

# Предраковые заболевания наружных гениталий и шейки матки.

Лектор: **ЗАКИРОВА Н.И.**

Самарканд 2016

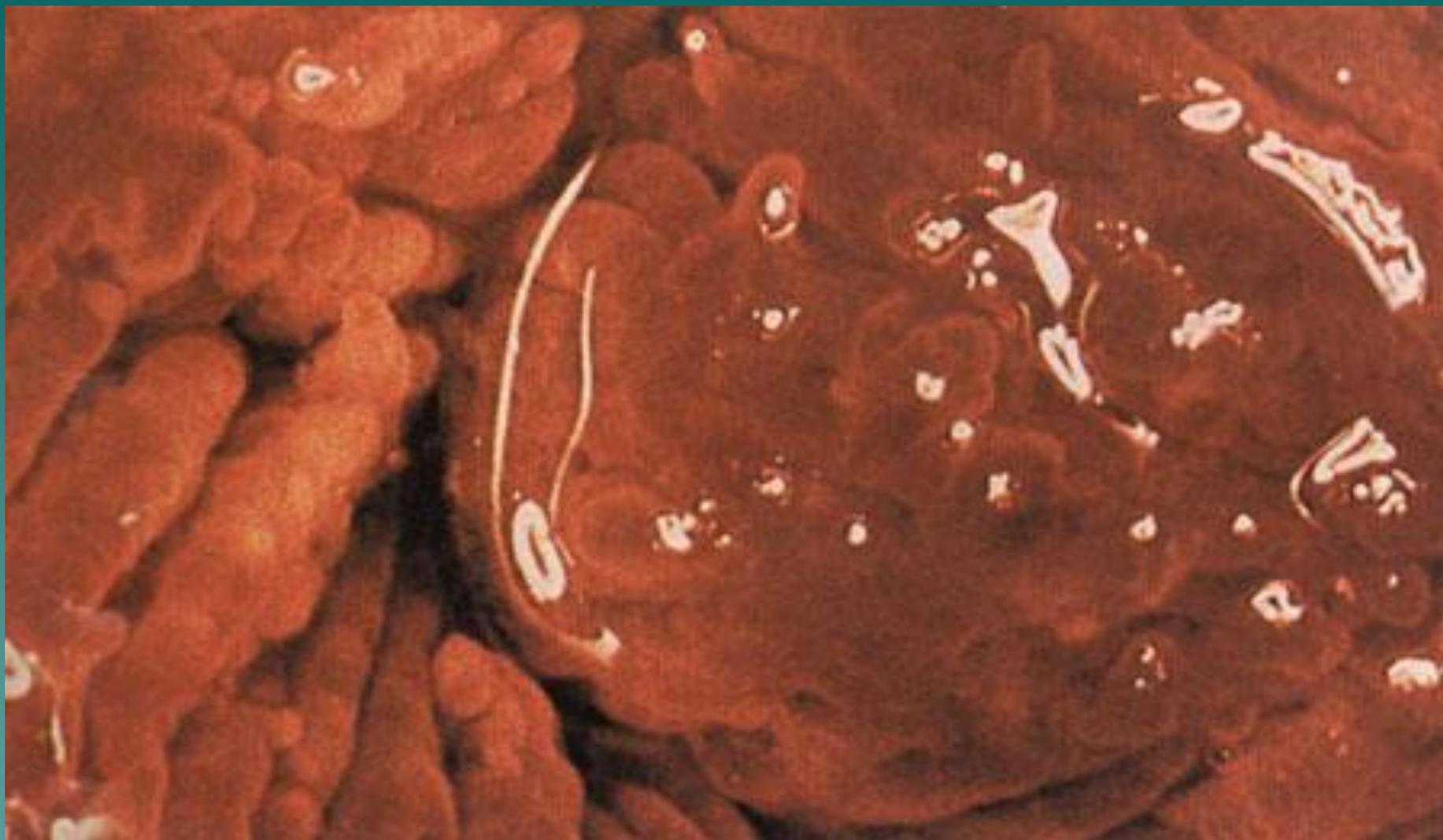
Морфологическая характеристика эпителия шейки матки здоровой женщины определяется возрастом, менструальной, детородной функции, фазой менструального цикла или сроком беременности. Эта зависимость обусловлена влиянием эстрогенов и прогестагенов на состояние эпителия, соединительной ткани и кровенаполнения сосудов слизистой оболочки влагалищной части и цервикального канала шейки матки. ? В фолликулиновую фазу менструального цикла цитограмма представлена пролиферирующими сквамозными эпителиальными клетками поверхностного типа. Во время овуляции количество поверхностных клеток с пикнозом ядер достигает максимума. Клетки размещены отдельно, наблюдаются палочки Додерлейна, единичные лейкоциты.

