомендации по про-

ведению скрининга рака шейки матки утверждены Минздравом и они ничем не отличаются от тех, что приняты во всем мире. Другими словами, с шейкой матки делают все, что угодно, кроме того, что делать надо, и эта псевдозабота никак не снижает число заболевших раком шейки матки, а наоборот, выводит нашу страну в лидеры по количеству заболевших и погибших от этого рака женщин.

На мой взгляд, такая ситуация связана с тем, что современные представления о вирусе папилломы человека и принципах скрининга рака шейки матки — достижение последних 7—10 лет. Это значит, что большей части практикующих в настоящий момент гинекологов, чей стаж условно превышает 7—10 лет, подобную информацию в университете и ординатуре не преподавали, а система последипломного образования в нашей стране, по сути, одно название. Отрывочные знания, отсутствие базовых представлений о проблеме привели к карикатурной ситуации, когда врач может лечить вирус папилломы человека капельницами и уколами и при этом забывать о необходимости взять цитологический мазок, пропуская при этом развитие серьезных заболеваний. Мой опыт показывает, что стремление к самостоятельному образованию у российских врачей не очень высокое, знание английского языка оставляет желать лучшего, поэтому единственным выходом из сложившейся ситуации может быть только предоставление информации самим пациентам, на что и направлена эта книга.

Россия — один из лидеров среди стран с самым большим количеством случаев заболевания раком шейки матки.



Эта книга нужна вам, дорогие женщины, так как данная проблема касается всех вас независимо от возраста. Даже

ДМИТРИЙ ЛУБНИН

если эта информация будет не актуальна конкретно для вас, благодаря ей вы сможете помочь своим родным и близким не упустить возможность предотвратить опасное заболевание или не попасть в тяжелую психологическую ситуацию, связанную со страхом за свою жизнь.

Эта книга была бы полезна вам, уважаемые коллеги, если по какой-то причине вам не удалось получить или найти современную информацию о ВПЧ и принципах скрининга рака шейки матки. В книге я собрал и систематизировал для простоты восприятия всю самую последнюю информацию, взятую из авторитетных источников. И пусть стиль повествования может показаться вам простоватым, но мне кажется, так даже удобнее воспринимать информацию, кроме этого везде указаны источники литературы, и можно подробнее ознакомиться с отдельными вопросами.

В целом книга может быть интересной с точки зрения научно-популярного произведения, в котором рассказывается об истории открытия вируса папилломы человека, его связи с раком шейки матки, а также узнать, как на современном этапе осуществляется диагностика патологии шейки матки. То есть заглянуть за кулисы гинекологической практики.



ВСТУПЛЕНИЕ. ПРИРОДА СТРАХА

Страх — самое сильное чувство человека. Страх определяет всю человеческую жизнь и присутствует во всех проявлениях жизни, по сути, являясь базовым структурным элементом бытия. «Не боится только дурак», — гласит русская поговорка, определяя знания как источник тревоги и страха. В основе страха лежит неведомое и непонятное, непредсказуемое и неконтролируемое. Первое, что нас пугает в жизни, это темнота. Ужас темной комнаты знаком каждому, и единственным спасением для нас был свет лампы, которую требовалось оставлять включенной, пока мы не заснем. Даже заботливые руки матери в темноте не внушали такого спокойствия, какое давал свет, освещающий все углы нашей комнаты и гарантирующий отсутствие чудовищ.

Жизненный опыт помогает побеждать одни страхи, но неизбежно порождает другие. Страх темноты отходит на задний план, но мы постигаем свою смертность и страх потерять близких. Осознание конечности своей жизни и уязвимости своего тела неизменно гнетет нас всю жизнь.

В основе всех религий лежит в первую очередь успокоение именно этого страха. Познания в христианской религии и есть причина смертности человека, «познания умножают скорбь», пишет Экклезиаст. Принципиальным отличием человека от животного является именно знание конечности своего существования.

Когда есть такое сильное чувство, способное парализовать волю человека, критичность его мышления и сделать его управляемым, обязательно найдутся те, кто захочет использовать это чувство ради своей выгоды. Опять же с детства мы сталкиваемся с насилием и болью, будь то способы родительского воспитания или конфликты со сверстниками. Нам угрожают причинением боли, заставляя делать то, чего мы не хотим. Нам внушают страх за последствия наших действий, которые отразятся на нашем здоровье.

Помимо бытовых страхов (пожаров, ДТП, электричества, убийц, насильников и т. д.), в жизнь активно приходят страхи, которые создают защитники нашего с вами здоровья. В начале они носят просто запретительный характер: не об-

КОГДА ЗДОРОВЬЯ МНОГО, ЛЮДИ ЕГО
НЕ БЕРЕГУТ, ПОДОБНО ТОМУ, КАК
БЕДУИНЫ НЕ БЕРЕГУТ ПЕСОК
В ПУСТЫНЕ.



