

# **ПРАКТИЧЕСКАЯ ГИНЕКОЛОГИЯ**

**(Клинические лекции)**

*Под редакцией акад. РАМН **В.И.Кулакова**,  
проф. **В.Н.Прилепской***

*4-е издание, дополненное*



**Москва**  
**«МЕДпресс-информ»**  
**2008**

УДК 618(075)

ББК 57.1я7

П69

*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 приложили 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.*

**Практическая гинекология: Клинические лекции / Под ред.**  
П69 **акад. РАМН В.И.Кулакова, проф. В.Н.Прилепской. — 4-е изд.,**  
**доп. — М. : МЕДпресс-информ, 2008. — 752 с.**  
**ISBN 5-98322-369-0**

В книге представлены основные разделы практической гинекологии: заболевания наружных половых органов, влагалища и шейки матки, патология матки и яичников, генитальные инфекции, бесплодный брак и вспомогательные репродуктивные технологии в программе ЭКО и ПЭ при лечении бесплодия, дисменорея, контрацепция, заместительная гормональная терапия, заболевания молочных желез. Особое внимание уделено современным аспектам диагностики и лечения основных гинекологических заболеваний. Отдельная глава посвящена гормональным и антигормональным препаратам.

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

УДК 618(075)

ББК 57.1я7

ISBN 5-98322-369-0

© Оформление, оригинал-макет.

Издательство «МЕДпресс-информ», 2008

## СОДЕРЖАНИЕ

<b>ЗАБОЛЕВАНИЯ ШЕЙКИ МАТКИ И ВУЛЬВЫ</b> .....	<b>9</b>
Патология шейки матки. <i>В.Н.Прилепская, Н.И.Кондриков, Е.В.Гогаева</i> .....	9
Псевдоэрозия шейки матки. <i>Е.Б.Рудакова</i> .....	40
Патологические изменения шейки матки, вызванные различными типами вируса папилломы человека. <i>Т.Н.Бибнева, Л.С.Ежова</i> .....	49
Значение цитологического метода исследования в диагностике заболеваний шейки матки. <i>Л.С.Ежова</i> .....	52
Роль кольпоскопии в диагностике заболеваний шейки матки. <i>С.И.Роговская</i> .....	57
Дистрофические заболевания вульвы. <i>М.Н.Костава</i> .....	69
<b>ПАТОЛОГИЯ МАТКИ И ЯИЧНИКОВ</b> .....	<b>75</b>
Диагностика и терапия яичниковых образований. <i>Г.М.Савельева, А.А.Соломатина, К.И.Степанов</i> .....	75
Современные методы диагностики и альтернативные методы лечения гиперпластических процессов и опухолей матки. <i>Л.В.Адамян, Э.Р.Ткаченко, С.И.Киселев, А.Х.Гайдарова</i> .....	89
Гормоны в онкогинекологии. <i>В.П.Козаченко</i> .....	115
<b>ЗАБОЛЕВАНИЯ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ</b> .....	<b>125</b>
Факторы риска развития заболеваний молочных желез. <i>В.Н.Серов, Т.Т.Тагиева, В.Н.Прилепская</i> .....	125
Диагностика заболеваний молочных желез. <i>Т.Т.Тагиева</i> .....	141
Возможности гормонотерапии доброкачественных заболеваний молочных желез. <i>В.Н.Прилепская, О.Б.Швецова</i> .....	152
Влияние препаратов гестагенового ряда на морфофункциональное состояние молочных желез. <i>Е.Ф.Кира, С.В.Бескровный, А.Б.Ильин, О.М.Скрябин, Ю.В.Цвелев</i> .....	160
<b>ГЕНИТАЛЬНЫЕ ИНФЕКЦИИ</b> .....	<b>177</b>
Вульвовагинальный кандидоз: современные методы лечения. <i>В.Н.Прилепская</i> .....	177
Бактериальный вагиноз. <i>Г.Р.Байрамова</i> .....	191
Урогенитальная хламидийная инфекция у женщин: клиника, диагностика и лечение. <i>А.М.Савичева</i> .....	205
Важнейшие проблемы генитальной герпетической инфекции и пути их реализации. <i>Л.А.Марченко, А.В.Шуршалина</i> .....	213

Урогенитальный микоплазмоз и его роль в патологии репродуктивной системы. <i>И.Ю.Фофанова</i> . . . . .	220
Уреаплазменная инфекция в практике врача акушера-гинеколога. <i>О.В.Быковская</i> . . . . .	233
Хронический эндометрит. <i>В.К.Кулаков, А.В.Шуриалина</i> . . . . .	248
Современные принципы терапии урогенитальных инфекций. <i>С.М.Манкеев</i> . . . . .	254
<b>ДИСМЕНОРЕЯ</b> . . . . .	<b>266</b>
Современные принципы диагностики и лечения дисменореи. <i>В.Н.Прилепская, Е.А.Межевитинова</i> . . . . .	266
Нестероидные противовоспалительные препараты в лечении дисменореи. <i>В.Н.Серов, Е.А.Межевитинова</i> . . . . .	278
Дисменорея у подростков. <i>Е.В.Уварова, И.Г.Гайнова</i> . . . . .	286
Гестагены – патогенетическое лечение нарушений менструального цикла в перименопаузе. <i>Я.З.Зайдиева</i> . . . . .	304
<b>БЕСПЛОДНЫЙ БРАК</b> . . . . .	<b>312</b>
Диагностика и лечение женского бесплодия. <i>В.И.Кулаков, И.Е.Корнеева</i> . . . . .	312
Андрологические аспекты бесплодного брака. <i>Г.В.Тер-Аванесов</i> . . . . .	332
Спаечный процесс в малом тазу: практические аспекты лечения. <i>В.М.Стругацкий</i> . . . . .	352
Современные представления о патогенезе бесплодия при наружном экстрагенитальном эндометриозе. <i>В.И.Кулаков, Н.И.Волков</i> . . . . .	359
Методы и схемы индукции овуляции у женщин с ановуляторным бесплодием. <i>Т.А.Назаренко</i> . . . . .	365
Эпидемиология бесплодного брака. <i>Т.В.Овсянникова</i> . . . . .	380
Эндоскопия в восстановлении и сохранении репродуктивной функции. <i>В.И.Кулаков, А.С.Гаспаров</i> . . . . .	396
<b>ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОЕ ОПЛОДОТВОРЕНИЕ: ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ И ПРАКТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ</b> . . . . .	<b>409</b>
Вопросы организации программы ЭКО и пересадки эмбриона. <i>Б.В.Леонов</i> . . . . .	409
Принципы индивидуального подбора существующих схем стимуляции суперовуляции в программе ЭКО и ПЭ. <i>Е.Я.Финогенова</i> . . . . .	415

