

МЕДИЦИНА

УДК 618.146-07-08

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПАТОЛОГИИ ШЕЙКИ МАТКИ: СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ

© 2007 г. Т.А. Димитриади, Т.О. Холодная

The article gives data from literature and own results of treatment. Human papilloma virus (HPV) infection is a highly prevalent virus infection. More than 50% of sexually active population of the world are infected with HPV throughout their lives. The infection gives rise to anogenital infection: cancer of the uterine cervix, vulva, vagina, perianal region and genital condilloma.

Up-to-date data on the trends and protocols of papillomavirus-associated cancer treatment and prophylaxis are given.

В Областном консультативно-диагностическом центре (г. Ростов-на-Дону) на базе консультативного отдела работает кабинет по патологии шейки матки, где проводится обследование пациенток, согласно диагностическому стандарту качества, и лазерные вмешательства. Накоплен 10-летний опыт успешной работы по выявлению, лечению и мониторингу больных с патологией шейки матки, т.е. с фоновыми и предраковыми процессами.

По данным ВОЗ, ежегодно в мире регистрируется около 450 тыс. новых случаев рака шейки матки (РШМ). Ежегодно только в странах Европейского сообщества отмечается более 25 тыс. новых случаев заболеваний и около 12 тыс. летальных исходов, связанных с ними. В последние годы в экономически развитых странах отмечен рост заболеваемости РШМ среди женщин моложе 40 лет. По распространенности он занимает второе место после рака молочной железы.

В России в настоящее время ежегодная заболеваемость РШМ составляет 16,5 на 100 тыс. женщин, наиболее высокая заболеваемость отмечается в Северо-Кавказском регионе, второе место занимает Москва.

По данным ВОЗ, переход дисплазии в рак *in situ* длится в среднем 3–5 лет, еще 5–7 лет проходит до развития микроинвазивного рака и столько же до перехода в распространенную форму [1, 2]. Таким образом, врач располагает достаточным временем для диагностики и лечения фоновых и предраковых заболеваний шейки матки. Тем не менее более 40 % женщин с инвазивным РШМ умирают от прогрессирования заболевания в течение первых 5 лет с момента установления диагноза.

РШМ является одной из немногих форм злокачественных новообразований, которые отвечают всем требованиям популяционного скрининга, т.е. является практически полностью предотвратимым заболеванием.

Первый путь профилактики РШМ – информирование населения о рискованном сексуальном поведении, об использовании барьерной контрацепции. Второй путь – базируется на своевременном выявлении и лечении предраковых патологических процессов на шейке матки, определении группы риска по папилломавирусной инфекции, играющей одну из главных ролей в

канцерогенезе, а также тщательном диспансерном наблюдении за указанным контингентом больных.

РШМ был одной из ведущих причин смертности еще несколько десятилетий назад во многих странах. Внедрение цитологического метода скрининга в США, Европе, Австралии за последние 40–50 лет позволило снизить заболеваемость раком на 80–90 %. Считают, что если все меры профилактики и лечения предпринять своевременно, то при РШМ может быть достигнута 90%-я выживаемость.

В нашей стране существует цитологический скрининг, который доступен для женщин бесплатно по месту жительства. Чаще всего для взятия цервикального мазка обращаются женщины по собственному желанию или случайно при обращении к гинекологу по другому вопросу.

Оптимальные сроки начала обследования и величина интервала между посещениями пациенток в широкомасштабных скринингах в разных странах варьируются. Это связано с тем, что программа скрининга для выявления РШМ должна отвечать двум основным требованиям: быть эффективной и недорогой по стоимости. Сегодня дискуссии в отношении методов скрининга населения для диагностики РШМ включают 3 основных направления: Пап-тест (большой опыт и много исследований), Пап-тест вместе с тестом на вирус папилломы человека (ВПЧ) (утверждено FDA для женщин старше 30 лет в США, но не принято в других странах, во Франции, например) и ВПЧ-тест вместе с кольпоскопией (отдельные исследования в некоторых странах). Включение ВПЧ-теста или кольпоскопии в широкомасштабный скрининг в качестве дополнения к Пан-тесту или его возможного замещения во многих странах пока является дискуссионно, поскольку значительно повышает стоимость такого комплексного обследования.