При гистологическом исследовании слизистой оболочки влагалищной части шейки матки в I фазу менструального цикла определяется многослойный плоский (сквамозный) эпителий, который состоит из нескольких слоев, постепенно переходят из одного в другой: базального, парабазального, промежуточного и поверхностного. В базальном слое происходит репродукция клеток. В других слоях осуществляются созревания и дифференцировки клеток, а затем деградация и уменьшение ядра. В эпителиальных клетках накапливается гликоген. Под эпителием расположена базальная мембрана, под ней - соединительнотканная строма, в которой находятся кровеносные сосуды и нервные волокна



Влагалищная часть шейки матки женщины репродуктивного возраста: конец I фазы менструального цикла.

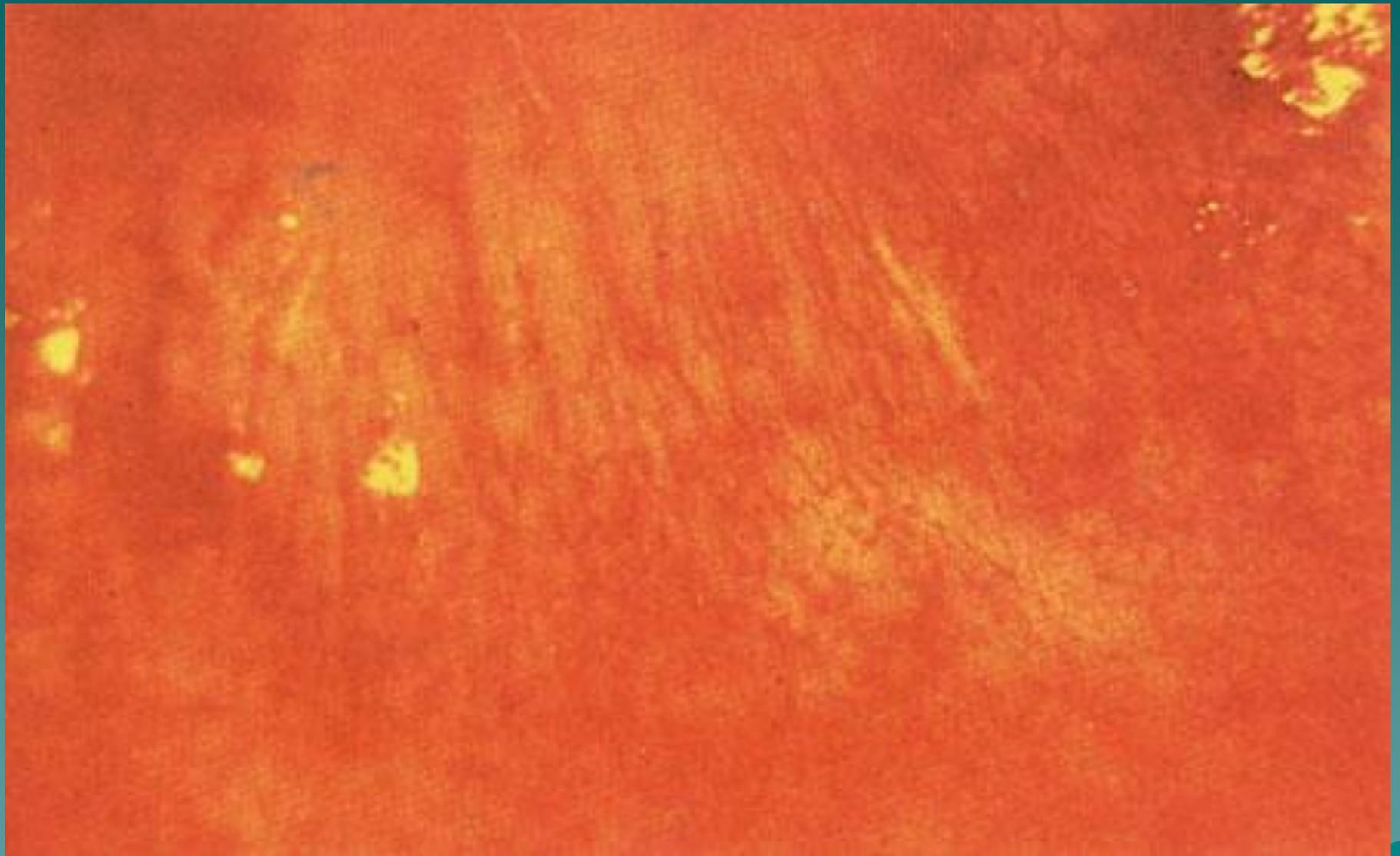
В лютеиновую фазу менструального цикла наблюдается резкий спад оксифильных пикнотичными поверхностных клеток, увеличение содержания промежуточного эпителия. Скопление эпителиальных клеток свидетельствует о влиянии прогестерона. ? При гистологическом исследовании в прогестеронового фазу истончается эпителиальный слой и исчезает гликоген из большинства клеток. ? При цитологического исследования клеток цервикального канала определяются группы клеток цилиндрического эпителия с ядрами у основания цилиндрических клеток. ? При гистологическом исследовании цервикальный канал выстлан призматическим или цилиндрическим секреторным эпителием, в котором содержится однородная гранулярная цитоплазма, ядра расположены базально. Есть небольшое количество реснитчатого эпителия, который осуществляет распределение слизи по поверхности канала шейки матки. Под цилиндрическим эпителием расположены резервные клетки, которые наделены бипотентным характером роста. В цервикальном канале молодых женщин хорошо выраженная складчатость слизистой оболочки с сосочками