Принципы индивидуального подбора схем стимуляции суперовуляции в программе ЭКО и ПЭ <i>Л.Н.Кузьмичев, Е.А.Калинина, Е.Я.Финогенова</i> . . . . .	424
Интрацитоплазматическая инъекция сперматозоида в ооцит в программе ЭКО и ПЭ. <i>Л.Н.Кузьмичев, А.А.Беляева</i> . . . . .	432
Роль эндокринной системы в реализации программы экстракорпорального оплодотворения. <i>Р.Н.Щедрина, К.А.Яворовская</i> . . . . .	439
Диагностика и коррекция инфекционного статуса супружеских пар в программе ЭКО. <i>Л.Н.Кузьмичев, Б.В.Леонов, Л.Б.Киндарова</i> . . . . .	446
Преимплантационная генетическая диагностика наследственных и врожденных заболеваний в программе ЭКО. <i>Ж.И.Глинкина, В.А.Бахарев</i> . . . . .	459
Эндометриоз в программе ЭКО и ПЭ. <i>В.Ю.Смольникова, Л.Б.Киндарова</i> . . . . .	468
Синдром поликистозных яичников при экстракорпоральном оплодотворении и переносе эмбриона в полость матки. Синдром гиперстимуляции и другие осложнения программы ЭКО и ПЭ. <i>В.И.Кулаков, Е.А.Калинина</i> . . . . .	474
Особенности течения и тактика ведения беременности, наступившей после ЭКО и ПЭ в полость матки. <i>В.М.Сидельникова, М.Б.Стрельченко</i> . . . . .	481
<b>ГОРМОНЫ И АНТИГОРМОНЫ</b> . . . . .	<b>487</b>
Контрацептивные гормоны в терапии и профилактике гинекологических заболеваний. <i>В.Н.Прилепская</i> . . . . .	487
Андрогены и антиандрогены. <i>С.И.Роговская</i> . . . . .	504
Гиперпролактинемия: клиника, диагностика и лечение. <i>В.Н.Прилепская</i> . . . . .	519
<b>КОНТРАЦЕПЦИЯ</b> . . . . .	<b>529</b>
Контрацепция в различные периоды жизни женщины. <i>В.Н.Прилепская</i> . . . . .	529
Контрацепция в профилактике аборта и его осложнений. <i>В.В.Яглов</i> . . . . .	539
Особенности репродуктивного поведения и контрацепции у женщин после родов. <i>В.В.Яглов, В.Н.Прилепская</i> . . . . .	548
Контрацептивное поведение подростков. <i>И.С.Савельева</i> . . . . .	558
Контрацепция у подростков. <i>Е.В.Уварова</i> . . . . .	569
Различные аспекты имплантационной контрацепции. <i>Е.В.Гогаева</i> . . . . .	592

Клинические аспекты применения Депо-проверы. <i>Т.Т.Тагиева, В.Н.Прилепская</i> . . . . .	599
Логест – результаты клинического применения. <i>В.В.Яглов</i> . . . . .	607
Внутриматочная контрацепция. <i>Е.А.Межевитинова</i> . . . . .	610
Внутриматочная гормональная рилизинг-система Мирена. <i>В.Н.Прилепская, А.В.Тагиева</i> . . . . .	625
Трансдермальный пластырь EVRA – новый метод гормональной контрацепции. <i>В.В.Яглов, В.Н.Прилепская</i> . . . . .	631
Влагалищная рилизинг-система НоваРинг. <i>Ф.С.Ревазова</i> . . . . .	637
Возможности повышения эффективности и профилактика осложнений внутриматочной контрацепции. <i>Ф.С.Ревазова</i> . . . . .	645
Экстренная контрацепция. <i>В.Н.Прилепская, М.В.Оганезова</i> . . . . .	652
<b>ЗАМЕСТИТЕЛЬНАЯ ГОРМОНАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ</b> . . . . .	<b>659</b>
Постменопаузальный остеопороз. <i>В.П.Сметник</i> . . . . .	659
Преимущества и риск гормонозаместительной терапии. <i>Т.Ю.Беркетова</i> . . . . .	670
Новые данные о действии эстрогенов. <i>Дж. Пикар</i> . . . . .	682
Болезнь Альцгеймера и заместительная гормональная терапия. <i>Д.Мерфи</i> . . . . .	687
Защитное действие гормонов яичников на сердечно-сосудистую систему. <i>М.К.Розано Джузеппе</i> . . . . .	689
Заместительная гормональная терапия с применением внутриматочной гормональной системы Мирена. <i>В.Н.Прилепская, Л.И.Острейкова</i> . . . . .	701
Эффективность применения препарата Ременс в лечении климактерического синдрома. <i>А.В.Ледина</i> . . . . .	712
Сочетанное использование ЗГТ и климактоплана в лечении климактерического синдрома. <i>Н.В.Стрижова, Л.С.Калюжина, М.Н.Абдукадырова, О.А.Нестерова</i> . . . . .	716
Применение Дриптана для лечения гиперактивного мочевого пузыря у женщин в постменопаузе. <i>В.Е.Балан</i> . . . . .	723
<b>ЛИТЕРАТУРА</b> . . . . .	<b>726</b>

## Коллектив авторов

**Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии РАМН (НЦ АГиП РАМН) (директор – акад. РАМН, проф. В.И.Кулаков) – Кулаков В.И., акад. РАМН, д.м.н., проф.; Серов В.Н., акад. РАМН, д.м.н., проф.; Адамян Л.В., чл.-кор. РАМН, проф.; Прилепская В.Н., д.м.н., проф.; Бахарев В.А., д.м.н., проф.; Гаспаров А.С., д.м.н., проф.; Кондриков Н.И., д.м.н., проф.; Леонов Б.В., д.м.н., проф.; Сидельникова В.М., д.м.н., проф.; Сметник В.П., д.м.н., проф.; Уварова Е.В., д.м.н., проф.; Балан В.Е., д.м.н.; Волков Н.И., д.м.н.; Зайдиева Я.З., д.м.н.; Кузьмичев Л.Н., д.м.н.; Марченко Л.А., д.м.н.; Назаренко Т.А., д.м.н.; Овсянникова Т.В., д.м.н.; Яворовская К.А., д.м.н.; Байрамова Г.Р., к.м.н.; Бебнева Т.Н., к.м.н.; Гогаева Е.В., к.м.н.; Ежова Л.С., к.м.н.; Калинина Е.А., к.м.н.; Корнеева И.Е., к.м.н.; Костава М.Н., к.м.н.; Ледина А.В., к.м.н.; Межевитинова Е.А., к.м.н.; Роговская С.И., к.м.н.; Савельева И.С., к.м.н.; Смольникова В.Ю., к.м.н.; Стругацкий В.М., к.м.н.; Тагиева А.В., к.м.н.; Тагиева Т.Т., к.м.н.; Тер-Аванесов Г.В., к.м.н.; Ткаченко Э.Р., к.м.н.; Финогенова Е.Я., к.м.н.; Фофанова И.Ю., к.м.н.; Щедрина Р.Н., к.м.н.; Яглов В.В., к.м.н.; врачи: Беляева А.А.; Быковская О.В.; Гайдарова А.Х.; Гайнова И.Г.; Глинкина Ж.И.; Киндарова Л.Б.; Киселев С.И.; Оганезова М.В.; Острейкова Л.И.; Ревазова Ф.С.; Стрельченко М.Б.; Швецова О.Б.; Шуршалина А.В.**

**Омская государственная медицинская академия (ректор – проф. А.И.Новиков) – Рудакова Е.Б., д.м.н., проф.**

**Кафедра акушерства и гинекологии педиатрического факультета Российского государственного медицинского университета (зав. кафедрой – акад. РАМН, проф. Г.М.Савельева) – Савельева Г.М., акад. РАМН, проф.; Соломатина А.А., к.м.н.; Степанов К.И.**

**Российский онкологический научный центр им. Н.Н.Блохина РАМН (директор – акад. РАМН, проф. Н.Н.Трапезников) – Козаченко В.П., д.м.н., проф.**

**Кафедра акушерства и гинекологии Военно-медицинской академии (начальник кафедры – проф. Е.Ф.Кира), Санкт-Петербург – Кира Е.Ф., проф., д.м.н.; Скрябин О.М., проф., д.м.н.; Цвелев Ю.В., проф., д.м.н.; Бескровный С.В., к.м.н.; Ильин А.Б., к.м.н.**