Профилактика и ранняя диагностика РШМ относятся к приоритетным направлениям в работе гинекологической службы ОКДЦ.

В 2005 г. гинекологов ОКДЦ посетили 3944 пациентки, патология шейки матки выявлена у 1653 больных, что составляет 42 %. С целью ранней диагностики фоновых и предраковых процессов разработан алгоритм диагностики (рис. 1).

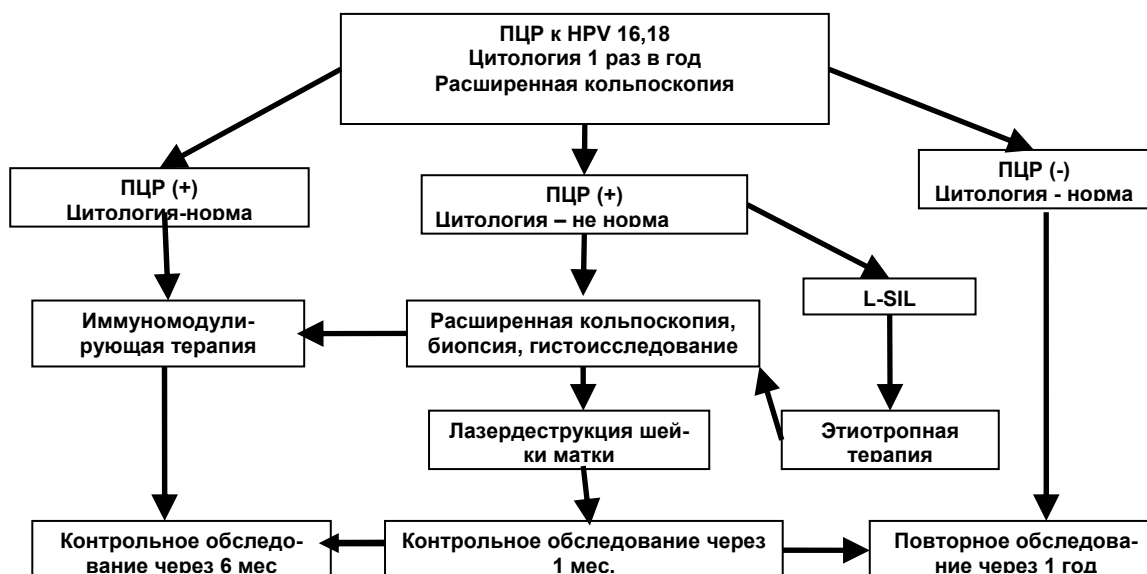


Рис. 1. Алгоритм мониторинга больных с патологией шейки матки

На основании анамнестических данных выделяется группа риска по развитию рака шейки матки, это пациентки: с ранее проводимым лечением заболеваний шейки матки без предварительного обследования, с папилломавирусной инфекцией (ПВИ) в анамнезе, с рецидивом заболеваний шейки матки, перенесшие 3 аборта и более, с деформированной, рубцово-измененной шейкой матки, начавшие половую жизнь до 17 лет (в период активной метаплазии), часто меняющие половых партнеров, с заболеваниями, протекающими с изменением гормонального фона (полипы, нарушение менструального цикла, эндометриоз и др.), с рецидивирующими воспалительными процессами шейки матки.

Одним из важных методов обследования больных с целью диагностики патологии шейки матки является кольпоскопия. Метод позволяет выявлять и конкретизировать изменения эпителиального покрова шейки матки, трактовка которых при обычном визуальном наблюдении затруднена, либо вовсе невозможна. При оценке состояния эктоцервикса и выявлении очагов поражения, требующих гистологического исследования, проводится прицельная биопсия.

