


ОРЖИН

АКУШЕРСТВО • ГИНЕКОЛОГИЯ • РЕПРОДУКЦИЯ



**Специальный выпуск.
Материалы III-го Экспертного
совета акушеров-гинекологов.
Москва, 20–22 февраля 2008 г.**

Шейка матки в норме и при патологии. Роль цитологического исследования в диагностике

проф. **М.М. Сафронова,**

зав. кафедрой акушерства и гинекологии № 2 Медицинской академии
последипломного образования (МАПО)

Онкологическая заболеваемость женщин в СПб в 2006г.

• Молочная железа	— 20,29%	(абс.число 2124)
• Тело матки	— 6,18%	647
• Яичник	— 5,06%	530
• Шейка матки	— 3,44%	360
• Вульва	— 0,60%	63
• Влагалище	— 0,11%	12

Заболеваемость раком шейки матки на 100000 женщин	
в 1995г.	— 13,4
в 2000г.	— 16,1
в 2005г.	— 15,3

Уровень заболеваемости населения злокачественными опухолями в Санкт-Петербурге один из самых высоких в России (Чиссов В.И., Старинский В.В., 2007). Актуальность данная проблема приобретает в связи с резким увеличением частоты заболеваемости раком шейки матки среди молодого контингента. Так, в Санкт-Петербурге за период с 1980 по 2003 г. в возрастной группе 36-40 лет заболеваемость выросла в 2,5 раза (с 10,6‰ до 25,1‰), а среди 21-25-летних - в 6 раз (с 1,4‰ до 6,3‰), (Мерабишвили В.М., 2004г). Несмотря на клиническое впечатление, что в последнее десятилетие имеет место снижение уровня заболеваемости раком шейки матки, в ряде стран заболеваемость женщин в возрастной группе моложе 50 лет возросла в 1,5 раза. В России наблюдается неуклонный рост заболеваемости раком шейки матки. В 2002 году зарегистрировано 12 285 новых случаев. В 2004 году - 12 727, в 2005 году - 12 927 инвазивных форм рака шейки матки, при этом от данного заболевания умерло 5 966 женщин (Чиссов В.И., Старинский В.В., 2007).

Основной фактор риска развития плоскоклеточного рака шейки матки и его предшественников (дисплазий и фоновых состояний) – сексуально-трансмиссивная этиология заболевания. Доказательством

- В возрасте 14-18 лет биологический незрелый эпителий шейки матки более подвержен действию канцерогенных и коканцерогенных агентов.
- Было также выявлено, что промискуитет мужа имеет примерно такое же значение, как частая смена сексуальных партнеров женщиной.
- Фактор риска - незащищенный половой акт и контакт с партнером, имеющим генитальные кондиломы.

этого служит то, что раком шейки матки практически не болеют монахини; напротив, регистрируется высокая заболеваемость среди проституток; к предрасполагающим факторам относят раннее начало половой жизни; частую смену сексуальных партнеров не только самой женщиной, но и ее партнерами мужчинами; несоблюдение половой гигиены; венерические заболевания; вирусные инфекции, среди которых папиллома-вирусная инфекция.

Диагностика патологических состояний шейки матки

С целью ранней диагностики применяются ряд методов:

- **визуальный** (гинекологический осмотр при помощи зеркал);
- **мануальный** (при бимануальном влагалищном исследовании);
- **кольпоскопический** (метод расширенной вульвокольпоскопии);
- **онкоцитологический** (включающий прицельную онкоцитологию);
- **лабораторные методы** диагностики воспалительного процесса (бактериоскопический, бактериологический, вирусологический, комплекс иммунологических методов и пр.);
- **гистологический** (по показаниям). При этом исследуется материал прицельных биопсий, диагностических выскабливаний цервикального канала, конибиопсии, ткани шейки матки после диатермокоагуляции.

