

ПОЛИКЛИНИЧЕСКАЯ ГИНЕКОЛОГИЯ

(Клинические лекции)

Под ред. проф. **В.Н.Прилепской**

3-е издание



Москва
«МЕДпресс-информ»
2008

УДК 618.1
ББК 57.1
П50

Все права защищены. Никакая часть данной книги не может быть воспроизведена в любой форме и любыми средствами без письменного разрешения владельцев авторских прав.

Авторы и издательство приложило все усилия, чтобы обеспечить точность приведенных в данной книге показаний, побочных реакций, рекомендуемых доз лекарств. Однако эти сведения могут изменяться.

Внимательно изучайте сопроводительные инструкции изготовителя по применению лекарственных средств.

Поликлиническая гинекология / Под ред. проф. В.Н.Прилепской. — 3-е изд., доп. — М. : МЕДпресс-информ, 2008. — 640 с., ил.
ISBN 5-98322-451-4

Книга представляет собой сборник клинических лекций по основным вопросам поликлинической гинекологии: заболевания шейки матки, влагалища и вульвы; диагностика и лечение заболеваний молочных желез; УЗ-диагностика; бесплодный брак; ожирение; заместительная гормональная терапия. Вопросы репродуктивного здоровья освещают контрацепцию после родов и аборт, в периоде перименопаузы, после сексуального насилия, у подростков. Большое внимание уделено проблеме бесплодного брака, современным подходам к диагностике и лечению, в том числе медико-генетическому консультированию и методам вспомогательных репродуктивных технологий. В разделе о контрацепции с применением гестагенов особое внимание уделено фармакологии современных гестагенов, перспективам применения новых гестагенов, а также использованию гормональных внутриматочных систем в качестве контрацептивного и лечебного средства.

Отдельный раздел посвящен применению фитотерапии в акушерско-гинекологической практике, в том числе при бесплодии, нарушениях менструального цикла, в климактерическом периоде. Описаны основные принципы и методы фитотерапии.

Книга предназначена для врачей акушеров-гинекологов, эндокринологов, онкологов, дерматовенерологов, а также для врачей других специальностей, интересующихся данными проблемами.

УДК 618.1
ББК 57.1

ISBN 5-98322-451-4

© Оформление, оригинал-макет.
Издательство «МЕДпресс-информ», 2008

КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ

**ГУ Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И.Кулакова
Росмедтехнологий (директор – акад. РАМН, проф. Г.Т.Сухих)**

П.Р.Абакарова, Т.М.Астахова, Г.Р.Байрамова, В.Е.Балан, Т.Н.Бибнева,
О.В.Быковская, А.И.Волобуев, Е.В.Гогаева, З.К.Гаджиева, А.С.Гаспаров,
А.Е.Голубенко, А.И.Гус, В.Н.Демидов, Н.В.Дмитриева, З.К.Есефидзе,
Я.З.Зайдиева, Н.И.Кондриков, И.Е.Корнеева, А.Г.Косаченко, М.Н.Костава,
Е.А.Кулабухова, В.И.Кулаков, А.В.Ледина, Б.В.Леонов, Ю.И.Липатенкова,
Л.А.Марченко, Е.А.Межжевитинова, Е.Г.Назаренко, Т.А.Назаренко,
Н.М.Назарова, О.Е.Озерова, Е.А.Осина, Л.И.Острейкова, В.О.Панов, М.М.Па-
нова, В.Н.Прилепская, А.В.Пырегов, Ф.С.Ревазова, С.И.Роговская, Т.В.Рудне-
ва, И.С.Савельева, В.А.Синицын, В.Ю.Смольникова, В.М.Стругацкий, А.В.Та-
гиева, Т.Т.Тагиева, Е.В.Уварова, Н.Д.Фанченко, И.Ю.Фофанова, О.Б.Шве-
цова, Р.Н.Щедрина, С.В.Юренева, К.А.Яворовская, В.В.Яглов

**Кафедра клинической фармакологии Российского гос. мед. университета (зав.
каф. – проф. Ю.Б.Белоусов)**

И.Л.Асецкая, Ю.В.Белоусов

**Кафедра онкологии Московского гос. мед.-стомат. университета (зав. каф. –
проф. Л.З.Вельшер)**

З.Р.Габуния, О.П.Гребенникова, В.Н.Прилепо, С.С.Чистяков

**Кафедра акушерства и гинекологии леч. ф-та МГМСУ (зав. каф. – проф.
И.Б.Манухин)**

И.Б.Манухин, Г.Н.Минкина

**Кафедра эндокринологии и диабетологии ФПО Московской медицинской
академии им. И.М.Сеченова (зав. каф. – проф. М.И.Балаболкин)**

А.М.Мкртумян

**Кафедра акушерства и гинекологии Омской гос. мед. академии (зав. каф. –
проф. Е.Б.Рудакова)**

Е.Б.Рудакова

РАМН РОНЦ им. Н.Н.Блохина (директор – акад. РАМН М.И.Давыдов)

В.П.Козаченко

**Нижегородская медицинская академия (ректор НГМА – чл.-корр. РАМН,
проф. В.В.Шкарин)**

Н.Д.Гладкова, Т.С.Качалина, Л.Б.Снопва

**Институт прикладной физики РАН, Н.-Новгород (директор – чл.-корр. РАН
А.Г.Литвак)**

И.С.Кутис, Н.М.Шахова

**Областная клиническая больница им. Н.А.Семашко, Н.-Новгород (глав. врач –
Р.М.Зайцев)**

И.А.Кузнецова

СОДЕРЖАНИЕ

1. ЗАБОЛЕВАНИЯ ШЕЙКИ МАТКИ, ВЛАГАЛИЩА И ВУЛЬВЫ	9
Эпидемиология, этиология и факторы риска заболеваний шейки матки (обзор литературы). <i>В.Н.Прилепская, А.Е.Голубенко</i>	9
Шейка матки в различные периоды жизни женщины. <i>Е.Б.Рудакова</i>	20
Роль воспалительных процессов половых органов в патологии шейки матки. <i>М.Н.Костава</i>	33
Микробиоценоз влагалища и патология шейки матки. Возможности коррекции дисбиотических состояний. <i>И.Б.Манухин, Г.Н.Минкина, В.С.Калинина</i>	37
Экзо- и эндоцервицит: морфологические аспекты. <i>Н.И.Кондриков</i>	47
Цервициты у больных с уреоплазменной инфекцией. <i>О.В.Быковская</i>	57
Эктопия шейки матки и гормональная контрацепция. <i>Н.М.Назарова</i>	69
Диагностические возможности кольпоскопии при воспалительных заболеваниях нижних отделов гениталий. <i>С.И.Роговская</i>	75
Возможности метода оптической когерентной томографии в визуализации слизистой шейки матки. <i>И.А.Кузнецова, Н.Д.Гладкова, Н.М.Шахова, Т.С.Качалина, Л.Б.Снопина, И.С.Кутис</i>	91
Роль вирусной инфекции в возникновении рака шейки матки. <i>В.П.Козаченко</i>	105
Вульвовагинальный кандидоз. <i>В.Н.Прилепская</i>	111
Бактериальный вагиноз. <i>Г.Р.Байрамова</i>	126
Вульводисплазия. <i>Л.А.Марченко</i>	136
2. ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ	143
Современные принципы диагностики заболеваний молочных желез. <i>А.И.Волобуев, В.А.Синицын, Т.В.Руднева</i>	143