Расширенную кольпоскопию, полимеразно-цепную реакцию (ПЦР), диагностику ВПЧ осуществляем на этапе первичного обследования всем пациенткам наряду с цитологическим методом исследования. Объективные изменения эктоцервикса обычно предшествуют появлению клинических симптомов. Рутинный осмотр шейки матки в зеркалах позволяет выявить наличие шероховатой поверхности, участки очаговой гиперплазии эпителия, неравномерное окрашивание его раствором Люголя при проведении Шиллер-теста. При «слепом» Шиллер-тесте (без кольпоскопии) идентификация области переходной зоны эктоцервикса затруднена или невозможна. Как образно писал L.G. Koss, патология шейки матки подобна айсбергу:

лишь незначительная часть процессов находится на поверхности и может быть замечена глазом [2].

В настоящее время для оценки кольпоскопической картины используется классификация, предложенная Международной федерацией по патологии шейки матки и кольпоскопии (IFCPC), принятая в 2003 г. Для цервикальной интраэпителиальной неоплазии (CIN) характерны следующие кольпоскопические картины: лейкоплакия, пунктация (нежная и грубая), мозаика (нежная и грубая), ацетобелый эпителий (не реагирующий на тест с уксусной кислотой), йод-негативные участки. Аномальные кольпоскопические признаки оцениваются на зоне трансформации и за ее пределами.

Цитологический метод наиболее распространен в скрининговых программах по выявлению РШМ. Это «золотой стандарт» диагностики патологии шейки матки. Успех цитологического скрининга рака шейки зависит от его организации. Информативность цитологического метода определяется уровнем подготовки цитолога, полноценным взятием мазка с использованием специальных инструментов и правильно выбранной локализацией (рис. 2). Решающее значение в диагностике предраковых состояний эндоцервикса принадлежит гистологическому методу исследования биопсийного материала. Полноценное гистологическое заключение имеет первоначальное значение для определения тактики ведения больной и прогноза заболевания. Для получения достоверных результатов необходимо проводить прицельную биопсию под контролем кольпоскопа из пораженных участков шейки матки. Цервикоскопия с последующим выскабливанием цервикального канала необходима при неудовлетворительной кольпоскопии (невозможно оценить область стыка эпителиев) и злокачественной трансформации эндоцервикса. Наиболее специфичным морфологическим признаком ПВИ считается койлоцитоз, который характерен для продук-

тивной фазы жизнедеятельности ВПЧ. В 1956 г. Koss и Dufree подробно описали эти клетки и впервые отметили связь между койлоцитозом, цервикальной интраэпителиальной неоплазией и раком шейки матки [2].

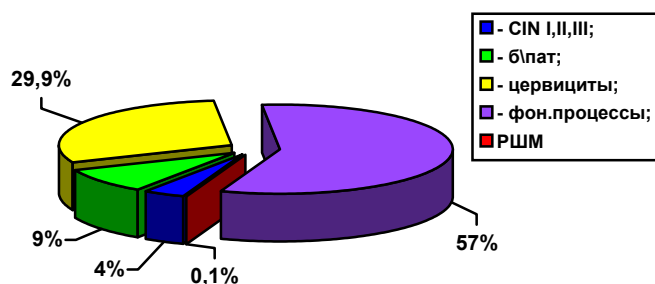


Рис. 2. Данные 2687 цитологических исследований (2005 г. материалы ОКДЦ)

В настоящее время в ОКДЦ используется современная цитологическая классификация, предложенная

в 1991 г. Национальным институтом США по изучению рака, – система Бетесда (табл. 1).

В течение многих десятилетий отсутствие единой системы оценки результатов цитологического исследования затрудняло их интерпретацию. В 1989 г. рабочей группой Национального института рака, заседавшей в г. Бетесда (Мэриленд, США), была предложена двухстадийная система оценки результатов цитологического исследования, впоследствии названная мэрилендской, или Бетесда-системой.

Сходство результатов цитологических и молекулярно-биологических исследований, а также одинаковая тактика лечения позволили объединить койлоцитоз (от греческого koilos – «пустота»), характерный признак продуктивной вирусной инфекции и CIN I, классифицировать их как низкую степень плоскоклеточных интраэпителиальных поражений (L-SIL). По тем же причинам CIN II, CIN III и Carcinoma in situ (CIS) были отнесены к высокой степени плоскоклеточных интраэпителиальных поражений (H-SIL).