**Кафедра акушерства и гинекологии лечебного факультета РГМУ, курс акушерства и гинекологии вечернего отделения (зав. курсом, проф. Н.В.Стрижова), Москва – Стрижова Н.В., д.м.н., проф.; Нестерова О.А.; Калюжина Л.С.**

**Научно-исследовательский институт акушерства и гинекологии им. Д.О.Отта (директор – акад. РАМН, проф. Э.К.Айламазян), Санкт-Петербург – Савичева А.М., д.м.н., проф.**

**Кафедра эндокринологии ММА им. И.М.Сеченова (зав. кафедрой – акад. РАМН, проф. И.И.Дедов), Москва – Беркетова Т.Ю., к.м.н.**

**Научная группа программы «Гормональная заместительная терапия», США – Пикар Дж., доктор медицины.**

**Институт психиатрии, Лондон – Мерфи Д., проф.**

**Кардиологический исследовательский центр, Рим – Розано Джузеппе М.К., доктор медицины.**

## **К нашим читателям**

К подготовке и публикации книги «Практическая гинекология» нас побудил возрастающий интерес врачей-клиницистов к литературе, которая объединяет в себе публикации по проблемам гинекологии, представленной в виде клинических лекций различных специалистов из ведущих акушерско-гинекологических учреждений России.

В основу сборника были положены материалы семинара «Практическая гинекология» (руководители – академик РАМН В.И.Кулаков и профессор В.Н.Прилепская), который проходил в г. Москве с 19 по 25 октября 2000 г. и был высоко оценен многочисленными слушателями из различных регионов России и СНГ. Лекционный материал семинара по их просьбе был расширен и дополнен.

Издание приурочено к проведению III Российского форума «Мать и дитя» и адресовано практическим врачам, научным сотрудникам и всем, кто интересуется данными проблемами.

Коллектив авторов и редакторы будут благодарны читателям за все критические замечания.

*Академик РАМН В.И.Кулаков  
Профессор В.Н.Прилепская*



# ЗАБОЛЕВАНИЯ ШЕЙКИ МАТКИ И ВУЛЬВЫ

---

## ПАТОЛОГИЯ ШЕЙКИ МАТКИ

*В.Н.Прилепская, Н.И.Кондриков, Е.В.Гогаева*

### **Анатомия и физиология шейки матки**

Шейка матки вместе с маткой образуется путем слияния парамезонефральных (мюллеровых) каналов на 12–16-й неделе внутриутробного развития. На уровне прикрепления сводов влагалища она делится на две части: надвлагалищную и влагалищную. В норме у женщин репродуктивного возраста шейка матки имеет цилиндрическую форму, у девочек и инфантильных женщин – коническую. Надвлагалищная часть шейки матки, располагающаяся выше места прикрепления стенок влагалища, открывается в полость матки внутренним маточным зевом. Влагалищная часть шейки матки заканчивается наружным маточным зевом, круглым или в виде поперечной щели. Длина влагалищной части 2–3 см, толщина стенки 1–1,2 см. Стенка шейки матки образована плотной соединительной тканью, среди коллагеновых и эластических волокон которой встречаются пучки гладкомышечных клеток. Мышечная ткань в основном содержится в стенке верхней трети шейки матки; она представлена циркулярно расположенными мышечными волокнами. Функциональную активность последних обеспечивает симпатическая и парасимпатическая иннервация.

Канал шейки матки имеет веретенообразную форму. Такая форма наилучшим образом способствует удержанию в его просвете секрета желез цервикального канала. Длина канала от наружного зева до перешейка не более 4 см, ширина – не более 4 мм.

Влагалищная часть шейки матки, покрытая многослойным плоским эпителием толщиной 150–200 мкм, носит название «эктоцервикс». Многослойный плоский эпителий этой части шейки матки, как и слизистой оболочки влагалища, на протяжении менструального цикла под влиянием гор-

монов подвергается циклическим изменениям. В многослойном плоском эпителии эктоцервикса различают 4 слоя: базальный, парабазальный, промежуточный и поверхностный.

Базальный слой располагается на базальной мембране и представлен одним рядом мелких клеток с крупным ядром, занимающим большую часть клетки. Ядро базофильное, богато хроматином. Цитоплазма лишена гликогена. Базальная мембрана отделяет многослойный плоский эпителий от подлежащей соединительной ткани. Базальные клетки, обеспечивающие рост и регенерацию многослойного эпителия в норме, в условиях патологии являются источником патологической пролиферации.

Парабазальный слой представлен двумя-тремя рядами более крупных клеток с крупными базофильными ядрами и цитоплазмой, практически не содержащей гликогена. Парабазальные клетки обладают достаточно высокой митотической активностью и также обеспечивают рост, регенерацию многослойного плоского эпителия, участвуют в его дифференцировке и созревании.

Промежуточный слой состоит из 6–12 рядов крупных полигональных клеток с небольшим ядром, содержащим мелкозернистые структуры хроматина. В цитоплазму входит большое количество гликогена, в клеточных элементах верхних рядов начинает появляться кератин.

Поверхностный слой хорошо определяется в пролиферативной фазе менструального цикла; он состоит из 12–18 рядов крупных клеток, располагающихся раздельно или небольшими группами. Ядра этих клеток маленькие, пикнотичные, митотически инертные (не содержат хроматина), цитоплазма богата гликогеном и кератином.

Многослойный плоский эпителий кровоснабжается сложной сетью капилляров, располагающихся под базальной мембраной.

Наличие кератина в клетках плоского эпителия обеспечивает прочность слизистой оболочки и тем самым ее защитную функцию. Осуществлению защитной функции способствует и продуцирование кислоты во влагалище за счет метаболизма гликогена с участием влагалищных лактобактерий.

Область стыка многослойного плоского эпителия эктоцервикса и цилиндрического эпителия эндоцервикса находится на уровне наружного зева. У большинства женщин эта область является переходной зоной (зоной превращения), здесь наиболее часто локализуются злокачественные процес-

сы. Средняя ширина переходной зоны составляет 6 мм, основной ее элемент — «последние железы», устья протоков которых хорошо видны при кольпоскопии.

Слизистая оболочка цервикального канала (эндоцервикс) покрыта однорядным высоким цилиндрическим эпителием с базально расположенным ядром. Ультраструктура клеток эндоцервикса характеризуется наличием большого числа светлых вакуолей, связанных с секрецией слизи, и филаментозных структур, функция которых недостаточно ясна. Основная функция цилиндрического эпителия — секреторная. Количество и физико-химические свойства вырабатываемого секрета зависят от фазы менструального цикла. Секрет имеет важное значение для оплодотворения и является барьером для инфекции.

Цилиндрический эпителий слизистой оболочки цервикального канала вблизи перехода в многослойный плоский эпителий дополняется слоем плюрипотентных резервных клеток, располагающихся в несколько слоев и формирующих в ряде случаев незрелый метапластический эпителий. Резервные клетки расположены под цилиндрическим эпителием на базальной мембране, а также под многорядным эпителием переходной зоны. Ядра резервных клеток округлые, относительно крупные, с четкими ровными контурами, хроматин распределен равномерно. При регулярном менструальном цикле резервные клетки обеспечивают процесс регенерации цилиндрического эпителия, но при гормональных сдвигах или воспалении они могут превращаться в клетки плоского эпителия. Процесс дифференцировки резервных клеток в многослойный плоский эпителий (плоскоклеточная метаплазия) — сложный и многоступенчатый процесс.