Роль рентгеномаммографии, УЗИ и МРТ в диагностике состояний молочных желез, сопровождающихся масталгией. <i>В.И.Кулаков, А.И.Волобуев, В.О.Панов, О.Е.Озерова, Т.В.Руднева, М.М.Панова, Е.А.Кулабухова, О.Б.Швецова</i>	155
Доброкачественные опухоли и предопухолевые заболевания молочных желез. <i>С.С.Чистяков, О.П.Гребенникова, З.Р.Габуня, В.Н.Прилепо</i>	166
Консервативные методы лечения доброкачественных заболеваний молочных желез. <i>Т.Т.Тагиева</i>	174
3. БЕСПЛОДНЫЙ БРАК	191
Современные подходы к лечению бесплодия. <i>Т.А.Назаренко</i>	191
Современные подходы к лечению бесплодия, обусловленного генитальным эндометриозом. <i>И.Е.Корнеева, В.Ю.Смольникова</i>	203
Роль цервикального фактора при бесплодии. <i>Е.Г.Назаренко</i>	213
Медико-генетическое консультирование и клинико-генетические методы обследования супружеских пар в программе ЭКО и ПЭ, ИКСИ. <i>Ж.И.Глинкина, В.А.Бахарев, Б.В.Леонов, И.Г.Дзенис</i>	221
Применение антагониста гонадотропин-рилизинг-гормона ганиреликса в программе ЭКО. <i>Б.В.Леонов, К.А.Яворовская, Е.А.Осина</i>	243
Роль соматотропной функции гипофиза в реализации программы ЭКО и ПЭ. <i>Б.В.Леонов, К.А.Яворовская, Н.Д.Фанченко, Р.Н.Щедрина, Н.В.Дмитриева</i>	254
4. РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ	263
Репродуктивное здоровье населения России: медицинские, социальные и демографические проблемы. <i>В.И.Кулаков</i>	263
Использование КОК в комплексе терапии и профилактики осложнений после аборта. <i>И.С.Савельева</i>	273
Медикаментозный аборт в ранние сроки беременности. <i>Т.М.Астахова</i>	288
Железодефицитные состояния у больных с маточными кровотечениями. <i>В.В.Яглов</i>	293
Предменструальный синдром. <i>Е.А.Межевитинова</i>	302
Проблемы репродуктивного здоровья девочек. Пути профилактики и терапии его нарушений с помощью комбинированных гормональных контрацептивов. <i>Е.В.Уварова</i>	326
Контрацепция после родов. <i>В.В.Яглов</i>	334

Сексуальное насилие и экстренная контрацепция. <i>Т.Н.Бибнева</i>	338
Перименопауза и контрацептивные гормоны. <i>В.Н.Прилепская, Н.М.Назарова</i>	353
Преформированные лечебные физические факторы как средство улучшения репродуктивной перспективы женщин. <i>В.М.Стругацкий</i>	358
Современные поливитаминовые препараты. <i>И.Ю.Фофанова</i>	364
5. СОВРЕМЕННАЯ КОНТРАЦЕПЦИЯ	378
<i>Современная контрацепция с применением гестагенов</i>	
Клиническая фармакология современных гестагенов. <i>И.Л.Асецкая, Ю.Б.Белоусов</i>	378
Новые гестагены – новые перспективы. <i>В.Н.Прилепская, Л.И.Острейкова</i>	385
Левоноргестрел-содержащая внутриматочная система «Мирена» и возможности ее применения у женщин репродуктивного возраста. <i>А.В.Тагиева</i>	395
Применение гестагенной рилизинг-системы у женщин с сахарным диабетом. <i>П.Р.Абакарова</i>	404
<i>Современные внутриматочные контрацептивы.</i>	
<i>Ф.С.Ревазова</i>	413
<i>Новые гормональные рилизинг-системы. В.Н.Прилепская, Н.М.Назарова</i>	428
6. ЗАМЕСТИТЕЛЬНАЯ ГОРМОНАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ (ЗГТ)	434
Гормональная внутриматочная левоноргестрел-рилизинг- система – от контрацепции до ЗГТ. <i>Л.И.Острейкова</i>	434
Хирургическая менопауза и остеопороз. <i>С.В.Юренева</i>	459
Маточные кровотечения на фоне заместительной гормонотерапии: норма и патология. <i>Я.З.Зайдиева</i>	478
Заместительная гормонотерапия урогенитальных расстройств. <i>В.Е.Балан, З.К.Есефидзе, З.К.Гаджиева</i>	482
Недержание мочи у женщин: клиника, диагностика, лечение. <i>И.А.Аполихина, В.И.Кулаков</i>	497
7. ОЖИРЕНИЕ В ПРАКТИКЕ ГИНЕКОЛОГА	506
Методы диагностики ожирения. <i>Е.В.Гагаева</i>	506
Ожирение и репродуктивное здоровье женщины. <i>В.Н.Прилепская</i>	512
Современные подходы к лечению ожирения. <i>С.А.Бутрова</i>	520

Влияние Ксеникала на метаболические нарушения при синдроме инсулинорезистентности. *А.М.Мкртумян* 528

8. ФИТОТЕРАПИЯ В АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ 532

Основные принципы и методы фитотерапии.
В.Н.Прилепская 533

Климактерический синдром. Возможности фитотерапии.
А.В.Ледина 537

Бесплодие, нарушение менструального цикла и фитотерапия. *Т.А.Назаренко* 543

Преимущества фитотерапии при лечении гинекологической патологии. *А.В.Ледина, А.В.Тагиева* 548

Возможности применения препаратов растительного происхождения в акушерской практике. *И.Ю.Фофанова* . . . 552

9. УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА 558

Ультразвуковая диагностика цистоаденом яичников.
В.Н.Демидов, А.И.Гус 558

Эхо- и доплерометрия при опухолях яичников.
В.Н.Демидов, Ю.И.Липатенкова 572

10. ХИРУРГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ В ГИНЕКОЛОГИИ 589

Экстренная хирургическая помощь в гинекологии.
В.И.Кулаков, А.С.Гаспаров, А.Г.Косаченко 589

Мультимодальный подход к обезболиванию малых хирургических вмешательств в амбулаторных условиях.
А.В.Пырегов, А.А.Куземин 609

ЛИТЕРАТУРА 614

К НАШИМ ЧИТАТЕЛЯМ

Книга «Поликлиническая гинекология» представляет собой сборник лекций по наиболее актуальным проблемам гинекологии.

Основу ее составляют материалы семинара «Амбулаторно-поликлиническая гинекология – современные направления», который состоялся в Москве на базе Научного центра акушерства, гинекологии и перинатологии РАМН (май, 2002 г.). Лекции сгруппированы по основным актуальным направлениям, которые, как показало анкетирование слушателей, вызвали у них наибольший интерес.

Безусловно, клинические лекции представляют интерес не только для врачей поликлинических учреждений, но и стационаров, поскольку в современных условиях становятся в известной мере условными границы между этими звеньями акушерско-гинекологической помощи.

Коллектив авторов и редакторы будут благодарны читателям за отзывы и пожелания.