лизывай сосульку — горло заболит, не ешь сладкого — зубы заболят. Такие запреты для ребенка носят в большей степени ритуальный характер, так как суть этих запретов не до конца понятна. Просто их надо вы-

полнять, иначе мама наругает. Когда здоровья много, его не бережешь, поэтому убедить подростка вести здоровый образ жизни сравни предложению бедуину беречь песок.

До поры до времени медицина в нашем сознании все- сильна. Я говорю про детский и подростковый возраст, ког-

ВСТУПЛЕНИЕ. ПРИРОДА СТРАХА

да есть полная уверенность, что врачи могут справиться со всеми заболеваниями, собственно, именно для этого они и нужны. Осознание реальности, как всегда, приходит постепенно и только через свой опыт. Я помню, как трудно мне было понять, почему врачи, дважды забиравшие дедушку в больницу и проводившие ему операции, так и не вылечили его. Он умер дома, прогрессивно ухудшаясь у нас на глазах. Тогда я впервые услышал слово «рак». «Ну как же так?» — спрашивал я родителей. «Врачи же все знают про эту болезнь, опухоль удалили, почему же вылечить не получилось?» Тогда мне объяснили, что «рак» это болезнь, которую вылечить невозможно, и если ею заболеть, то вылечиться уже никогда не получится, вопрос только во времени. События происходили в начале 1980-х годов, поэтому другого ответа от своих родителей я и не мог услышать.

В НАЧАЛЕ 1980-х ВЕРОЯТНОСТЬ ПОБЕДИТЬ РАК БЫЛА КРАЙНЕ МАЛА. ЕСЛИ ЧЕЛОВЕКУ ДИАГНОСТИРОВАЛИ ЭТО ЗАБОЛЕВАНИЕ, СТАНОВИЛОСЬ ОЧЕВИДНО — СКОРО ОН УМРЕТ. ВОПРОС ЛИШЬ БЫЛ — ЧЕРЕЗ СКОЛЬКО ВРЕМЕНИ. СЕГОДНЯ СИТУАЦИЯ СУЩЕСТВЕННО ИЗМЕНИЛАСЬ.



На самом деле чаще всего о существовании «рака» люди узнают довольно рано в детстве или отрочестве, становясь свидетелями трагических событий, которые случаются с родственниками или знакомыми. Чаще всего это не внезапная смерть, вызывающая непременный шок. Так как шок — это всегда острый стресс, мобилирующий все силы организма, переживается он проще, чем стресс хронический. Увядание человека, заболевшего раком, испытание длительное и мучительное как для самого заболевшего, так и для всех окружающих. Опыт наблюдения за онкологическим больным порождает в сознании человека страшное осознание безысходности и тщетности всех усилий врачей спасти заболевшего. Диагноз «рак» становится «меткой

смерти». Для очень многих людей страх получить эту метку равноценен получению свидетельства о своей смерти, где вписан год, но не вписаны день и месяц.

Медицина за последние годы сильно шагнула вперед. Онкологические заболевания в существенной своей части перестали быть смертным приговором, если речь идет о ранних стадиях заболевания. Разработанные скрининги позволяют выявлять начальные стадии наиболее распространенных раков, что позволило ощутимо снизить заболеваемость и смертность от них. Однако рак окончательно не побежден, и для большинства людей это все еще заболевание, включающее обратный отсчет до неминуемой смерти.



В XXI ВЕКЕ РАК ВСЕ ЧАЩЕ МОЖНО ИЗЛЕЧИТЬ. НО РЕЧЬ ИДЕТ О СЛУЧАЯХ, КОГДА ЗАБОЛЕВАНИЕ ДИАГНОСТИРОВАНО НА РАННЕЙ СТАДИИ. ИМЕННО ПОЭТОМУ ТАК ВАЖНО СВОЕВРЕМЕННО ПРОВОДИТЬ СКРИНИНГ.

Информированность врачей о разных видах рака, степени их злокачественности, прогнозах позволяет не так обреченно относиться к любому случаю выявления онкологии, однако речь в данном случае идет об уже диагностированном заболевании. В данном случае врачу отчасти становится даже легче, так как он начинает борьбу с очень сильным и опасным врагом, победить которого в сознании пациентов крайне сложно или даже невозможно. Поэтому любой проигрыш будет легче принят родственниками, так как все знают, что битва неравная. Обязательное в случае смерти пациента в стационаре вскрытие часто не проводится, если пациент лечился от запущенной формы рака, так как причина его смерти рассматривается как очевидная.

ВСТУПЛЕНИЕ. ПРИРОДА СТРАХА

Совсем иначе обстоит дело, когда диагноз онкологического заболевания еще не поставлен, но доктор имеет дело с патологиями, которые могут в себе скрывать онкологические изменения. В медицине есть такое понятие «онкологическая настороженность».