Шейка матки является мощным защитным барьером. Содержащаяся в ее канале слизистая пробка обладает бактерицидной, протеолитической активностью благодаря присутствию в ней лизоцима, компонента лактоферина (Савельева Г.М., Антонова Л.В., 1987). Кроме того, во влагалищном содержимом и в слизи цервикального канала выявлены иммуноглобулины всех классов, которые, по-видимому, играют важную роль в местной защите от инфекции. Однако до настоящего времени в литературе продолжается полемика о месте продуцирования иммуноглобулинов. Одни авторы предполагают, что это происходит в слизистой оболочке тела матки, другие (Faulk W.P. et al., 1973) — в слизистой оболочке цервикального канала.

### Классификация заболеваний шейки матки

Диагностика и лечение заболеваний шейки матки относятся к актуальным проблемам гинекологии в связи с разнообразием патологии и, что самое важное, потенциальным риском ее злокачественной трансформации.

Данные о гистофизиологии и патологии шейки матки приведены в современных классификациях заболеваний женских половых органов, в «Международной номенклатуре болезней» (МНБ; т. VIII, «Заболевания женской половой системы», 1992), в «Международной статистической классификации болезней» (МКБ; X пересмотр, 1992) и в «Гистологической классификации опухолей (ГКО) женской половой системы» (2-я редакция, 1994).

Наиболее полная картина патологических состояний шейки матки представлена в ГКО новой редакции, которая значительно отличается от издания 1975 г. При определении типа опухоли и опухолевидного процесса здесь учитывался их гистогенез. В разделе «Эпителиальные опухоли и связанные с ними поражения» помещены данные о плоскоклеточных и железистых новообразованиях, других эпителиальных опухолях. К плоскоклеточным образованиям отнесены папиллома, остроконечные кондиломы с морфологическими признаками папилломавирусной инфекции (ПВИ), плоскоклеточная метаплазия и метаплазия переходноклеточного типа, а также плоскоклеточная атипия (увеличение ядер и появление в их составе ядрышек), наблюдаемая в клетках при цервиците и репаративном процессе.

Морфологические изменения шейки матки, представляющие собой предраковые состояния, обозначаются как цервикальная интраэпителиальная неоплазия (cervical intraepithelial neoplasia – CIN) или дисплазия. В классификации, предложенной Национальным институтом по изучению рака США (Бетесдская классификация, 1988 г., пересмотрена в 1991 г.), плоскоклеточные интраэпителиальные поражения (squamous intraepithelial lesions – SIL) подразделяются на две категории: низкой и высокой степени тяжести (low & high grade) (Gross G.E., Barrasso R., 1997). Клеточные элементы, которые трудно поддаются классификации, именуются как атипические клетки плоского эпителия неопределенного значения (atypical squamous cell undetermined significance – ASCUS).

Наименование «атипия» применительно к реактивным процессам в эпителии, не связанным с канцерогенезом, нельзя признать удачным.

Плоскоклеточные интраэпителиальные поражения низкой степени тяжести объединяют цитологические изменения, указывающие на слабую дисплазию (CIN I). SIL высокой степени тяжести включает умеренную дисплазию (CIN II), тяжелую дисплазию и карциному *in situ* (CIN III). Обозначение CIN I используется также в отношении плоской кондиломы, связанной с папилломавирусной инфекцией. Что касается лейкоплакии с атипизмом, которую в отечественной литературе относят к предраковому поражению, то за рубежом морфологическая картина при данной патологии именуется дисплазией (CIN) с кератинизацией.

Среди плоскоклеточных карцином шейки матки предлагается выделять ороговевающую, неороговевающую, веррукозную, бородавчатую (кондиломатозную) с признаками ПВИ, папиллярную, а также лимфоэпителиоподобную карциному, имеющую сходство с подобной опухолью носоглотки.

К железистым поражениям шейки матки отнесены полип эндоцервикса, мюллерова папиллома, атипия эндоцервикального эпителия, которая (подобно плоскоклеточной атипии) обусловлена воспалением, железистая дисплазия и аденокарцинома *in situ*. Большим разнообразием характеризуются аденокарциномы шейки матки, среди которых выделены муцинозная (эндоцервикального и кишечного типа), эндометриоидная, светлоклеточная, серозная, мезонефроидная. Среди других эпителиальных опухолей рассматриваются железисто-плоскоклеточная (аденосквамозная) карцинома, прозрачноклеточная (*glossy cell*) карцинома, по мнению некоторых исследователей, представляющая собой низкокодифференцированную железисто-плоскоклеточную карциному, аденокистозная карцинома, сходная с таковой слюнной железы, аденоиднобазальная карцинома, карциноидная опухоль, мелкоклеточная карцинома, напоминающая подобную опухоль легких, недифференцированная карцинома.

Стромальными (мезенхимальными) опухолями шейки матки являются лейомиома, лейомиосаркома, эндоцервикальная стромальная саркома, ботриоидная саркома (эмбриональная рабдомиосаркома), эндометриальная стромальная саркома, альвеолярная саркома и другие опухоли.

В шейке матки развиваются и смешанные опухоли, состоящие из эпителиального и стромального компонентов,

а именно: аденофиброма, аденомиома (вариант — атипическая полиплоидная аденокарцинома), аденосаркома, злокачественная мезодермальная смешанная опухоль (злокачественная мюллерова смешанная опухоль, карциносаркома). В ряд разнообразных опухолей шейки матки включены меланодцитный и голубой невус, злокачественная меланома, лимфома, опухоли зародышевоклеточного фона (опухоль эндодермального синуса, зрелая кистозная тератома). Метастатические опухоли в шейке матки рассматриваются как вторичные.

Среди подобных опухолей в ГКО приводятся кисты шейки матки, железистая гиперплазия, кистозная гиперплазия, микрожелезистая гиперплазия, изменения в эндоцервикальном эпителии типа Ариас-Стеллы, остатки и гиперплазия мезонефроза, разнообразные метаплазии (мерцательноклеточная, кишечноклеточная, эпидермальная), эндометриоз, эктопическая децидуа, стромальный полип (ботриодная псевдосаркома), послеоперационный веретенкоклеточный узелок, травматическая (ампутационная) неврома и другие поражения.

Приводимые в ГКО опухоли и опухолеподобные состояния свидетельствуют о многообразии патологических изменений шейки матки, которые наблюдаются в клинической практике. Вместе с тем, в ней отсутствуют указания на воспалительные процессы, которые представлены в МНБ и МКБ. В Международной статистической классификации болезней применительно к изменениям шейки матки, обусловленным воспалительным процессом, рекомендуется использовать наименования «цервицит», «эндоцервицит» и «экзоцервицит».

Наименования «выворот» и «эктропион» по смыслу мало различаются, и большинство исследователей предпочитает рассматривать их как синонимы. Однако некоторые разграничивают эти названия, связывая эктропион с разрывом шейки матки.

Особого внимания заслуживает употребление термина «эрозия шейки матки». Как указано в МНБ, эрозия шейки матки — это отторжение эпителия в результате воспаления, химического воздействия, диатермокоагуляции или лучевой терапии, причем отсутствие покровного эпителия обычно кратковременное, и поэтому данная патология наблюдается исключительно редко. В пояснении к использованию этого наименования отмечается, что в прошлом данный термин нередко применялся (и, к сожалению, еще применяется до сих пор) для обозначения наличия высокого цилиндрического

эпителия на влажной части шейки матки (эктопия). Учитывая этимологические основы этого наименования (эрозия—разъедание, ограниченная потеря покровного эпителия или ткани), большинство исследователей придерживается мнения, что оно должно использоваться лишь по отношению к поражению с истинным отсутствием покровного эпителия.