1

ЗАБОЛЕВАНИЯ ШЕЙКИ МАТКИ, ВЛАГАЛИЩА И ВУЛЬВЫ

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ, ЭТИОЛОГИЯ И ФАКТОРЫ РИСКА ЗАБОЛЕВАНИЙ ШЕЙКИ МАТКИ (Обзор литературы)

В. Н. Прилепская, А. Е. Голубенко

Среди гинекологических заболеваний у женщин репродуктивного возраста патология шейки матки составляет, по данным различных авторов, от 10 до 15%. Возникновение и развитие патологических процессов на шейке матки — достаточно сложный и малоизученный процесс. Между тем во многих странах мира изучению этиологии, патогенеза, диагностики и лечения заболеваний шейки матки уделяется значительное внимание. Это связано прежде всего с тем, что рак шейки матки в настоящее время является самым часто встречающимся онкологическим заболеванием женских половых органов во многих странах мира. Он составляет около 12% злокачественных опухолей, выявляемых у женщин.

Многие авторы отмечают определенную этапность и стадийность патологических процессов шейки матки в процессе канцерогенеза. Так, выделяют фоновые и предраковые заболевания, рак *in situ* и распространенный рак шейки матки. В связи с этим изучение как доброкачественных, так и предраковых заболеваний имеет большое значение в плане профилактики рака шейки матки. Многочисленные эпидемиологические исследования в различных странах мира способствуют уточнению этиопатогенетических и клинико-диагностических особенностей заболеваний шейки матки.

По данным литературы определенную роль в развитии заболеваний шейки матки играют национальные, климато-гео-

графические и социально-экономические факторы. И.Глиман (1967), Н.С.Киселева (1971), О.Л.Смахтина (1975) провели эпидемиологические исследования в среднеазиатских республиках. На 1000 осмотренных в Таджикистане предопухольные заболевания шейки матки у коренных жительниц встречались в 4 раза реже в сравнении с некоренными, а у городских жительниц чаще, чем у сельских. В Киргизской ССР наибольшая заболеваемость предраком шейки матки была обнаружена у табаководов зоны Таласа и в Ошской области. В Казахской ССР наибольшая заболеваемость предопухольными заболеваниями выявлена у русских, белорусок, украинок по сравнению с тюркскими женщинами (казашки, уйгурки, узбечки, татарки), что, по-видимому, могло быть связано с особенностями быта, обычаев, гигиенических навыков.

По данным исследований, проведенных в 70-х годах в Грузинской ССР, рак шейки матки встречается в 2,5 раза чаще у некоренного населения республики. В 5 раз выше рак шейки матки регистрируется в Абхазии, чем в Аджарии (Чарквиани Л.И., 1970). Авторы объясняют этот факт тем, что население Аджарии исповедует ислам, то есть достаточно широко распространена циркумцизия у мужчин. М.Г.Гаджиева на основании исследований, проведенных в Азербайджанской ССР в 1954–1963 гг., приводит данные о том, что частота рака шейки матки в этой республике в 2 раза меньше общесоюзных. Причем рак шейки матки в 4 раза чаще встречается у городских жительниц по сравнению с сельскими и заболеваемость чаще регистрируется у проживающих в низменных и предгорных районах (до 500 м над уровнем моря).

При изучении краевых особенностей рака шейки матки в Казахстане С.Н.Нугманов и соавт. (1970) выявили, что наиболее высокая заболеваемость и смертность регистрируются в Восточно-Казахстанской области и Алма-Ате, а самая низкая – в Чимкентской и Кызыл-Ордынской областях. Наиболее часто заболевание диагностируется у городских жителей. У коренного населения Казахстана рак шейки матки встречается в 2,5 раза реже, чем у некоренного.

В последнее время, по данным различных авторов, установлена связь между преимущественным развитием патологических процессов на шейке матки (вплоть до развития предраковых заболеваний и рака шейки матки) у различных национальных групп населения, а также у иммигрантов. Так, по данным Т.К. Young и соавт. (2000), рак шейки матки встречается гораздо чаще среди некоренного населения Манитоба (Канада), чем коренного. М.Р. Partin и соавт. (1999) провели

исследование по эпидемиологии рака среди американских индейцев. Авторы показали, что частота рака шейки матки немного выше, чем у американок европеоидной расы, а частота рака молочной железы — достоверно ниже. Н. J. Lynch и М. А. Rahim (1981) в своем исследовании определили, что для «бедных» стран так называемого третьего мира основными формами рака являются рак шейки матки и ротовой полости. По данным R. G. Fruchter и соавт. (1990), процент рака шейки матки среди англоговорящих иммигранток с Карибских островов несколько ниже, чем среди темнокожего населения США и выходцев с Гаити. Т. М. Becker и соавт. (1991) исследовали 1603 беспорядочно отобранных испанок, натуральных американок и белых женщин неиспанок в Нью-Мексико. Обнаружено, что 9% обследованных были ВПЧ-положительны. Из них 13,7% — неиспанок, 9,7% — испанок и 6,6% — натуральных американок. Распространенность ВПЧ была отчетливо связана с молодым возрастом (14–19 лет). G. E. Hendershot (1987) отмечает религиозные и национальные различия в частоте рака шейки матки. Автор отмечает, что эти различия скорее всего связаны с особенностями гигиенических навыков, предпочтением барьерных методов контрацепции среди негроидной и европеоидной рас, а также различных религиозных групп. Так, среди евреек, африканок и некоторых представителей религиозных групп среди европеоидной расы повышенная частота рака шейки матки может быть связана с тем, что эти женщины не используют барьерные методы контрацепции.

По данным того же автора, в исследовании 1982 г. отмечается, что повышенная частота рака шейки матки регистрируется у женщин, имеющих низкий социально-экономический статус и проживающих в сельских регионах страны. С. W. Critchlow и соавт. (1995) сообщают о более высокой частоте эктопии шейки матки и экзоцервицита у женщин, использующих частые спринцевания.

В последнее время публикации, посвященные крупномасштабным эпидемиологическим исследованиям, отсутствуют.

На протяжении многих десятков лет учеными высказывалось предположение о главенствующей роли инфекционного фактора в генезе рака шейки матки, причем значительное количество инфекций нижнего отдела генитального тракта женщин считалось этиологическим фактором. В настоящее время наибольший интерес среди инфекций, передающихся половым путем, представляют хламидии и папилломавирусы. Это связано отчасти с высокой частотой выявления данных

инфекций у гинекологических больных. Среди пациенток с патологией шейки матки хламидии обнаруживаются в 40–49% случаев (Кутлин А.В. и др., 1996). У 11–46% сексуально-активных женщин в тканях мочеполового тракта обнаруживается ДНК вируса папилломы человека (Donnelly J. et al., 1996). Особое значение приобретает тот факт, что наибольшая частота инфицированности выявляется в молодом возрасте. Так, по данным M.Delcroix (1994), около 86% всех новых случаев урогенитального хламидиоза и папилломавирусной инфекции (ПВИ) отмечается у пациенток моложе 30 лет.

А.С.Прозоров и соавт. (1996) установили взаимосвязь лейкоплакии шейки матки с инфицированностью вирусом простого герпеса 2-го типа и цитомегаловирусом.

Однако в настоящее время ключевой концепцией этиопатогенеза рака шейки матки признана вирусная гипотеза, в которой ведущая роль отдается папилломавирусной инфекции. История развития биологии ПВИ связана с развитием лабораторных технологий. Только в 80-х годах XX в. был идентифицирован самый высокоонкогенный тип вируса папилломы человека (ВПЧ) – 16-й. Особую роль в развитии представлений о роли ВПЧ в генезе заболеваний шейки матки сыграло открытие полимеразной цепной реакции (ПЦР), благодаря которой была выявлена высокая связь ВПЧ и цервикальной интраэпителиальной неоплазии (CIN).