Таблица 1

Система CIN и система Бетесда

CIN system	Система Бетесда (1991)
Норма	Негатив
Плоскоклет. атипия, полиморфные изменения	ASCUS (АПНЗ) + полиморфные изменения
Папилломавирусные изменения (койлоцитоз)	LSIL (Н-ПИП)
CIN I	LSIL (Н-ПИП)
CIN II, CIN III, Carcinoma in situ (CIS)	HSIL (В-ПИП)
Инвазивный РШМ	Инвазивный РШМ
Атипия клеток железистого (эндоцервик.) эпителия	Атипия клеток железистого(эндоцервик.) эпителия (ACUS)
Adenocarcinoma	Adenocarcinoma

К неклассифицируемым атипичным клеткам плоскоэпителия, согласно Бетесда-системе, относятся клетки, не удовлетворяющие критериям изменений той или иной степени злокачественности. В эту категорию не входят атипичные клетки, возникшие на фоне воспаления, атрофии или репарации, поскольку по мэрилендской системе они являются доброкачественными [3, 4].

Данная классификация получила широкое распространение в США и многих других развитых странах. Стандартизация результатов цитологического исследования облегчает их сравнение и снижает вероятность диагностических ошибок.

Проблема диагностики и лечения заболеваний, ассоциированных с ВПЧ, становится все более актуальной. Международное агентство по исследованию рака (МАИР) официально объявило ВПЧ канцерогенными факторами. На основании многочисленных мультицентровых обследований женщин, страдающих РШМ, установлено, что большинство, если не все случаи РШМ, связаны с ПВИ, имеет значение тип ВПЧ, продолжительность инфекционного процесса, поскольку заражение происходит в юношеском возрасте. Известно, что через 3 года после начала половой жизни 70 % женщин инфицированы ВПЧ.

Во всем мире наблюдается рост ПВИ – одного из наиболее распространенных заболеваний, передаваемых

мных половым путем. Обширные эпидемиологические исследования, касающиеся ПВИ, были проведены в США (1991–1997): ежегодно выявляется 5,5 млн новых случаев ВПЧ (106 на 100 тыс.), что составляет 1/3 от общего числа инфекций, передаваемых половым путем.

По материалам ОКДЦ (около 10 тыс. цитологических исследований), инфицированность женщин с патологией шейки матки различными типами ВПЧ составляет 94,6 %.

Клинически ПВИ может протекать в латентной форме (выявляется только ПЦР диагностикой), субклинической (наличие койлоцитоза в цитологических мазках), клиническая стадия – это наличие кондилом кольпоскопически и гистологически. Кондиломы могут быть экзофитные (остроконечные), эндофитные – это плоская кондилома и инвертированная.

Что собой представляет кондилома? Кондилома – это очаг утолщения МПЭ с новообразованными сосудами. Как правило, плоские кондиломы протекают субклинически и выявляются исключительно при кольпоскопическом исследовании. Плоская кондилома и цервикальная интраэпителиальная неоплазия имеют сходные кольпоскопические картины – это ацетобелый эпителий, пунктация, мозаика, лейкоплакия, йод-негативные участки.

Плоские кондиломы (ПК) были впервые изучены А. Meisels и R. Fortin в 1976 г., и в последние десятилетия этому заболеванию стали уделять особое внимание [5]. Учитывая, что морфологические особенности ШМ и данные цитологического исследования мало отличались от таковых при ОК, А. Meisels (1977) предложил для этих поражений термин «плоская кондилома»; В. Laverti (1978) – «некондиломатозная патология, ассоциированная с папилломавирусной инфекцией», а Raid (1979) – «субклиническая папилломавирусная инфекция» [5].

Зона трансформации (ЗТ) представляет собой область соприкосновения многослойного плоского эпителия, покрывающего экзоцервикс и высокого цилиндрического эпителия, выступающего эндоцервикс. Это область развития предраковых состояний, поскольку метапластический эпителий является мишенью для воздействия ВПЧ. Частота возникновения микроинвазивного и внутриэпителиального рака в ЗТ (90,5 и 95,4 %) значительно превышает таковую в цервикальном канале (78,4 и 67,4 %) и шейке матки (52,7 и 19,8 %). На основании гистотопографической оценки установлено, что кондиломы в большинстве наблюдений (94 %) располагаются в ЗТ или дистальнее ее. Обнаружено достаточно частое (68 % всех наблюдений) сочетание кондилом с дисплазией различной степени тяжести. Отмечена также постепенная трансформация кондиломатозных изменений эпителия в диспластические, лишь в 40 % наблюдений данные процессы имели топографическое разграничение участками метаплазированного эпителия [2].