Наряду с острым и хроническим цервицитом, эндо- и экзоцервицитом в МКБ выделена туберкулезная инфекция, а изменения шейки матки, связанные с сифилисом, гонореей или вызываемые хламидиями, рассматриваются вместе с подобными поражениями других внутренних органов.

Среди невоспалительных заболеваний шейки матки представлены эндометриоз, полип, эктропион, диспластические изменения эпителия различной тяжести, лейкоплакия, разрыв, стриктура и стеноз шейки матки, истмико-цервикальная недостаточность (вне беременности), гипертрофическое удлинение шейки матки. Последнее наименование не совсем удачно, поскольку гипертрофия шейки матки обычно связана с лимфостазом или венозным застоем, тогда как удлинение (элонгация) может быть обусловлено хроническим цервицитом.

Таким образом, представленные классификации взаимно дополняют друг друга, поскольку перед составителями были изначально поставлены различные задачи. Не вызывает сомнения, что научные разработки нуждаются в проверке практикой. Учитывая современное состояние научных исследований и практического здравоохранения, необходимо отказаться от устаревших терминов, визуального описания изменений шейки матки и ориентироваться в основном на данные эндоскопических методов исследования (кольпоскопия).

### **Эрозии и эктопии шейки матки**

Возникновение и развитие патологических процессов влажной части шейки матки — сложный, длительный процесс, многие стороны которого еще недостаточно изучены. Однако достоверно известно, что наиболее часто злокачественному процессу предшествуют эктопии, эктропион, лейкоплакия, цервициты и другие поражения шейки матки.

«Истинная» эрозия шейки матки — приобретенный патологический процесс, характеризующийся повреждением и последующей десквамацией многослойного плоского эпителия влажной части шейки матки. В результате десква-

мации образуется раневая поверхность (дефект эпителия) с развитием воспалительной реакции.

Эрозия обычно располагается вокруг наружного зева или на губе шейки матки, преимущественно задней (реже передней). Она имеет ярко-красный цвет, неправильную, слегка округленную форму, нередко кровоточит при прикосновении. При кольпоскопии и микроскопическом исследовании отчетливо выявляются признаки воспалительной реакции в подэпителиальной соединительной ткани: расширение сосудов, нарушение микроциркуляции, отечность, мелкоклеточные инфильтраты; на эрозированной поверхности — наложения фибрина и кровь, нередко видны слизисто-гноевидные выделения, поступающие из цервикального канала. Причиной таких выделений является эндоцервицит, часто сопутствующий эрозии и являющийся наиболее частой причиной ее возникновения.

Эрозия относится к непродолжительным процессам, она существует не более 1–2 нед., достаточно быстро эпителизируется (исключение составляют дефекты на шейке матки, вызванные злокачественным процессом). Встречается весьма редко, составляя, по данным различных авторов, от 5 до 10% в структуре заболеваний шейки матки.

Лечение эрозий шейки матки, как правило, направлено на ликвидацию патологического процесса, их вызвавшего, и никогда не требует локальной деструктирующей терапии с применением физиохирургического воздействия, так как оно, безусловно, усугубляет патологический процесс и может способствовать его распространению, вызывая еще большее эрозивное повреждение поверхности и дефект подлежащих тканей.

В случае смещения высокого цилиндрического эпителия цервикального канала на влагалищную часть шейки матки образуется так называемая псевдоэрозия, или эктопия шейки матки. Это доброкачественный патологический процесс, по последним данным, имеющий различную этиологию (Рудакова Е.Б., 1996). По данным различных авторов, псевдоэрозия встречается у 10–38,8% женщин (Рудакова Е.Б., 1996; Краснопольский В.И. и др., 1997).

Согласно последней отечественной классификации, предложенной Е.Б.Рудаковой (1996), существуют следующие основные виды псевдоэрозий: врожденная, приобретенная и рецидивирующая после проведенной ранее терапии.

Смещение переходной зоны на эктоцервикс во внутриутробном периоде считается нормальным этапом развития шейки матки и объясняется гормональным воздействием,



в частности эстрогенов, продуцируемых материнским организмом. Так называемые врожденные эрозии (эктопии), возникшие в период внутриутробного развития, могут сохраняться до пубертатного и более старшего возраста. Максимальная частота таких эктопий наблюдается в молодом возрасте, то есть до 25 лет (87%) (Прилепская В.Н. и др., 1992). Кольпоскопическими особенностями эктопии являются расположение цилиндрического эпителия на экзоцервиксе, наличие четких его границ, отсутствие патологической секреции и воспалительных изменений. Цилиндрический эпителий выглядит как красноватая или красная поверхность с сосочками, очень хорошо визуализирующаяся при пробе с уксусной кислотой, раствором Люголя практически не окрашивается.

Врожденная эктопия, как правило, не требует лечения. Пациенток следует осматривать 1 раз в 6 мес. (кольпоскопия, PAP-тест), биопсия с участка поражения не берется.

Совершенно другими, как по этиологии и патогенезу, так и по подходам к методам лечения, являются приобретенные псевдоэрозии, возникающие под воздействием тех или иных факторов. Они рассматриваются как полиэтиологическое заболевание, обусловленное воспалительными процессами нижнего и верхнего отделов полового тракта, в том числе заболеваниями, передающимися половым путем, различными оперативными вмешательствами, особенно многократными абортами, частой сменой половых партнеров, иммунными и гормональными нарушениями, травматическими воздействиями. По данным В.Н.Прилепской и Т.А.Фокиной (1990), частота псевдоэрозий шейки матки у женщин с нарушениями менструального цикла в 5–6 раз превышает таковую в популяции, что является косвенным доказательством роли гормонального фона в их этиопатогенезе. Приобретенные псевдоэрозии составляют 65,6% от общего числа доброкачественных патологических процессов шейки матки (Рудакова Е.Б., 1996).

Обследование женщин с псевдоэрозией шейки матки, кроме сбора анамнеза, общего и гинекологического осмотров, должно включать расширенную кольпоскопию, цитологическое, гистологическое исследование, а также исследования на основные виды сексуально-трансмиссивных инфекций, изучение эндокринного и иммунного статуса.

Пациентки с псевдоэрозией, как правило, не предъявляют жалоб, но при наличии сопутствующих воспалительных забо-

леваний половых органов могут отмечать боли, выделения различного характера, контактные кровянистые выделения. При осмотре в зеркалах можно заподозрить псевдоэрозию, которая обычно располагается вокруг наружного зева, чаще всего имеет вид пятна с неправильными очертаниями от ярко-красного до бледно-розового цвета. Кольпоскопическая картина при приобретенной псевдоэрозии характеризуется в основном наличием эктопии с зоной трансформации в различных сочетаниях. Понятие «зона трансформации» соответствует термину «зона превращения»; она возникает в процессе перекрытия или замещения зоны цилиндрического эпителия плоским и лежит между стыком цилиндрического и плоского эпителия с натуральным многослойным плоским. Границей зоны трансформации принято считать «последнюю железу», то есть наиболее дистально удаленную от наружного зева. Зона трансформации характеризуется наличием метапластического эпителия различных степеней зрелости, открытых и закрытых желез, островков цилиндрического эпителия, с нечеткими контурами, иногда наличием сосудистой сети.