В настоящее время идентифицировано более 100 различных типов ВПЧ, из которых 30 инфицируют генитальный тракт человека. Нумерация типов ВПЧ идет от времени открытия типа вируса. Выделяют типы, подтипы и варианты типа вируса по различиям в составе ДНК. Различия в составе ДНК между типами вируса составляют более 10%, между подтипами от 2 до 10%, между вариантами типа вируса – менее 2%. Кроме того, среди типов ВПЧ-инфекции выделяют группы различного онкологического риска. Так, к низкому онкологическому риску относят ВПЧ 11, 6, 40, 42, 43, 44 и 61-го типов; к среднему риску – 30, 33, 35, 39, 45, 52, 56, 58; к высокому риску – 16, 18 и 31-го типы вируса.

По данным J.J.Curter и соавт. (1996) выявление серопозитивного вируса папилломы человека типа 16 в 5,7 раза увеличивает вероятность развития плоскоклеточных интраэпителиальных поражений, чем выявление ВПЧ 16-го типа без обнаружения в организме антител к нему.

М.М.Schiffman и соавт. (1995) при обследовании 500 больных с цервикальной интраэпителиальной неоплазией так

описывают эпидемиологический профиль: это женщины с ранним началом половой жизни, имеющие большое количество половых партнеров, курящие большое количество сигарет в день и имеющие низкий социально-экономический статус. 76% таких пациенток были ВПЧ-положительны.

Идентификация ВПЧ-инфекции при различной патологии шейки матки имеет также географические особенности. В различных регионах мира выявляются различные типы папилломавирусной инфекции. Так, в 1993 г. в Тайване обследовано 43 больных раком шейки матки. 72% из них были ВПЧ-положительны. ВПЧ 16-го типа выявлен у 15% больных, 18-го типа – у 2 больных; 11, 33, 52, 58-го соответственно по одной больной, ВПЧ 31 и 42-го типа не идентифицирован. У 5 больных ВПЧ не был обнаружен.

D.V.Thomas и соавт. (2001) при обследовании 190 больных с распространенным раком шейки матки и 75 больных с раком *in situ* в Бангкоке выявили ВПЧ у 79 и 57% больных соответственно. При типировании вирусов были обнаружены 16 и 18-е типы, а 31, 33, 35 и 39-е не были идентифицированы. Причем такие факторы, как курение, цервикальные инфекции, низкий социально-экономический статус, имели значение для развития только рака *in situ*, но не для распространенного рака шейки матки. У ВПЧ-положительных больных с раком *in situ*, по данным авторов, в 4 раза чаще развивался агрессивный рак шейки матки, чем у ВПЧ-отрицательных.

По данным T.Sasagawa и соавт. (2001), 11, 39, 42, 44, 53, 59, 62 и 66-й типы ВПЧ связаны с плоскоклеточными интраэпителиальными поражениями низкой степени; типы 16, 18, 31, 51, 52, 58 – с плоскоклеточным раком шейки матки; 16 и 18-й типы – с аденокарциномой; 6 и 11-й – с кондиломами; 16, 51, 52, 58-й – с плоскоклеточными интраэпителиальными поражениями высокой степени.

По данным D.Eschle и соавт. (1992), имеются географические особенности нуклеотидной последовательности гена E7 вируса папилломы человека 16 и 18-го типов в Танзании и Германии. Авторы предполагают, что подобные географические особенности существуют и в других регионах мира. C.Kammer и соавт. (2000) считают, что по антигенному составу ВПЧ 16-го типа можно выделить азиатско-американский, северо-американский, европейский и африканский типы вируса. Однако, согласно результатам других авторов, производивших исследования папилломавирусной инфекции человека в Колумбии и Испании, теория географической распространенности ВПЧ-инфекции недостаточно убедительна.

По данным исследований, проведенных в Коста-Рике в 2001 г., отмечается высокая распространенность ВПЧ-инфекции у больных с CIN. J.Dillner и соавт. (1994) показали, что основным инфекционным агентом у больных раком шейки матки в Северной Швеции является вирус папилломы человека 16-го типа.

По данным Н.С.Киселевой (1967), предопухолевые заболевания шейки матки в 2 раза чаще встречаются у коренных жительниц Киргизии по сравнению с русскими. При изучении заболеваемости шейки матки в Казахстане О.Л.Смахтина (1975) отметила, что самая низкая частота заболеваний шейки матки регистрируется у коренных жительниц, представителей тюркской группы. Автор связывает данный факт с особенностями быта, обычаев, гигиенических навыков, а также невысоким количеством абортс у данной группы населения. Частота предопухолевых заболеваний шейки матки не связана с принадлежностью к той или иной этнической группе, а скорее зависит от места жительства.

Благодаря последним эпидемиологическим исследованиям установлено, что риск ПВИ выше у некоренного населения региона и мигрантов из других регионов. Так, у мексиканок, рожденных в США, регистрируются более низкие уровни ВПЧ-инфекции, чем у мексиканок, рожденных в Мексике и проживающих в США (Giuliano A.R. et al., 2001). Авторы исследования предполагают, что в этом случае имеет значение сексуальное поведение мужчин. Распространенность ВПЧ-инфекции среди американских мексиканок составляет 14,4%. ВПЧ 16-го типа, по данным авторов, одинаково распространен в США и в Мексике. Самая высокая заболеваемость отмечена в возрасте 16–25 лет – 25%; самая низкая в возрасте 56–65 лет – 5,3%.

По данным T.Nyarí и соавт. (2001), обследовавших 728 жительниц Венгрии, распространенность папилломавирусной инфекции гениталий составляет 14%. Авторами выявлены «маркеры» ПВИ: возраст моложе 24 лет, нерегулярная половая жизнь, курение, аномальная цитологическая картина в цервикальных мазках, наличие кондилом и генитального рака у кого-либо из членов семьи, а также проживание в регионе с высоким уровнем безработицы. Использование презерватива снижает риск заражения папилломавирусной инфекцией гениталий, причем независимо от того, какой именно фактор риска присутствует у данной пациентки.

D.V.Mak и соавт. (1993) при обследовании коренных жительниц Австралии отметили, что частота диспластических

поражений шейки матки у них ниже, чем в целом по данной территории. У 1,6% больных обнаружена CIN, у 2,6% получены данные о заражении ВПЧ; в возрастной группе от 15 до 19 лет выявляемость CIN составила 4,7%.

По данным различных авторов восприимчивость цервикального эпителия к вирусу папилломы человека связана с генетической предрасположенностью. В геноме человека открыт белок p53. Исследованием его структуры занимаются ведущие биологи мира, считая, что он является узловой точкой генома, изменения в которой запускают развитие опухоли. В 1990 г. были определены функции p53 в нормальных клетках как гена – супрессора опухолевого роста. В литературе достаточно широко обсуждалась роль других инфекционных факторов в этиологии заболеваний шейки матки. S.Graham и соавт. (1985) высказали предположение, что рак шейки матки ассоциирован с вирусом простого герпеса 2-го типа. N.Reesink-Peters и соавт. (2001) изучали присутствие антител к *Chlamidia trachomatis* при цервикальной интраэпителиальной неоплазии и не выявили никакой взаимосвязи. J.Dillner и соавт. (1994) исследовали антитела к хламидиям, цитомегаловирусу, вирусу Эпштейна–Барр, вирусу простого герпеса 2-го типа и вирусу папилломы человека 16 и 18-го типа у 94 больных раком шейки матки в Финляндии. Были выявлены повышенные уровни антител к ВПЧ 16 и 18-го типа, а также небольшое увеличение титра антихламидийных антител. В некоторых исследованиях (Critchlow S.W. et al., 1995) показана взаимосвязь выявления хламидий при эктопии шейки матки, ассоциированной с экзоцервицитом. Хронические экзоцервициты чаще обнаруживаются при сочетании кондилом шейки матки и CIN с эктопией, что объясняется благоприятными условиями для внедрения и колонизации этих микроорганизмов в цилиндрическом эпителии.