Онкоцитологическими критериями фоновой патологии для дисплазий и карциномы шейки матки являются воспалительный процесс; пролиферация многослойного плоского

эпителии; пролиферация цилиндрического эпителии; пролиферация резервных клеток цилиндрического эпителии и их метапластическая трансформация; дискератозы. Этим данным соответствуют следующие нозологические формы: вульвовагиниты, цервициты, эндоцервициты, эрозии МПЭ, эрозированные эктопии (эктропионы), кондиломы, папилломы, полипы, эпителизирующиеся эктопии (эктропионы), лейкоплакии, эритроплакии и их разновидности. С целью ранней диагностики данных патологических состояний применяют полный спектр имеющихся в арсенале специалиста инструментальных и лабораторных методов.

- В основе классификации **Papanicolaou** лежит определение степени атипичности клеток, которую можно трактовать очень в широких пределах, что затрудняет точность постановки диагноза.
- Новая классификация (терминология Бетесды) позволяет цитологам более дифференцированно подходить к оценке материала и более полно охарактеризовать имеющиеся изменения.

Необходимо подробнее остановиться на цитологической диагностике. Обычно результаты мазков оцениваются в соответствии с цитологической классификацией G.Papanicolaou (1950 г.) и классификацией Bethesda-TBS (The Bethesda System, 1988, 1991 гг.), которая получила такое название по месту создания в г. Бетесда (США). Согласно классификации Papanicolaou, цитологические заключения подразделяются на пять групп:

- I группа - атипические клетки отсутствуют (норма). Цитологическая картина не вызывает подозрений;
 - II группа - изменения морфологии клеточных элементов, обусловленные воспалением;
 - III группа - имеются единичные клетки с аномалиями цитоплазмы и ядер. Необходимо углубленное обследование в динамике;
 - IV группа - обнаруживаются отдельные клетки с явными признаками злокачественности;
 - V группа - в мазках имеется большое число типично раковых клеток, и диагноз злокачественной опухоли не вызывает сомнения.
- Полное описание цитологической клас-

сификацией Бетесда включает следующее:

- Оценку качества препарата:
 - а) материал полноценный,
 - б) цитологическая оценка возможна, но ограничена (с указанием причины),
 - в) материал неполноценный (с указанием причины);
- Основные категории:
 - а) в пределах нормы;
 - б) доброкачественные изменения клеток (см. описательный диагноз);
 - в) патология эпителиальных клеток (см. описательный диагноз);
- Описательный диагноз (инфекции; реактивные изменения (связанные с: воспалением, включая репаративные; атрофия с воспалением; лучевые изменения; изменения, связанные с внутриматочной спиралью; прочие); патология эпителиальных клеток и др.)

Овестин улучшает качество онкоцитологической диагностики

Изменение клеточного состава при атрофических процессах во влагалище затрудняет онкоцитологическую диагностику.



Атрофический кольпит:
Преобладание базальных и парабазальных клеток.
Диф. диагностика затруднена



После лечения Овестином:
Наличие поверхностных и промежуточных клеток

Применение **Овестина** при цитологическом обследовании позволяет дифференцировать атрофические клетки от атипических, тем самым **повысить качество онкоцитологической диагностики и сократить необходимость проведения дополнительных травматических процедур**.

*Abel et al. Squamous Atypia In Atrophic Pap Smear. CANCER CYTOPATHOLOGY August 25, 1998 / Volume 64 / Number 4

Вульвокольпоцервикоскопическое исследование

- Методика исследования выполнялась традиционно: простая кольпоскопия, расширенная кольпоскопия с использованием 3% раствора уксусной кислоты (с экспозицией воздействия реактива). На этой стадии исследование дополнялось использованием светового зеленого фильтра (метод Кратца) и местным применением вазоактивных средств (метод Ганзе и Маевски). Заканчивали осмотр после обработки слизистых оболочек 2% водным раствором Люголя (проба Шиллера).
- Результаты осмотра фиксировались в разработанной нами специальной карте-схеме в целях удобства изображения выявленных патологических изменений на вульве, слизистой оболочке влагалища и шейки матки