Существуют определенные трудности идентификации классической ПВИ, протекающей в виде плоской кондиломы. При гистологическом исследовании ПК характеризуется следующими признаками: койлоцитотипией, кератинизацией клеток и наличием двух- и многоядерных клеток. Другие признаки, а именно кератинизация поверхностного слоя, вакуоли в ядре или цитоплазме в парабазальных клетках нередко имеют другой патогенез и, как правило, не большое диагностическое значение. Необходимо помнить, что наличие ПВИ следует диагностировать по обнаружению вирусных частиц, антигенов и генома. М. Fletcher (1983) выделил два варианта развития ПК [5].

ПК существует как отдельный участок на фоне нормального эпителия. В этом случае койлоцитоз, кератонизация отдельных клеток и многоядерность клеточных элементов наблюдаются в поверхностном и промежуточном слоях эпителия, в то время как базальный слой выглядит неизменным или с признаками гиперплазии. Хотя ядра койлоцитов могут быть увеличенными, гиперхромными и иметь неправильную форму, клетки базальных слоев не изменены. Участок ПК может быть патологической находкой при биопсии.

ПК может сочетаться с CIN. Предложенный К. Meisels для подобных случаев термин «атипичная кондилома» не получил широкого распространения [5]. Более целесообразным признан диагноз «плоская кондилома в сочетании с CIN». К. Meisels наблюдал сочетание ПК с CIN I или с CIN II у 70 % больных (подтвержденное гистологически) и с CIN III – у 58 %.

Ранние исследования показали, что ПК не может быть диагностирована кольпоскопически. Сравнивая результаты гистологических и кольпоскопических исследований с атипией в мазках, было обнаружено, что у большинства ПК кольпоскопически не отличима от CIN.

Следует отметить, что плоские и инвертированные кондиломы практически не отличимы от CIN. Общепринятого комплекса кольпоскопических признаков, специфических для плоской кондиломы, не существует. В то же время некоторые исследователи считают данные кольпоскопии более информативными, чем цитологии. (А. Schneider et al., 1998) [2].

ПВИ является кофактором в развитии воспалительных процессов на экзо- и эндоцервиксе (или нередко экзо- и эндоцервиксы могут сочетаться с ПВИ). Проблема диагностики и лечения ПВИ привлекает внимание многих исследователей ввиду широкого распространения, высокой контагиозности, а также высокого онкогенного потенциала.

В настоящее время под термином «экзоцервицит» понимают воспаление влагалищной части шейки матки. Эндоцервицит – воспаление слизистой оболочки цервикального канала шейки матки.

Известно, что влагалище и шейка матки представляют собой единую анатомо-функциональную систему, поэтому воспалительные процессы шейки матки редко бывают изолированными. Как правило, в патологический процесс вовлекается и влагалище.

Чаще всего заболевание встречается у женщин репродуктивного возраста. Однако нередко в результате возрастных изменений, которые связаны с дефицитом эстрогенов, происходят изменения, проявляющиеся в виде атрофического кольпита (вагинита) и неспецифических цервицитов.

Расширенная кольпоскопия позволяет не только правильно поставить диагноз, но и определить эффективность последующего лечения.

Кольпоскопическая картина шейки матки и влагалища может зависеть не только от характера возбудителя, но и от стадии менструального цикла, гормонального статуса, стадии воспалительного процесса, возраста пациентки и т.д. Совокупность всех перечисленных признаков и определяет особенности клинического течения воспаления [6, 7].

По данным Краснопольского и соавт. (1997) [8], при кольпоскопии шейки матки с неспецифическим воспалением можно выделить следующие признаки:

1. Выделения различного цвета и консистенции в зависимости от рода возбудителя.