Процесс перекрытия происходит двумя путями: с периферии (прямая метаплазия) и из резервных клеток (непрямая метаплазия). Процесс плоскоклеточной метаплазии рассматривается патоморфологами как универсальный физиологический процесс (Кондриков Н.И. и др., 1993). Однако под влиянием различных факторов в нормальной зоне трансформации могут возникать нарушения дифференцировки клеток (атипическая зона трансформации) с наличием цитологических и гистологических признаков: атипии сосудов, гиперкератоза, изменением устьев желез и др. В связи с этим существует концепция, что CIN (цервикальная интраэпителиальная неоплазия) всегда развивается в участках атипической зоны трансформации в процессе метаплазии. Тем не менее эта концепция не учитывает того, что типичные признаки трансформации, открытые и закрытые железы чаще всего отсутствуют в зонах мозаики и пунктации, а появление очагов дискератоза возможно на фоне нормального многослойного плоского эпителия. Доказано также, что повреждающее действие на естественный многослойный плоский эпителий могут оказывать вирусы, при этом появляются изменения в виде участков лейкоплакии, мозаики и пунктации.

Для более глубокого исследования поражений шейки матки применяют микрокольпоскопию с увеличением в 90 раз, которая позволяет исследовать строение эпителия.

Цитологическая картина при псевдоэрозии типична. Наиболее часто обнаруживаются клетки плоского эпителия, иногда слущенные с поверхности псевдоэрозии клетки высокого цилиндрического эпителия (вытянутой формы с ядрами, расположенными у основания), а также единичные, отдельно расположенные ядра («голые» ядра), эритроциты и лейкоциты. Мазки-отпечатки следует получать с влагалищной части шейки матки, переходной зоны, непосредственно с поверхности эктопии и нижней трети цервикального канала. Цитологический метод должен рассматриваться как скрининговый, предшествующий кольпоскопии и биопсии шейки матки. Установлено, что патология, выявленная цитологически, подтверждается данными гистологического исследования в 92,2% случаев.

При гистологическом исследовании различают железистые, папиллярные псевдоэрозии и псевдоэрозии с плоскоклеточной метаплазией.

Для железистой псевдоэрозии характерно наличие железистых образований в подэпителиальной ткани. Высокий цилиндрический эпителий выстилает ветвящиеся железистые ходы – «эрозионные» железы, вокруг которых нередко отмечается воспалительная инфильтрация.

При папиллярной псевдоэрозии наблюдается разрастание стромы с формированием сосочков различной величины, покрытых однослойным высоким цилиндрическим эпителием. В каждом сосочке содержится концевая сосудистая петля.

Заживление эктопии зависит от выраженности плоскоклеточной метаплазии и проходит несколько стадий:

- начальную стадию заживления (плоскоклеточной метаплазии);
- стадию неполного заживления (наличие зоны превращения с островками эктопии и открытыми протоками желез);
- стадию полного заживления (эктопия отсутствует, зона превращения представлена только кистозно расширенными железами и сосудами).

При гистологическом исследовании зоны превращения поверхность шейки матки покрыта многослойным плоским эпителием, под которым располагаются железы различной формы и величины, включая кистозно расширенные. В просвете желез содержится слизистый секрет, выводные протоки желез закрыты (закрытые железы). Нередко можно наблюдать, как метапластически измененный плоский эпителий

внедряется в «эрозивные» железы, частично или полностью заполняя их просвет.

Лечебные мероприятия при псевдоэрозиях направлены на ликвидацию воспалительного процесса в шейке матки и влагалище, стимуляцию регенерации многослойного плоского эпителия эктоцервикса и удаление патологически измененной ткани шейки матки. При выявлении хронических воспалительных заболеваний шейки матки необходимо провести соответствующее лечение.

Другим аспектом при лечении псевдоэрозий является определение гормонального фона. При недостаточной функции яичников, выявленной с помощью тестов функциональной диагностики и гормональных исследований, необходимо провести соответствующее лечение.

Наиболее радикальными и эффективными методами лечения эктопий являются лазерная терапия, диатермохирургия, термокоагуляция, криохирургия.

При диатермокоагуляции предпочтение отдается использованию биполярных биактивных электродов по сравнению с биполярным моноактивным методом. При применении биполярных биактивных электродов, расположенных рядом и дающих одинаковую плотность токовых линий, в тканях не образуется эндогенного тепла с повышением температуры до 60–100° С и не происходит необратимой коагуляции протеинов и тканевых жидкостей.

Частые осложнения (до 30%) – кровотечения, нарушение менструальной функции, обострение воспалительных процессов в малом тазу, стенозирование цервикального канала, возникновение эндометриоза, рубцовые изменения – ограничивают применение этого метода. Кроме того, после диатермокоагуляции сохраняется пролиферативная активность, возможны рецидивы псевдоэрозии.

При патологии эктоцервикса в сочетании с гипертрофией и деформацией шейки матки применяется метод диатермокоагуляции – электрохирургическое конусовидное иссечение патологически измененных тканей с вершиной конуса, обращенной к внутреннему зеву. Осложнением этого метода может быть стеноз или заращение цервикального канала, поэтому применение диатермокоагуляции должно быть строго обосновано, а сама процедура технически правильно выполнена.

Одним из современных методов лечения при патологических состояниях шейки матки является криохирургия. Низкотемпературное воздействие дает очень широкий биологичес-

кий эффект — от криоконсервации до криодеструкции тканей. Под влиянием охлаждения происходят сложные физико-химические, биофизические и биохимические превращения, которые, в свою очередь, вызывают в тканях различные по характеру и интенсивности структурные и функциональные изменения.

Криохирургический метод имеет следующие преимущества: не повреждается здоровая окружающая ткань, отсутствует кровотечение из места крионекроза, не развивается стеноз канала шейки матки, не нарушаются менструальная и детородная функции. Участки криодеструкции быстро заживают. В отличие от диатермокоагуляции при криохирургическом лечении регенерация происходит под эластичным струпом, при этом не создаются условия для имплантации эндометрия во время менструации и возникновения эндометриоза шейки матки, что позволяет проводить криогенное лечение в любой фазе менструального цикла.

Воздействие на патологически измененный участок шейки матки лучом лазера — современный и эффективный метод лечения при фоновых и предраковых заболеваниях шейки матки. Для воздействия на пораженный участок используют нефокусированный пучок лазерного излучения, который направляют на поверхность зеркально измененным световодом, обеспечивающим свободное движение в трех плоскостях. Лазер включают на минимальную генерацию, так что воздействие на поверхность ткани проводится излучением мощностью 2–6 Вт. Время облучения зависит от величины поверхности дисплазии и составляет в среднем 2–7 мин. Кроме пораженных тканей обязательно облучают 1–2 мм пограничной здоровой ткани. Облучение не сопровождается болевыми ощущениями, не образуется струп, отсутствуют кровотечения из облученной поверхности как во время облучения, так и после него, эпителизация завершается в течение 3–4 нед.

Диспансерное наблюдение за пациентками после любого метода лечения рекомендуется осуществлять в течение 1 года, в случае сопутствующей дисплазии шейки матки — в течение 2 лет с проведением цитологического и кольпоскопического исследований каждые 3 месяца.

Для профилактики заболеваний шейки матки необходимы своевременное лечение воспалительных процессов влагалища, шейки матки, матки и ее придатков, своевременная коррекция нарушений менструального цикла, рациональное ведение родов, предотвращение абортов, пропаганда культуры

сексуальных отношений, использование современных методов контрацепции и, что особенно важно, своевременная и правильная тактика ведения больных с применением скринингового исследования.

### **Эндо- и экзоцервициты**

Как уже было сказано ранее, одним из барьеров, препятствующих внедрению возбудителей инфекционных процессов в верхние отделы половых путей, является шейка матки. Защитные функции выполняет как слизистая оболочка влагалищной части шейки (экзоцервикс) благодаря многослойному плоскому эпителию, его механической прочности, обусловленной наличием глыб кератина и гранул гликогена, создающего местный иммунитет влагалища, так и слизистая оболочка цервикального канала (эндоцервикс) за счет цервикальных желез, вырабатывающих секрет, содержащий секреторный иммуноглобулин А, лизоцим и другие вещества, обладающие определенными физическими и химическими свойствами.