K.A.Ward и соавт. (1994), обследовав 212 пациенток, обратившихся с жалобами на аногенитальные бородавки, в 56% при кольпоскопии и в 32% случаев при цитологическом исследовании цервикальных мазков обнаружили патологию шейки матки.

Многие исследователи отмечают «высокую возможность ассоциации между хламидиями и цервикальной интраэпителиальной неоплазией» (Carta G. et al., 1994; Schneider A. et al., 1996).

R.Cartier и I.Cartier (1993) предлагают диспластические процессы шейки матки трактовать как заболевание, передаю-

отмечен регресс плоскоклеточных интраэпителиальных поражений низкой степени в 30% случаев, высокой степени — в 18% случаев. В случае ВПЧ-положительных плоскоклеточных интраэпителиальных поражений такой корреляции не наблюдалось. R. Negro и соавт. (1991) показали, что витамин С, каротиноиды в сочетании с витамином С снижают риск развития рака шейки матки. Однако, по данным K. Mallio и соавт. (1990), не выявлено никакой взаимосвязи между повышенным или недостаточным потреблением витаминов А и С, фолиевой кислоты, каротиноидов с развитием рака шейки матки.

Большой практический интерес представляет влияние различных методов контрацепции на возникновение генитальных инфекций и патологии шейки матки. Для профилактики инфекций, передающихся половым путем, наиболее предпочтительны барьерные методы контрацепции. D. V. Thomas и соавт. (1996) при изучении анамнеза больных раком шейки матки установили, что длительное использование эстроген-гестагенных препаратов с целью контрацепции увеличивает риск развития рака шейки матки. Риск развития рака также возрастает и при использовании КОК с повышенным содержанием гестагенов. По данным M. M. Madeleine и соавт. (2001), риск развития рака шейки матки у женщин с ВПЧ-инфекцией повышается при длительным (более 12 лет) использовании оральных контрацептивов. S. Morrison и соавт. (2001), изучая влияние гормональной контрацепции на возможность развития цервикальной инфекции, установили, что прием комбинированных оральных контрацептивов не ассоциируется с инфекциями экзоцервикса. Использование Депо-Провера, как считают некоторые авторы, связано с повышенным риском инфекционных поражений шейки матки у пациенток до 18 лет. Однако, по данным N. Munos и соавт. (1999), использование контрацепции независимо от метода снижает заболеваемость папилломавирусной инфекции. M. Schiff и соавт. (2000) выявили факторы риска цервикальной интраэпителиальной неоплазии среди индианок американского происхождения и установили, что риск развития CIN увеличивается при использовании внутриматочной контрацепции женщинами с ВПЧ-инфекциями. Оральная контрацепция положительно коррелирует с эктопией шейки матки, особенно в присутствии цервикальной инфекции.

V. Kaplan и соавт. (1998) сообщают, что при цитологически выявленной дисплазии шейки матки на фоне длительного (более 5 лет) использования внутриматочного контрацептива, изменения в цервикальных мазках исчезают самостоятельно

шееся половым путем. При этом данное положение авторы аргументируют следующими доводами:

- 1) рак шейки матки очень редко наблюдается у монашек;
- 2) частота рака шейки матки в 3,5 раза выше у женщин, мужья которых страдают раком полового члена;
- 3) цервикальная интраэпителиальная неоплазия часто сочетается с большинством заболеваний, передающихся половым путем.

В ряде эпидемиологических исследований было отмечено снижение заболеваемости раком шейки матки у женщин, чьи мужья подвергались циркумцизии. Этот факт связывали с возможным канцерогенным действием смегмы. В других исследованиях авторы, пытаясь объяснить отсутствие рака шейки матки у девственниц и монахинь, высказывали предположение о канцерогенности содержащихся в сперме гистонов и протаминов, которые в культуре ткани вызывали атипичную многослойную эпителию шейки матки (Киселев Ф.Л., 1990).

Курение также относят к одному из вероятных факторов риска патологии шейки матки. По данным некоторых авторов курение ассоциировано с цервикальной интраэпителиальной неоплазией и раком шейки матки. Причем риск заболевания повышается с увеличением количества сигарет в день и продолжительностью курения. Риск рака шейки матки не изменяется при продолжительности курения менее 20 лет, а риск CIN четко коррелирует с продолжительностью курения. S.F.Daly и соавт. (1998) доказали, что у женщин, выкуривающих более 20 сигарет в день, риск плоскоклеточных интраэпителиальных поражений высокой степени увеличивается в 5 раз. По данным S.E.Varton и соавт. (1989), в цервикальной слизи курящих женщин обнаружены производные никотина, которые снижают число клеток Лангерганса в шейке матки, что приводит к персистенции вируса папилломы человека. Кроме того, продукты метаболизма никотина могут индуцировать мутации, способствуя процессу канцерогенеза. Следовательно, присутствующие в табачном дыме канцерогены могут действовать на разных этапах изолированно или в сочетании с ВПЧ. Однако F.X.Bosch и соавт. (1992) отмечают слабую корреляцию курения с раком шейки матки по сравнению с другими факторами риска.

В литературе обсуждается возможность диетической детерминированности заболеваний шейки матки. Так, по данным K.A.Keefe и соавт. (2001), у ВПЧ-отрицательных женщин с CIN, на протяжении 2 лет принимавших каротин (30 мг/сут.),

после извлечения ВМС. D.V.Thomas и соавт. (1996) при исследовании 225 больных раком шейки матки в Тайланде установили, что большое количество половых партнеров увеличивает риск заболевания. Авторы предположили, что повышенная частота рака шейки матки у женщин, вступивших в брак после 30 лет, может быть связана с тем, что до женитьбы их мужья пользовались услугами проституток. При исследовании риска развития рака шейки матки среди семейных пар установлено, что риск заболевания повышается в 5,2 раза в семьях, в которых один из супругов имел 20 и более половых партнеров в течение жизни. F.X.Bosch и соавт. (1994) провели исследование женщин групп повышенного риска в Испании и Колумбии. Была выявлена зависимость между риском развития рака шейки матки, большим количеством половых партнеров и продолжительностью партнерства, ВПЧ-инфекцией. Авторами сделан вывод, что повышенный риск рака шейки матки в Латинской Америке связан с эндемическими особенностями ВПЧ-инфекции и недостаточной элиминацией вируса в группах повышенного риска.

Интересные данные получены при изучении влияния беременности и родов на частоту заболеваний шейки матки. По данным N.Munos и соавт. (1999), не обнаружена связь между выявляемостью ДНК ВПЧ и количеством родов. В возникновении предраковых состояний шейки матки многие исследователи придают большое значение родовой травме и травме после искусственного аборта. Чем больше родов в анамнезе, тем реже выявляется рак шейки матки, и чем больше аборт, тем чаще заболеваемость раком шейки матки. В.Н.Вехновский (1984) при обследовании в течение 3 лет женщин после искусственного аборта отметил различную патологию шейки матки. Причем заболеваемость была выше в группе пациенток, у которых срок беременности при медицинском аборте составлял 11–12 нед. Исследование «случай-контроль» в 8 городах Франции в 1984 г. показало, что у женщин с двумя и более абортами в анамнезе риск заболевания раком шейки матки в 5 раз выше, чем у не имевших искусственных аборт. Эпидемиологические исследования, проведенные в 70-х годах в Армянской ССР, показали, что основная масса случаев рака шейки матки регистрируется в 3 городах республики – Ереване, Кировокане и Ленинанконе, где в то время производилось больше всего искусственных аборт.