2. Цилиндрический и многослойный плоский эпителий дают одну и ту же капиллярную реакцию – верхушки расширенных капилляров видны как ярко-красные точки, расположенные диффузно или очагами с неровными контурами. При этом нередко разница между ЦЭ и МПЭ исчезает.

3. Проба Шиллера является хорошим индикатором интенсивности процесса. Локальное и диффузное отсутствие гликогена в МПЭ и определяет пестроту картины. Каждая светлая крапинка на коричневом фоне соответствует вершине воспаленного соединительнотканного сосочка. Могут иметь место значи-

тельные округлые йод-негативные участки с расплывчатыми границами, сливающиеся друг с другом.

4. Истинные эрозии с типичной картиной, дно которых нередко покрыто гнойными выделениями.

Воспалительный процесс лежит в основе практически всех заболеваний шейки матки. Следует отметить, что на экзо- и эндоцервиксе он может быть аналогичен картине клеточной атипии [5, 9]. Наличие парабазальных клеток с крупными ядрами и ядрышками в мазках и признаки дегенерации цитоплазмы не

всегда должны рассматриваться клиницистами как неоплазия. После терапии по поводу воспалительного процесса клетки с псевдодискарриозом исчезают.

Раннее выявление сопутствующей инфекции и своевременная терапия ИППП позволит получить достоверные данные при проведении цитологического и гистологического исследования, свести к минимуму рецидивы после лазердеструктивного лечения (табл. 2).

Таблица 2

Алгоритм диагностики ИППП, используемый в ОКДЦ

Этап	Метод
I	1. Определение pH влагалищного секрета. 2. Микроскопия мазков отделяемого заднего свода влагалища с окраской по Грамму. 3. Кольпоскопия + цитологическое исследование
II	1. Иммуноферментный анализ с определением Ат к Chlamydia trachomatis JgG+JgA, Ат к белку теплового шока Hsp 60 Ат к белку наружной мембраны MOMP+ pgp3 Ат к HSV II Аг Chlamydia trachomatis в – отделяемом цервикального канала, в моче. 2. Микробиологическое исследование, в том числе количественный метод определения уреаплазмы, микоплазмы, культуральный метод определения Chlamydia trachomatis. 3. ПЦР real time (Chlamydia trachomatis, M. genitalium, HPV, HSV, CMV). 4. ОАК + иммунограмма. 5. Консультации специалистов: гастроэнтеролога, ЛОР

По данным цитологического исследования, ПВИ в 95 % случаев сочетается с другими инфекционными агентами.

Таким образом, диагностика экзо- и эндоцервицитов направлена в первую очередь на выявление той причины, которая вызвала воспалительный процесс шейки матки. Как правило, экзо- и эндоцервициты сопровождаются воспалительными изменениями и влагалища. Лечение выявленных патологических процессов должно проводиться в зависимости от характера возбудителя, стадии процесса, эффективности терапии под контролем кольпоскопического и лабораторных методов исследования.

Терапия экзо- и эндоцервицитов включает в себя применение антибактериальных, противотрихомонадных, противогрибковых, противовирусных, противохламидийных и других средств в зависимости от данных микробиологического и специальных методов исследования (полимеразная цепная реакция, ДНК-зонд, иммуноферментный анализ и т.д.).

При выявлении заболевания, обусловленного ПВИ, необходимо проведение комплексной терапии, направленной как на микро-, так и на макроорганизм.

В настоящее время не существует эффективных методов лечения HPV-инфекции. Современные лечебные воздействия направлены на удаление первичного очага и морфологических маркеров инфекции (кондиломы, цервикальная интраэпителиальная неоплазия), однако они не останавливают экспрессию вируса в тканях и не способствуют его полной элиминации. В структуре лечебных мероприятий клиническая эффективность доказана только при вакцинации.

В двойном слепом плацебо-контролируемом исследовании FUTURE II приняли участие 12 167 пациенток

в возрасте от 16 до 26 лет, не инфицированные ВПЧ к моменту начала исследования. Половина из них вакцинирована в 3 этапа (через 2 и 6 мес. после первой инъекции), в то время как пациентки из контрольной группы получали плацебо. К концу периода наблюдения, составившего в среднем 17 мес., среди женщин, получивших полный курс вакцинации, не было обнаружено ни одного случая предрака или рака шейки матки, тогда как в контрольной группе выявлен 21 случай интраэпителиальной карциномы ранних стадий.