Суть ее заключается в том, что доктор обязан при обследовании пациента всегда держать в уме вероятность того, что данное проявление заболевания может быть симптомом

рака. Онкологическую настороженность можно сравнить с охранной сигнализацией автомобиля — ее нормальная работа определяется настройками чувствительности датчиков. Поставил высокую чувствительность — сирена срабатывает от любого прикосновения; установил недостаточную чувствительность — автомобиль будут угонять и никто об этом не узнает. Как и во всем — важен правильный баланс.

ОНКОЛОГИЧЕСКАЯ НАСТОРОЖЕННОСТЬ У НАШИХ ВРАЧЕЙ ЧАСТО БЫВАЕТ ИЗЛИШНЕ ЗАВЫШЕННОЙ.



Онкологическая настороженность многих наших врачей существенно завышена. Причин тому две: недостаток знаний и страх понести наказание. Вначале о второй причине — на самом деле с точки зрения последствий для врача пропустить онкологическое заболевание намного драматичнее, чем заподозрить рак, там где его нет. Удалили, к примеру, образование с подозрением на онкологию, а по данным гистологии оказалось, что рака нет, всегда можно сказать, что жить с сомнениями намного хуже, а теперь можно точно быть уверенным, что вы здоровы. Обратная ситуация — врач делает заключение, что онкологии нет, и отпускает пациента — через полгода он попадает к другому врачу в уже плохом состоянии и выясняется, что время упущено и помочь уже нельзя. Осознаете, как

подобная ситуация может отразиться на враче, вовремя не поставившем диагноз? Так какому врачу будет жить спокойнее — с высокой онкологической настороженностью или с низкой?

Проблема еще в том, что окончательный диагноз онкологического заболевания ставит только патологоанатом, который изучает удаленный хирургом материал. Сразу поясню для тех, кто не знает, патологоанатом — доктор, который не только проводит вскрытия умерших, но и изучает то, что удаляется во время операций или биопсий. Итак, окончательный диагноз за патологоанатомом, то есть только после удаления образования или органа. Биопсийный материал не всегда бывает достаточно информативным, чтобы поставить точный диагноз, и нередко заключение биопсии расходится с окончательным диагнозом в лучшую или худшую сторону. Об этом хорошо знают врачи и сами патологоанатомы, поэтому при любой сомнительной ситуации могут стремиться усугубить выраженность па-

РЕЗУЛЬТАТЫ БИОПСИИ МОГУТ БЫТЬ НЕДОСТАТОЧНО ИНФОРМАТИВНЫ И РАСХОДИТЬСЯ С ОКОНЧАТЕЛЬНЫМ ДИАГНОЗОМ!



тологического процесса, дабы ничего не пропустить. А далее ситуация разворачивается, как на досмотре в аэропорту, — стоит только произнести шепотом слово «пистолет», и вы будете подвергнуты полному

досмотру. Поэтому если хотя бы в одном заключении звучит подозрение на онкологический процесс — агрессивное лечение может быть оправдано в большей степени, чем пассивное наблюдение. Мы позже вернемся к этой теме и поговорим об умении оценивать медицинские заключения с точки зрения их объективности. Еще раз повторю: хирургическое лечение, обусловленное онкологической настороженностью, пусть даже избыточной, менее осуди-

тельно со всех точек зрения, чем пропуск онкологического заболевания. Повышенная онкологическая настороженность — это в первую очередь страховка самого врача от претензий пациента.

ИЗБЫТОЧНАЯ «ОНКОЛОГИЧЕСКАЯ НАСТОРОЖЕННОСТЬ» С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ЭТИКИ МЕНЕЕ ПРЕДОСУДИТЕЛЬНА, ЧЕМ ПРОПУСК ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ!



Другой причиной повышенной онкологической настороженности является недостаток знаний у врача. Медицина накапливает знания о подходах к лечению различных заболеваний посредством проведения клинических исследований. Их достоверность оценивается на основании статистической обработки полученных результатов. Каждый год все новые и новые данные вносят свои коррективы, изменяя подходы и отношение к заболеваниям и методам их диагностики. К примеру, длительные наблюдения за результатами лечения пациентов позволяют сделать заключения об эффективности одних средств и недостаточной эффективности других, когда речь идет об отдельных результатах. Это же касается и диагностических подходов. В частности, с достаточной периодичностью выходят уточненные рекомендации, которые изменяют отношение к тем или иным патологическим изменениям с точки зрения их опасности, а также меняют кратность исследований и их диагностическую значимость. Например, исследование, которое раньше выполнялось 1 раз в год, оказалось, не меняет своей ценности, если проводить его 1 раз в три года, то есть ничего за этот срок пропустить невозможно. Поэтому доктору необходимо постоянно обновлять свои знания, что у нас нечасто практикуется.