Канцерогенное действие аборта может быть связано с механической травмой эндоцервикса и возможной инфекцией. В результате этого нередко развивается хронический воспа-

лительный процесс, на фоне которого могут возникать клеточная атипия и дисплазия эпителия шейки матки. Роли механической травмы как возможного фактора нарушения регенерации в зоне эктопии шейки матки посвящены и исследования последних лет. К. J. Syrjänen (1996) показал, что цервикальная эктопия встречается в 2 раза чаще на передней губе шейки матки по сравнению с другими локализациями. Цилиндрический эпителий в силу своего однорядного строения является наиболее уязвимым к механическому повреждению. По данным G. Tordjman (1976), во время полового акта контакт полового члена у женщин, имеющих матку в положении *anteflexio*, происходит преимущественно с передней губой шейки матки; при положении матки в *retroflexio* – с задней вне зависимости от выбранной парой позы. Факторами механической травмы цилиндрического эпителия цервикального канала могут быть барьерные средства контрацепции и влажало-щные тампоны типа «Тампакс» (Новиков А. И., Кононов А. В., Ваганова И. Г., 2002).

Различные авторы указывают на роль профессиональных вредностей в этиопатогенезе заболеваний шейки матки. О. Л. Смахина (1975) отмечает более высокую частоту заболеваний шейки матки у работниц табачной и нефтеперерабатывающей промышленности. Причем самая высокая заболеваемость регистрируется у женщин, имеющих непосредственный контакт с вредными веществами. A. Blair и соавт. (1979) провели анализ 330 смертей работниц прачечных и химчисток. Среди данной когорты женщин отмечен увеличенный риск развития рака легкого и рака шейки матки.

Таким образом, вопросы этиологии и факторов риска развития заболеваний шейки матки в настоящее время остаются недостаточно изученными. Актуальность данной проблемы требует дальнейших исследований с целью определения климато-географических, профессиональных и бытовых predisposing факторов патологии шейки матки, влияния репродуктивного поведения женщин на заболеваемость, а также выяснения других причин, имеющих значение в этиопатогенезе заболеваний экзоцервикса.

ШЕЙКА МАТКИ В РАЗЛИЧНЫЕ ПЕРИОДЫ ЖИЗНИ ЖЕНЩИНЫ

Е. Б. Рудакова

Шейка матки имеет свои клинические и морфофункциональные особенности в различные возрастные периоды жизни женщины. Вместе с телом матки шейка образуется путем слияния мюллеровых каналов на 12–16-й неделе внутриутробного развития. Слизистая оболочка, покрывающая влагалищную часть шейки матки, — экзоцервикс, состоит из 4 слоев, каждый из которых является этапом созревания многослойного плоского эпителия (МПЭ): базальные клетки (один ряд незрелых клеток); парабазальные клетки (несколько рядов), те и другие обладают митотической активностью; промежуточные, умеренно дифференцированные клетки (6–7 рядов); поверхностные клетки (2–3 ряда) — это высоко дифференцированные клетки, обладающие тенденцией к ороговению.

Слизистая оболочка, выстилающая цервикальный канал, — эндоцервикс, представляет собой один ряд высоких цилиндрических клеток с базально расположенными ядрами. Область перехода МПЭ в цилиндрический эпителий (ЦЭ) имеет сложную гистоархитектонику и играет важную роль в возникновении патологических процессов шейки матки. В переходной зоне над базальной мембраной появляется слой мелких зерновых клеток, обладающих бипотентными свойствами (могут дифференцироваться в МПЭ и ЦЭ); над ними располагаются или цилиндрические клетки, или клетки незрелого метапластического эпителия. Переходная зона может располагаться на влагалищной части шейки матки — возникает эктопия (несвойственное расположение цилиндрического эпителия). Переходная зона может совпадать с границей наружного и внутреннего зева или же располагаться в нижней трети цервикального канала. Все изменения на шейке матки связаны либо с возрастными гормональными изменениями, либо с нарушением гормонального баланса и иммунного статуса, либо с воздействием внешних факторов: инфекция, химическое, физическое или травматическое поражение (в родах, в результате лечебных мероприятий).

Во внутриутробном периоде смещение переходной зоны на экзоцервикс (появление эктопии) считается нормальным

этапом развития шейки матки и объясняется воздействием эстрогенов, продуцируемых материнским организмом. По мере роста и развития организма у большинства девочек происходит уменьшение эктопии и к периоду полового созревания она практически исчезает (Прилепская В.Н., 2001). Иногда процесс задерживается, эктопия сохраняется до пубертатного возраста и определяется как **врожденная эктопия**. Если при этом имеется еще и нарушение эпителиально-стромальных взаимоотношений и на влагалищной части шейки матки возникает выворот обычно передней стенки цервикального канала, то картина соответствует **врожденному эктропиону**. В репродуктивном возрасте в большинстве случаев переходная зона совпадает с границей между наружным и внутренним зевом. Но нередко под влиянием гормонального дисбаланса, инфекции, воспалительного процесса, химических раздражителей, травм происходит смещение переходной зоны на экзоцервикс и возникает **приобретенная эктопия**. В ряде случаев она подлежит лечению, и если появляется вновь, то ставится диагноз рецидивирующей эктопии. В период постменопаузы в связи с инволюционными процессами в половой системе отмечается смещение переходной зоны в нижнюю треть эндоцервикса. Эктопия цилиндрического эпителия в чистом виде в этом возрасте встречается крайне редко (Прилепская В.Н., 1999, 2001; Краснопольский В.И., 1997).

Распространенность эктопии у женщин очень высока. Она встречается, по нашим данным, у 38,8% женщин, в том числе у 49,2% гинекологических больных, наиболее часто выявляется у нерожавших женщин в возрасте до 25 лет (от 54,2 до 90% случаев). В настоящее время выделяют 3 вида эктопии (Рудакова Е.Б., 1999, 2001): врожденную – встречается у 11,3% женщин, приобретенную – у 65,6% и рецидивирующую – у 23,1%, а также 2 клинические формы: осложненную – у 82,3% и неосложненную – у 17,7%. К осложненным формам эктопии относится сочетание ее с нарушением эпителиально-стромальных взаимоотношений (эктропион) с воспалительным процессом шейки матки и влагалища, с другими фоновыми, а также предраковыми процессами. По нашим данным, эктопия до 18 лет встречается у 12,3% женщин, в 18–35 лет – у 69,3% женщин, в 36–45 лет – у 11% женщин, в 46 лет и старше – у 7,3% женщин.

Основными *методами диагностики* эктопии, как и других изменений на шейке матки, являются осмотр в зеркалах, простая и расширенная кольпоскопия, оценка влагалищного ми-

кrobiоценоза, цитологическое исследование мазков-отпечатков (так называемые ПАП-мазки) и прицельная биопсия с последующим гистологическим исследованием.

Кольпоскопические картины при эктопии отличаются многообразием. Согласно современной международной терминологии, кольпоскопии при эктопии чаще всего встречаются (Прилепская В.Н. и др., 1997): 1) нормальные кольпоскопические образования (цилиндрический эпителий – ЦЭ, нормальная зона трансформации – ЗТ в различных сочетаниях); 2) ненормальные кольпоскопические образования в зоне трансформации и за ее пределами в виде ацетобелого эпителия, мозаики, пунктации, атипических сосудов, йоднегативной зоны, лейкоплакии.