Эти обнадеживающие результаты клинических испытаний открывают перспективы для широкого профилактического использования новой вакцины. Уже сегодня высказываются мнения о необходимости вакцинирования девочек до начала половой жизни, поскольку даже к 16-летнему возрасту существует достаточно высокий процент инфицированных ВПЧ.

Однако на фоне оптимистичных прогнозов среди специалистов звучат и критические замечания. Речь, прежде всего, идет о том, что вакцинация не дает полной защиты от возникновения онкологического заболевания, поскольку рак шейки матки может быть вызван и другими факторами, не связанными с ВПЧ. Кроме того, до сих пор неизвестно, как долго длится защита от инфекции после курса вакцинации, и данных по отдаленным результатам недавно проведенного исследования еще нет.

Широко используемыми в последние годы для лечения цервикальной интраэпителиальной неоплазии шейки матки являются интерфероны и их индукторы. ИФ являются эндогенными цитокинами, которые обладают противовирусным, антипролиферативным и иммуномодулирующим действием, их способности усиливать цитотоксическую активность Т-лимфоци-

тов и стимулировать их способности уничтожать клетки с измененной антигенной структурой. Мы наблюдаем хороший клинический эффект у пациенток с фоновыми и предраковыми процессами при сочетании деструктивных методов лечения (лазервапоризация) с иммуномодулирующей терапией, назначаемой иммунологом.

Адекватная иммунотерапия способствует более полной элиминации возбудителей и полноценной эпителизации шейки матки, что и снижает частоту рецидивов и повышает эффективность терапии такой сложной патологии, как хронический цервицит.

Таким образом, перед проведением деструктивного лечения обязательно должна быть проведена терапия сопутствующих инфекционных заболеваний и осуществлена коррекция микробиоценоза влагалища, гормонального фона и иммунного статуса [1, 3].

Локальная терапия направлена на удаление кондилом и атипически измененного эпителия. В ОКДЦ в течение 10 лет успешно используется лазердеструкция и лазеркоагуляция шейки матки CO₂ лазером (рис. 3). При лазервапоризации происходит быстрое послойное («поклеточное») удаление патологически-измененных участков под контролем кольпоскопа, надёжная коагуляция кровеносных сосудов в зоне разреза, т.е. работа на сухом операционном поле, а также исключается возможность рубцевания ткани.

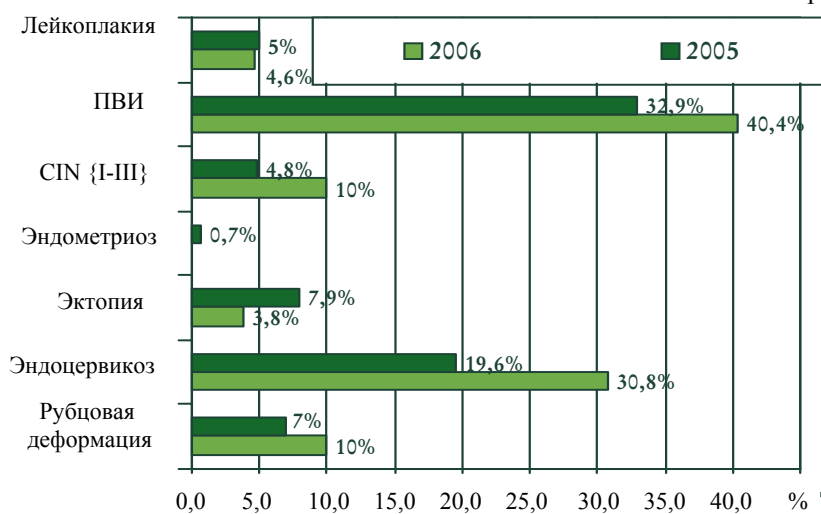


Рис. 3. Лазердеструкции (295), выполненные в ОКДЦ в 2005–2006 гг.