При воздействии определенных факторов, таких как механическое расширение цервикального канала при абортах, диагностические выскабливания, при проведении гистероскопии и других лечебных и диагностических мероприятий, а также выскабливании цервикального канала, травмах шейки матки в родах, нарушениях общего иммунитета и т.д., происходит нарушение защитных механизмов и как следствие проникновение инфекционных агентов в половые пути, что вызывает развитие воспалительного процесса, в частности эндо- и экзоцервицита.

Как известно, нижние половые пути (влагалище и шейка матки) представляют собой единую анатомофункциональную систему, поэтому воспалительные процессы шейки матки редко бывают изолированными, в них, как правило, вовлекается влагалище.

По определению Г.З.Мовэт, воспаление – это реакция живой ткани на повреждение, заключающаяся в определенных изменениях терминального сосудистого ложа, крови, соединительной ткани, направленных на уничтожение агента, вызвавшего повреждение, и на восстановление поврежденной ткани.

В любом воспалительном процессе выделяют три стадии: альтерации, экссудации и пролиферации (продуктивная стадия).

В результате непосредственного действия патогенного фактора и обменных нарушений, возникающих в поврежденной ткани, происходит ее десквамация с обнажением базальной мембраны — стадия альтерации.

Экссудация ведет к разрыхлению ткани, лейкодиapedезу, появлению в пораженных тканях большого количества гистиоцитов, макрофагов, плазматических клеток, фибробластов, лимфоцитов, что определяет цитологическую картину воспаления.

В стадии пролиферации происходит регенерация тканей путем образования клеток и восстановления ультраструктуры отдельных клеток за счет регенерации составляющих их органоидов. Продуктивная стадия может быть замедленной, с образованием наботковых кист с характерным содержимым в результате перекрытия отверстий желез.

Воспалительные заболевания половых органов разделяют на специфические и неспецифические, в зависимости от возбудителей, вызвавших патологический процесс.

Неспецифические эндо- и экзоцервициты являются следствием воздействия условно-патогенных микроорганизмов (стрептококков, стафилококков, кишечной палочки, энтерококков и др.). Развитие воспалительных заболеваний шейки матки может быть обусловлено возбудителями инфекций, передающихся половым путем (хламидии, гонококки, трихомонады, ВПГ, ВПЧ, грибы рода *Candida* и др.).

Воспалительная реакция шейки матки проявляется неодинаково — в зависимости от характера возбудителя и реактивности организма женщины. Иногда заболевание протекает в стертой форме. Отчетливые клинические признаки присущи эндо- и экзоцервицитам гонорейной этиологии и менее выражены при хламидиозе. Воспалительный процесс, не излеченный в острой стадии, переходит в хронический.

Клиническими симптомами острого неспецифического вагинита и цервицита являются обильные слизистые или гнойные выделения, зуд, жжение, реже — боли внизу живота. Наличие других жалоб обычно связано с сопутствующими заболеваниями (уретрит, эндометрит, сальпингоофорит и др.). При влажалищном исследовании определяются гиперемия, отек, расширение капилляров под многослойным плоским эпителием (МПЭ), проявляющееся в виде красноватых пятен и расплывчатых нечетких точек. При выраженном воспалении слизистая оболочка отекает, ярко-красного цвета, при контакте легко травмируется и кровоточит. При этом

в заднем своде и на стенках влагалища скапливаются различные выделения.

В хронической стадии выделения, как правило, бывают умеренными, шейка матки отечной, с очаговой гиперемией. Эпителиальный покров изменен мало, хотя при затяжном течении процесса наблюдается уплотнение и утолщение шейки матки.

В диагностике экзо- и эндоцервицита помимо клинических признаков определенное значение имеют данные лабораторных исследований — микроскопического, цитологического, бактериологического, рН-метрии влагалищного отделяемого, а также специальных методов диагностики (ПЦР, иммуноферментный анализ, ДНК-гибридизация и др.).

В задачи кольпоскопии входит оценка состояния эпителия шейки матки, выявление патологического очага, дифференциация доброкачественных изменений и подозрительных в отношении малигнизации, выбор наиболее измененного участка для прицельной биопсии.

Кольпоскопическая картина при очаговом экзоцервиците характеризуется диффузно гиперемированной слизистой оболочкой, на поверхности которой выделяются участки различной величины, несколько приподнятые над окружающей тканью, округлой или овальной формы с отечной каймой. В этих участках видно множество мелких красных точек в виде очаговых скоплений. Красные точки являются кольцевыми петлями расширенных субэпителиальных капилляров подлежащей ткани. Вследствие сдувания поверхностных слоев эпителия они близко подходят к поверхности слизистой оболочки и становятся хорошо видимыми.

При диффузном экзоцервиците на фоне гиперемии и отечности слизистой оболочки определяются диффузно расположенные красные точки. После обработки раствором уксусной кислоты поверхность эпителия несколько светлеет. При проведении пробы Шиллера поверхность шейки матки окрашивается неравномерно, пестро, с характерной крапчатостью йодонегативных и йодопозитивных участков.

Стык многослойного плоского и высокого цилиндрического эпителия в большинстве случаев находится на уровне наружного зева. При эндоцервиците наблюдается гиперемия вокруг наружного отверстия шеечного канала, откуда вытекает гомогенная гнойная слизь.

Цитологическое исследование позволяет оценить структуру и клеточный уровень повреждения тканей и при динами-



ческом заборе материала – эффективность проведенного лечения. При остром течении заболевания в мазках содержится много лейкоцитов, а также гистиоциты и лимфоциты, клетки МПЭ с дистрофическими изменениями ядер и цитоплазмы, клетки цилиндрического эпителия (ЦЭ) с гипертрофированным ядром. В отличие от острого, при хроническом цервиците в мазках содержатся парабазальные клетки с дистрофическими изменениями, клетки ЦЭ различной величины, иногда может наблюдаться цитоллиз. Следует отметить, что воспалительный процесс в экзо- и эндоцервиксе может быть аналогичен картине клеточной атипии (Бычков В.И., 1989; Voon M.E., Suurmeijer A.J.N., 1991). 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 псевдодискариозом, как правило, исчезают.

Микроскопическое исследование является наиболее доступным методом и позволяет установить не только общее число микробов-ассоциантов, но и определить их принадлежность к облигатно анаэробным видам или лактобактериям.

Бактериологическое исследование дает возможность определить родовую принадлежность микроорганизмов, их чувствительность к антибактериальным препаратам.

Таким образом, диагностика цервицитов направлена, в первую очередь, на выявление причины, вызвавшей воспалительный процесс шейки матки.

Лечение должно проводиться в зависимости от характера возбудителя, стадии патологического процесса. Эффективность терапии контролируется кольпоскопией и лабораторными методами исследования.

Лечение эндо- и экзоцервицитов должно быть комплексным, то есть включать этиотропную терапию и методы, направленные на ликвидацию предрасполагающих факторов (нейроэндокринных, обменных и других функциональных нарушений), а также сопутствующих заболеваний.

Оно предполагает применение антибактериальных, противотрихомонадных, противогрибковых, противовирусных, противохламидийных и других средств в зависимости от данных микробиологического и специальных методов исследования (ПЦР, ДНК-зонд, иммуноферментный анализ и т.д.).