Характерная кольпоскопическая картина наблюдается при эктропионе (вывороте цервикального канала): на фоне ЦЭ и ЗТ имеются *palma cervicalis* в виде еловых ветвей, если эктропион врожденный, и беспорядочное расположение *palma cervicalis* при травматическом поражении шейки матки.

По нашим данным, частота различных кольпоскопических картин при эктопии варьирует в зависимости от возраста. Так, цилиндрический эпителий в эктопиях преобладает в возрастной группе до 35 лет (17,8%) и отсутствует у пациенток старше 46 лет. Законченная зона трансформации преобладает в возрастной группе старше 36 лет (50,4%). По данным В.Н.Прилепской и Н.В.Царевой (1997), в постменопаузе эктопия в виде очагов цилиндрического эпителия не выявляется ни в одном случае. У 37% женщин наблюдаются остаточные явления эктопии в виде ЗТ с открытыми и закрытыми железами. Врожденный эктропион преобладает в группе до 18 лет, в других группах – практически не встречается. Аномальные кольпоскопические картины (ЗТ с атипичными сосудами, лейкоплакией, пунктацией, мозаикой, ацетобелым эпителием и ороговением желез) определяются в основном у пациенток с эктопией шейки матки в возрасте 36–45 лет (в 50% случаев).

Разнообразие клинических проявлений эктопии определяет врачебную тактику. Принципиальным является трактовка изменений на шейке матки в МКБ-Х. К болезням и проблемам здоровья согласно МКБ-Х относится только осложненная форма эктопии. Осложненная эктопия на фоне нарушения эпителиально-стромальных взаимоотношений, инфекционного процесса или в сочетании с другими фоновыми и предраковыми процессами (полип, лейкоплакия, диспла-

зия) подлежит лечению с целью профилактики восходящих воспалительных процессов, нарушений репродуктивной функции и рака шейки матки. Неосложненная эктопия относится не к болезням и проблемам здоровья, а к гистофизиологическим особенностям шейки матки и не нуждается в терапевтических местных мероприятиях. В необходимых случаях следует проводить коррекцию измененного гормонального фона, нарушенной менструальной функции, рекомендовать для контрацепции ОК. Все другие изменения на шейке матки однозначно трактуются как патологические и требуют лечения.

Кроме эктопии на шейке матки нередко возникают воспалительные процессы. *Цервициты* — это тотальное воспаление шейки матки, включающее слизистую оболочку влагалищной части шейки матки (экзоцервицит) и слизистую оболочку канала шейки (эндоцервицит). Эктопии и цервициты тесно связаны между собой. По нашим данным, эктопии сочетаются с воспалением влагалища и шейки матки в 67,7% случаев. Цервициты являются одной из основной причин эктопии шейки матки и могут обуславливать рецидивы этого процесса. Однако нередко цервициты существуют и без эктопии. В репродуктивном возрасте воспалительные процессы в экзо- и эндоцервиксе могут быть вызваны как возбудителями неспецифической, так и специфической этиологии. Неспецифические экзо- и эндоцервициты — это инфекционно-воспалительные заболевания, обусловленные действием условно патогенных микроорганизмов (кишечной палочки, стрептококков, стафилококков и др.). Специфические экзо- и эндоцервициты могут быть обусловлены инфекционными заболеваниями, передающимися половым путем, — хламидиоз, микоплазмоз, трихомониаз, кандидоз, вирусные заболевания и др.

Кольпоскопические картины при экзоцервицитах позволяют различить очаговый и диффузный варианты. Следует отметить, что, по мнению ряда авторов, кольпоскопия может помочь предварительной оценке характера инфекции шейки матки. Так, например, гипертрофические эктопии призматического эпителия и картина фолликулярного цервицита позволяют заподозрить хламидийную инфекцию. Повышенное развитие сосудистой сети в виде «завитков», «розочек» в поверхностных слоях, йоднегативные зоны часто отмечаются при вирусной инфекции. Для плоских кондилом характерно наличие участков ацетобелого эпителия, которые становятся различимыми после пробы с уксусной кислотой. Чередование

«шероховатых» зон с «лакированной» поверхностью, появление сосудов в виде «брызг» и «точек» свидетельствуют о генитальном кандидозе. В постменопаузе на фоне возрастного дефицита эстрогенов происходят атрофические изменения шейки матки, связанные с ухудшением трофики и снижением микроциркуляции. Эти атрофические изменения у 88% пациенток – диффузные, у 12% пациенток – очаговые. У 70% пациенток атрофические изменения сочетаются с воспалительной реакцией экзоцервикса – атрофическим неспецифическим экзоцервицитом. При этом выявляется следующая кольпоскопическая картина в отличие от картины воспаления шейки матки в репродуктивном возрасте: отсутствуют признаки отека и гиперемии, слизистая неравномерно истончена просвечивающими, легко травмирующимися подэпителиальными сосудами. Следует помнить, что воспаление экзо- и эндоцервикса может симулировать картину клеточной атипии при проведении цитологического исследования, поэтому все морфологические исследования проводят после санации влагалища.

Диагностика экзо- и эндоцервицита с верификацией инфекционного агента, чаще при наличии эктопии, очень важна, так как в этом случае нередко, особенно при вирусной и хламидийной инфекции, возникают предраковые процессы и рак. Это связано с тем, что хронический воспалительный процесс шейки матки влияет на процессы метаплазии при эктопиях (пролиферации и дифференцировки резервных клеток) и в ряде случаев может привести к развитию дисплазии. Дисплазия шейки матки – это предрак. Дисплазию рассматривают как патологический процесс, начинающийся в переходном метапластическом эпителии, который выражается в появлении атипичных клеток на фоне повышенной пролиферации базальных и парабазальных клеток. Различают *дисплазию* легкой, средней и тяжелой степени. Кольпоскопические маркеры дисплазии – аномальные кольпоскопические картины. Особенно важным для диагностики дисплазии является наличие ацетобелого эпителия. По мнению различных исследователей, частота эпителиальных дисплазий неодинакова. При профилактических осмотрах шейки матки дисплазия выявляется в 0,2–2,2% случаев (Прилепская В.Н., 1997, 2001). По нашим данным, частота эпителиальных дисплазий на фоне эктопии зависит от возраста: максимальное число дисплазий (8,5%) отмечено в возрастной группе 36–45 лет. Дисплазия легкой степени нередко выявляется при воспалении шейки матки, когда при цитологическом исследовании

обнаруживаются репаративные атипичные клетки — эквиваленты дисплазии. После проведенного противовоспалительного лечения эти явления быстро исчезают. По данным ряда авторов, при дисплазии средней и тяжелой степени тяжести в 62% случаев диагностируется вирусное поражение (Новиков А.И. и др., 2002). Известно, что инфицированность папилломавирусной инфекцией (ПВИ) увеличивает риск развития дисплазии в 10 раз. По нашим данным, при эктопиях дисплазия чаще выявляется на фоне хламидийной и вирусной инфекции.