Процедуру целесообразно проводить на 5–7-й день менструального цикла. При данном методе лечения отмечается меньшее число рецидивов, однако имеется ряд работ, доказывающих высокий риск вирусного заражения врача, производящего лазервапоризацию, через дым при вдыхании паров, возникающих при испарении тканей [5]. Поэтому персонал работает в маске и используется вакуумная эвакуация дыма.

Любой из деструктивных методов лечения – криодеструкция, электрокоагуляция или лазервапоризация – имеют недостаток – неполную деструкцию очага при расположении патологического процесса в цервикальном канале. Поэтому пациенткам с высокой степенью плоскоклеточных интраэпителиальных по-

ражений (CIN II, III) следует проводить цервикоскопию с выскабливанием цервикального канала и последующим гистологическим исследованием.

Показаниями для проведения лазердеструкции являются: псевдоэрозия шейки матки; эрозированный эктропион; лейкоплакия шейки матки и влагалища; дисплазия шейки матки и вульвы I–III ст.; плоская кондилома шейки матки; ретенционные кисты; рубцовые деформации; эндометриоз шейки матки и влагалища.

Актуальность выбора программы скрининга

Важность совершенствования программ скрининга и методов ранней диагностики предраковых заболеваний шейки матки в целях предупреждения инвазивного РШМ не вызывает сомнений. В связи с этим под эгидой Всемирной организации здравоохранения в настоящее время широко представлены межгосударственные программы исследований РШМ.

В связи с активным развитием страховой медицины, а также внедрением в практику семейной медицины важно уже сегодня определиться, какая программа скрининга РШМ будет предпочтительна.

Такой специализированный высокоинформативный метод обследования, как расширенная кольпоскопия, требует особой длительной подготовки врача-гинеколога и определенного опыта работы. В то же время

представить обследование пациентки с целью выявления патологии шейки матки без кольпоскопии сегодня невозможно.

Вместе с тем, как правильно взять мазок с шейки матки для цитологического исследования и выявления ВПЧ, знает каждый акушер-гинеколог.

Определение ВПЧ играет существенную роль в скрининге РШМ. Основные стратегии выявления ВПЧ при скрининге РШМ могут быть основаны на следующих положениях, предложенных L.M. Meijer [5].

1. Идентификация ВПЧ у женщин с нормальной кольпоскопической и цитологической картиной при исследовании шеечных мазков позволяет выявить группы риска по развитию предраковых процессов и производить тщательное диспансерное наблюдение за указанным контингентом больных.

2. Существенное количество ПВИ приводит к ВПЧ-зависимым цервикальным интраэпителиальным неоплазиям.

3. Только у женщин с персистирующей ПВИ (ВПЧ высокого риска) возможно развитие РШМ.

Трактовка полученных при обследовании результатов и последующая тактика ведения женщины плоскоклеточными интраэпителиальными поражениями шейки матки должна быть дифференцированной с обязательным учетом возраста, сопутствующих заболеваний и мотивации пациентки.

Таким образом, для женщин с момента начала половой жизни необходим скрининг, направленный на

определение ДНК ВПЧ, цитологическое исследование цервикальных мазков и кольпоскопическое исследование шейки матки 1 раз в год.

Литература

1. Ho GYF, Bierman L. et al. // New Engl. J. Med. 2005. Vol. 338 (7). P. 423–430
2. Schneider A. // Genitourin Med. 2004. Vol. 69 (30). P. 165–173.
3. Kaufman RH. et al. // Am. J. Obstet. Gynecol. 2005. Vol. 176. (1, Pt. 1). P. 87–92
4. Monsonero J. // Genital Infections & Neoplasia Update. 2004. 1 July. P. 7–11.
5. Ferenczy A. // Genital Infections & Neoplasia Update. 1998. 1 July. P. 12–37
6. Бычков В.И. // Акушерство и гинекология. 1999. № 4. С. 55–58.
7. Воспаление. Руководство для врачей / Под ред. В.В. Серова, В.С. Паукова. М., 1995.
8. Краснопольский В.И. и др. // Патология влагалища и шейки матки. М., 1997.
9. Прилепская В.Н., Rogovskaya C.И., Межевитинова Е.А. // Кольпоскопия: Практическое руководство. М., 1997.