С целью стандартизации результатов при кольпоскопии необходимо использовать единую терминологию. Наиболее общепризнанной за рубежом является международная терминология кольпоскопических терминов, принятая в 1990 году на Всемирном конгрессе по патологии шейки матки и кольпоскопии в Риме. Согласно этой классификации, нормальная кольпоскопическая картина содержит оригинальный сквамозный эпителий и цилин-

дрический эпителий, характеризуется нормальной зоной трансформации. Аномальная кольпоскопическая картина может содержать на зоне трансформации и за ее пределами ацетобелый эпителий (плоский; микропапиллярный), пунктацию (нежную и грубую), мозаику (нежную и грубую), лейкоплакию (тонкую и толстую). Полная международная терминология кольпоскопических терминов содержит и другие обязательные к употреблению термины и доступна в открытых источниках.

Для лечения фоновых состояний шейки матки в настоящее время можно использовать многие методы:

- консервативные (терапевтические методы лечения)
- диатермокоагуляцию, диатермоэксцизию
- крио- и лазеродеструкцию
- солковагин
- различные модификации операции Штурмдорфа.

Разнообразными могут быть и методики применения этих методов.

Наибольшую диагностическую ценность имеет комплексное обследование пациенток, позволяющее своевременно и правильно поставить диагноз более чем у 98% больных. Выбор метода лечения шейки матки должен определяться обоснованностью показаний и исходить из необходимости сохранения эктоцервикса, учитывая выполнение этим органом барьерной функции и важной роли на этапах репродукции; возможности контроля фоновой патологии шейки матки, определяя степень риска ее трансформации в дисплазию. Особенности методов лечения фоновых состояний шейки матки требуют тщательного отбора больных с учетом данных онкоцитологии, кольпоскопии, а также микробиологического исследования отделяемого цервикального канала и влагалища.

Общим для подготовки к хирургическому лечению шейки матки является анализ акушерско-гинекологического и гемостазиологического анамнезов. Имеет значение возраст женщины, характер менструальной функции, окончание или продолжение периода репродукции, наличие воспалительного процесса гениталий, его причинные факторы.

- Ошибочным! является взятие биопсийного материала непосредственно перед деструкцией, выбор места которого определен только визуально.
- К сожалению, "биопсия наобум" широко применяется во многих лечебно-профилактических учреждениях России.

Следует отметить, что к отрицательным сторонам крио- и лазеродеструкции относятся риск недостаточного «испарения» тканей как в глубину, так и на поверхности. В результате остаются островки неизменной ткани, которые требуют последующего наблюдения и лечения. Методы крио- и лазеродеструкции исключают возможность гистологического изучения удаляемой ткани, нивелируют их диагностическую ценность, предъявляя высокие требования к качеству предоперационного обследования.

В течение последних пяти лет нами обследовано 1420 женщин в возрасте от 15 до 75 лет, направленных на специализированный прием по патологии слизистой влагалища и шейки матки из женских консультаций и стационаров Санкт-Петербурга. Приобретенный опыт позволил выработать четкие позиции по отношению к диатермохирургическим методам лечения патологических изменений шейки матки, которые были применены у 138 больных, предоперационной подготовке больных, ведению послеоперационного периода.

Отработаны защитные методики проведения хирургических вмешательств на шейке матки у пациенток группы риска по гемостазиологическим и воспалительным осложнениям: антибактериальная терапия, коррекция гемостаза, применение эстроген-прогестагенных препаратов (КОК), ведение послеоперационного периода с применением ферментосодержащих и эпителизирующих мазей, кислородотерапии.

Диатермоэксцизия у 73 пациенток проведена на фоне применения низкодозированного эстроген-гестагенного препарата («Марвелон») по схеме «21+21» (42 дня непрерывного приема) или «21 – 7 дней перерыв – 21+21», что позволило, с одной стороны, исключить возможность наступления беременности, с другой - быть свободным в выборе дня операции с учетом общепринятого подхода по профилактике эндометриоза. Вторая схема применения комбинированных оральных контрацептивов, на наш взгляд, предпочтительнее, учитывая возможность проверки переносимости препарата в течение месяца до оперативного вмешательства.