Лейкоплакия — это патология шейки матки, которая в 31,6% случаев связана с возникновением дисплазии и злокачественной трансформацией МПЭ шейки матки. Частота в популяции — 1,1%, в структуре заболеваний шейки матки — 5,2%. Лейкоплакия шейки матки представляет собой белое пятно с четкими границами и относится к дискератозам. Белый цвет обусловлен ороговением и утолщением эпителия. Причинами являются: нарушение гормонального и иммунного гомеостаза, инфекция, химическое воздействие, травма. Нередко у 1/3 больных возникает на фоне неоднократного медикаментозного и электрохирургического лечения эктопии шейки матки. По нашим данным, на фоне эктопии лейкоплакия до 18 лет встречается у 5,8% пациенток, с 18 до 35 лет — у 6,8% пациенток, от 36 до 45 лет — у 19,2% и старше 46 лет — у 3,2% пациенток. Различают следующие формы лейкоплакии: 1) кольпоскопическая форма (немые йод-негативные зоны); 2) клинически выраженные формы: простая лейкоплакия, бородавчатая лейкоплакия, основа лейкоплакии, поля лейкоплакии.

Полип — это разрастание слизистой оболочки канала шейки матки. В этот процесс вовлекается подлежащая фиброзная ткань. Полипы встречаются у 1–14% больных. Они могут быть в любом возрасте, но чаще развиваются в 40–50 лет, рецидивирование полипов наблюдается у 16% пациенток. На фоне эктопии полипы встречаются в 2,8% случаев, при этом в группе старше 35 лет — в 15% случаев. Причины возникновения полипов — нарушение гормонального и иммунного гомеостаза, воспалительный процесс. Полипы могут быть покрыты цилиндрическим эпителием, при этом он имеет гроздевидную ярко-красную поверхность. Более часто полип покрыт многослойным плоским эпителием, в этом случае он выглядит розовым и гладким. Иногда кольпоскопические картины могут быть пестрыми и сочетаться с зоной превращения.

На шейке матки может выявляться *папиллома*. Это очаговое разрастание плоского многослойного эпителия с явлениями ороговения. Внешне папиллома представляет собой розовое или белесоватое бородавчатое образование. Основание папилломы может быть широким или в виде тонкой ножки, иногда отмечается наружный рост. Как и лейкоплакию, папиллому относят к гиперкератозам. Этиология папилломы изучена мало. Чаще встречается в позднем репродуктивном возрасте.

Во время беременности на шейке матки нередко возникает разрастание децидуальной ткани (*децидуоз*), обусловленное гормональной перестройкой. При осмотре невооруженным взглядом децидуальные образования располагаются в области наружного зева, напоминая экзофитные разрастания различной формы. У 1/3 больных децидуоз исходит из канала шейки матки в виде полиповидных белесоватых разрастаний с большим количеством мелких анастомозирующих между собой сосудов. В этих случаях подобные разрастания принимаются за полипы, однако в отличие от полипов децидуоз лечения не требует и исчезает в течение нескольких недель после окончания беременности. Однако, учитывая, что у 19,3% беременных на фоне децидуоза возникает дисплазия, а в некоторых случаях рак шейки матки, обследование пациенток должно проводиться в соответствии с алгоритмом при патологии шейки матки.

Кондиломы возникают в результате папилломавирусной инфекции (ПВИ), выявляются на фоне эктопии в 1,9% случаев преимущественно в группе женщин до 35 лет. Различают экзофитные остроконечные кондиломы и эндофитные формы кондилом (плоские кондиломы). В плане малигнизации наибольшее значение имеют плоские кондиломы. Малигнизация плоской кондиломы с атипией происходит у 4–10% женщин за 2 года, а без атипии остроконечной кондиломы – у 5% женщин через 5 лет. Кондиломы представляют собой разрастание соединительной ткани с сосудами внутри, покрытые многослойным плоским эпителием. Плоские кондиломы невооруженным глазом не видны. Кольпоскопическими признаками плоских кондилом могут быть: ацетобелый эпителий, лейкоплакия, пунктация, мозаика, «жемчужная» поверхность после обработки уксусом. Специфическим кольпоскопическим признаком ПВИ шейки матки считают неравномерное поглощение раствора люголя беловатым после обработки уксусной кислотой участком эпителия.

Эндометриоз шейки матки нередко сочетается с другими формами эндометриоза. Наиболее часто эндометриоз возникает после диатермокоагуляции: по данным различных авторов, в 0,8–17,8% случаев. По нашим данным, эндометриоз на фоне эктопии определяется у 2,8% пациенток, в группе 35–45 лет – в 14,9% случаев. По механизму возникновения эндометриоз шейки матки представляет собой результат трансплантации эндометрия на раневую поверхность шейки матки. Очаги эндометриоза могут выглядеть как кисты синеватого цвета, как кровоточащие линейные и точечные зоны или как ярко-красные участки с неровными краями, нередко буроватым оттенком.

Истинная эрозия шейки матки – дефект эпителиального покрова шейки матки наблюдается преимущественно у женщин старшего возраста, у молодых женщин она обнаруживается редко. По этиологическому принципу можно выделить следующие виды эрозии (Краснопольский В.И., 1997):

- воспалительная (в результате мацерации и отторжения эпителия), чаще в репродуктивном возрасте;
- травматическая (травмирование, например, влагалищными зеркалами), чаще в постменопаузальном возрасте;
- постожоговая (после отторжения струпа в результате химио-, электро- или криовоздействия), чаще в репродуктивном возрасте;
- трофическая (например, при выпадении матки, после лучевой терапии), чаще в постменопаузальном возрасте;
- раковая (при распаде раковой опухоли шейки матки), чаще в постменопаузальном возрасте;
- сифилитическая – чаще в репродуктивном возрасте.

При осмотре в зеркалах невооруженным глазом эрозия имеет ярко-красную окраску, как при эктопии или эктропионе, легко кровоточит. Кроме трофической, раковой и сифилитической эрозии все остальные виды быстро подвергаются эпидермизации и через 1–2 нед. покрываются многослойным плоским эпителием. При осмотре в зеркалах особенно важно своевременно распознать сифилитическую (чаще в репродуктивном возрасте) и раковую (чаще в перименопаузальном возрасте) эрозии шейки матки. Так, для сифилитической эрозии характерны небольшие размеры 5–10 мм в диаметре, округлая или овальная форма, края эрозии блюдцеобразные, неотвесные; дно ровное, блестящее (лакированное). Цвет эрозии красный, иногда появляется сероватый оттенок. В основании эрозии определяется видимое на глаз уплотнение, которое приподнимает эрозию

ПОЛИКЛИНИЧЕСКАЯ ГИНЕКОЛОГИЯ

(Клинические лекции)

Под ред. проф. **В.Н.Прилепской**

Главный редактор: *В.Ю.Кульбакин*

Ответственный редактор: *Е.Г.Чернышова*

Научный редактор: *Н.Л.Пиганова*

Корректор: *Л.Ф.Королева, Е.В.Мышева*

Компьютерный набор и верстка: *С.В.Шацкая, А.Ю.Кишканов*

ISBN 5-98322-451-4



9 785983 224513

Лицензия ИД №04317 от 20.04.01 г.

Подписано в печать 25.08.08. Формат 84×108/32.

Бумага офсетная. Печать офсетная. Объем 20 п.л.

Гарнитура Таймс. Тираж 2000 экз. Заказ №2286

Издательство «МЕДпресс-информ».

119048, Москва, Комсомольский пр-т, д.42, стр. 3

Для корреспонденции: 105062, Москва, а/я 63

E-mail: office@med-press.ru

www.med-press.ru

Отпечатано с готовых диапозитивов

в ОАО «Типография «Новости»

107005, Москва, ул. Фр. Энгельса 46.