В частности, при кандидозном цервиците и вагините рекомендуется применение препарата дифлюкан (класс триазольных соединений), который оказывает выраженное действие на синтез стеролов грибов. При хламидийном цервиците наряду с антибиотиками тетрациклинового ряда (тетрацилин, мономицин, доксициклин, метациклин и др.), макролидов (эритромицин), хинолонов (таривид, максаквин) в последние годы с успехом применяют препарат азитромицин (сумамед) из группы азалидов.

Чрезвычайно трудную задачу представляет лечение воспалительных процессов, вызванных вирусами. При генитальном герпесе терапевтического эффекта достигают при длительном курсовом лечении, включающем помимо противовирусных препаратов (ацикловир, валтрекс и др.) специфический противогерпетический иммуноглобулин, витаминотерапию, иммуностимулирующие средства, местное применение мазей (мегасин, госсипол, бонафтон и др.), десенсибилизирующие средства.

Папилломавирусная инфекция (ПВИ) является кофактором в развитии воспалительных процессов на шейке матки. При выявлении заболевания, обусловленного ПВИ, необходимо проведение комплексной терапии, воздействующей как на микро-, так и на макроорганизм. Локальная терапия направлена на удаление кондилом и атипически измененного эпителия. С этой целью используются химические коагулянты (подофиллотоксин, резорцин, ферезол, солкодерм и др.), цитостатики и физиохирургические методы. В последние годы в лечении ПВИ используют интерфероны и их индукторы. Интерфероны обладают противовирусным, антипролиферативным и иммуномодулирующим действием, они способны усиливать активность Т-лимфоцитов и стимулировать их способность убивать клетки с измененной антигенной структурой.

Для местного антибактериального лечения вагинитов и цервицитов используется большое количество разнообразных влагалищных лекарственных средств широкого спектра действия (тержинан, макмирор, клион-Д, бетадин, гинелотримин и др.).

На втором этапе лечения с целью восстановления нормального микроценоза влагалища применяют эубиотики, в частности ацилакт, бифидумбактерин, лактобактерин, которые стимулируют рост собственной лактофлоры влагалища, способствуют снижению числа рецидивов заболевания за счет повышения защитных свойств.

### Лейкоплакия

Лейкоплакия — патологический процесс, связанный с ороговением поверхностных отделов многослойного плоского эпителия шейки матки. Зарубежные исследователи рассматривают простую лейкоплакию как гипер- и паракератоз в многослойном плоском эпителии влагалищной части шейки матки, а лейкоплакию с атипизмом относят к цервикальной интраэпителиальной неоплазии.

По данным М.Ю.Новиковой (1995), частота лейкоплакии шейки матки в популяции составляет 1,1%, а в структуре заболеваний шейки матки — 5,2%. И хотя эта патология не является частой, злокачественная трансформация многослойного плоского эпителия, по данным некоторых исследований, наблюдается у 31,6% больных лейкоплакией шейки матки, в связи с чем своевременная диагностика и лечение лейкоплакии необходимы для профилактики и снижения частоты заболеваемости шейки матки (Прилепская В.Н. и др., 1995).

Анализ отечественной и зарубежной литературы свидетельствует, что этиология и патогенез лейкоплакии шейки матки изучены недостаточно. Высказывается мнение, что в основе этого процесса лежат гормональные нарушения, в первую очередь, недостаточность эстрогенов. Однако не все придерживаются данного мнения, так как у большинства больных установлено нарушение базальной и циклической секреции эстрогенов с преобладанием фракции эстрадиола.

Помимо нарушений гормонального гомеостаза, причиной возникновения лейкоплакии могут служить и экзогенные факторы — инфекционные, химические, термические и др. Возможно, имеет значение инволюционная перестройка морфологических и функциональных свойств многослойного плоского эпителия.

Клинически лейкоплакия представляет собой белое пятно с четкими границами на эпителии шейки матки, вульвы, влагалища, нередко видимое невооруженным глазом до обработки растворами. Оно может быть приподнято над поверхностью многослойного плоского эпителия или может находиться на одном с ним уровне. Лейкоплакия гистологически относится к дискератозам шейки матки. Утолщение многослойного плоского эпителия происходит за счет герминативных элементов базального слоя, появления кератогиалинового и рогового слоев. Выделяют плоскую и бородавчатую (лейкокера-

тоз) формы лейкоплакии. Гистологически при простой форме лейкоплакии отмечается утолщение многослойного плоского эпителия за счет базального и зернистого слоев, явления паракератоза и ороговения (гиперкератоз). При бородавчатой форме на поверхности поражения образуются бороздки, наполненные ороговевшими массами, утолщение эпителия происходит за счет пролиферации и расширения базального слоя (базальноклеточная гиперактивность), отмечается беспорядочное расположение базальных клеток с явлениями атипии.

Лейкоплакия, как правило, располагается на участках зоны трансформации и только в виде исключения может обнаруживаться среди здорового эпителия. Размеры ее могут быть различными – от точечной бляшки до обширных наслоений, занимающих всю поверхность шейки матки и даже переходящих на влагалище. В тех участках, где лейкоплакия легко слущивается при влагалищном исследовании, протирании тампоном, спринцевании, она легко возникает вновь. При лейкоплакии, наряду с полным ороговением поверхностных слоев многослойного плоского эпителия, состоящих из безъядерных уплощенных клеток, наблюдается и неполное ороговение – паракератоз.

Диагностика лейкоплакии не представляет значительных затруднений, однако истинный ее характер определяется при кольпоскопии, цитологическом и гистологическом исследовании. Кольпоскопия является обязательной, так как истинные размеры лейкоплакии становятся видны после обработки раствором Люголя. Повторная кольпоскопия проводится для исключения или своевременного распознавания признаков атипии. К признакам атипии относят: открытые выводные протоки желез с выступающими над поверхностью ороговевшими краями, большое количество сосудов, варикозное расширение сосудов, точечные сосуды вокруг желез.

Материал для цитологического исследования получают путем бережного соскоба поверхности лейкоплакии шпателем Эйра или специальной цервикальной щеткой. При помощи этих инструментов одновременно берутся мазки с влагалищной части шейки матки, переходной зоны и нижней трети цервикального канала. При цитологическом методе диагностики простой лейкоплакии обращает на себя внимание наличие в мазках-отпечатках глыбок кератина, а также скоплений поверхностных клеток, лишенных ядер, цитоплазма которых хорошо окрашивается по методу Папа-

# ПРАКТИЧЕСКАЯ ГИНЕКОЛОГИЯ

*(Клинические лекции)*

*Под редакцией*

*акад. РАМН В.И.Кулакова, проф. В.Н.Прилепской*

Главный редактор: *В.Ю.Кульбакин*

Ответственный редактор: *Е.Г.Чернышова*

Редакторы: *К.В.Проказова, Н.Л.Пиганова*

Технический редактор: *Н.А.Биркина*

Корректоры: *Л.Ю.Шанина, О.А.Эктова*

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

ISBN 5-98322-369-0



Лицензия ИД №04317 от 20.04.01 г.

Подписано в печать 06.02.08. Формат 84×108/32.

Бумага офсетная. Печать офсетная. Объем 23,5 п.л.

Гарнитура Таймс. Тираж 3000 экз.

Заказ №365

Издательство «МЕДпресс-информ».

119992, Москва, Комсомольский проспект, д. 42, стр. 3

Для корреспонденции: 105062, Москва, а/я 63

E-mail: [office@med-press.ru](mailto:office@med-press.ru)

[www.med-press.ru](http://www.med-press.ru)

Отпечатано с готовых диапозитивов

в ООО «Типография «Новости»

107005, Москва, ул. Фр. Энгельса, 46.