- ◆ Слизистая оболочка цервикального канала.

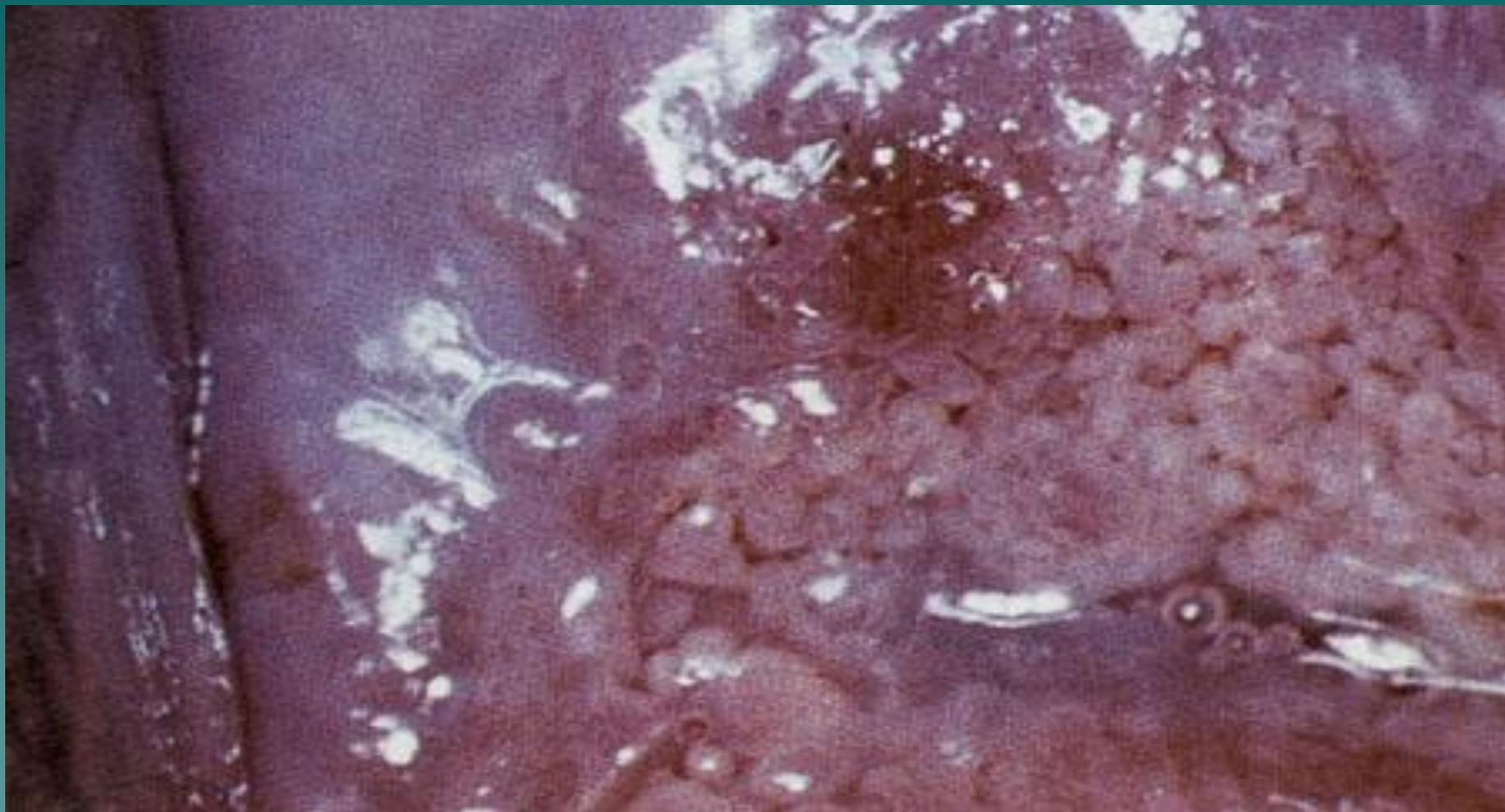
В пременопаузальный и менопаузальный периоды при кольпоцервикоскопии на влагалищной части шейки матки и в нижней части цервикального канала определяется гладкий эпителиальный покров, через утонченный слой которого просвечиваются мелкие сосуды соединительной ткани в виде разветвлений, которые не реагируют на уксусную кислоту. ? При цитологическом исследовании обнаруживаются клетки глубоких слоев плоского эпителия: базальные и парабазальные. В пременопаузе или в начале менопаузы могут наблюдаться промежуточные клетки. В период менопаузы происходит атрофия многослойного плоского эпителия, который состоит преимущественно из базальных и парабазальных клеток. ? Гистологическое исследование подтверждает наличие атрофии эпителия.

Соединительнотканнные сосочки не выражены, слизистая оболочка содержит меньшее количество эластичных волокон, в клетках очень мало гликогена, в результате чего цилиндрический эпителий становится уплощенным. В возрасте до 20-22 лет у большинства женщин граница между многослойным плоским и цилиндрическим эпителием размещена дистальнее наружного зева, то есть на влагалищной части шейки матки. При кольпоскопии вокруг наружного зева определяется ярко-красная зона с зернистым рельефом, которая реагирует на уксусную кислоту и не реагирует на пробу Шиллера. Это физиологическая эктопия цилиндрического эпителия с характерной для нормального эндоцервикса морфологическому строению. В возрасте от 22 до 40-45 лет граница между призматическим и многослойным плоским эпителием совпадает с внешним глазком цервикального канала. В пременопаузальный и менопаузальный периоды граница эпителиев находится в нижней или средней трети цервикального канала



- ◆ Слизистой оболочки шейки матки в период менопаузы

При кольпоцервикоскопия граница между многослойным плоским и цилиндрическим эпителием четкая, иногда под влиянием уксусной кислоты определяется полоска метаплазированного эпителия. Линию стыка многослойного плоского и призматического эпителиев необходимо тщательно исследовать, поскольку именно в этой зоне чаще всего начинается развитие патологического процесса



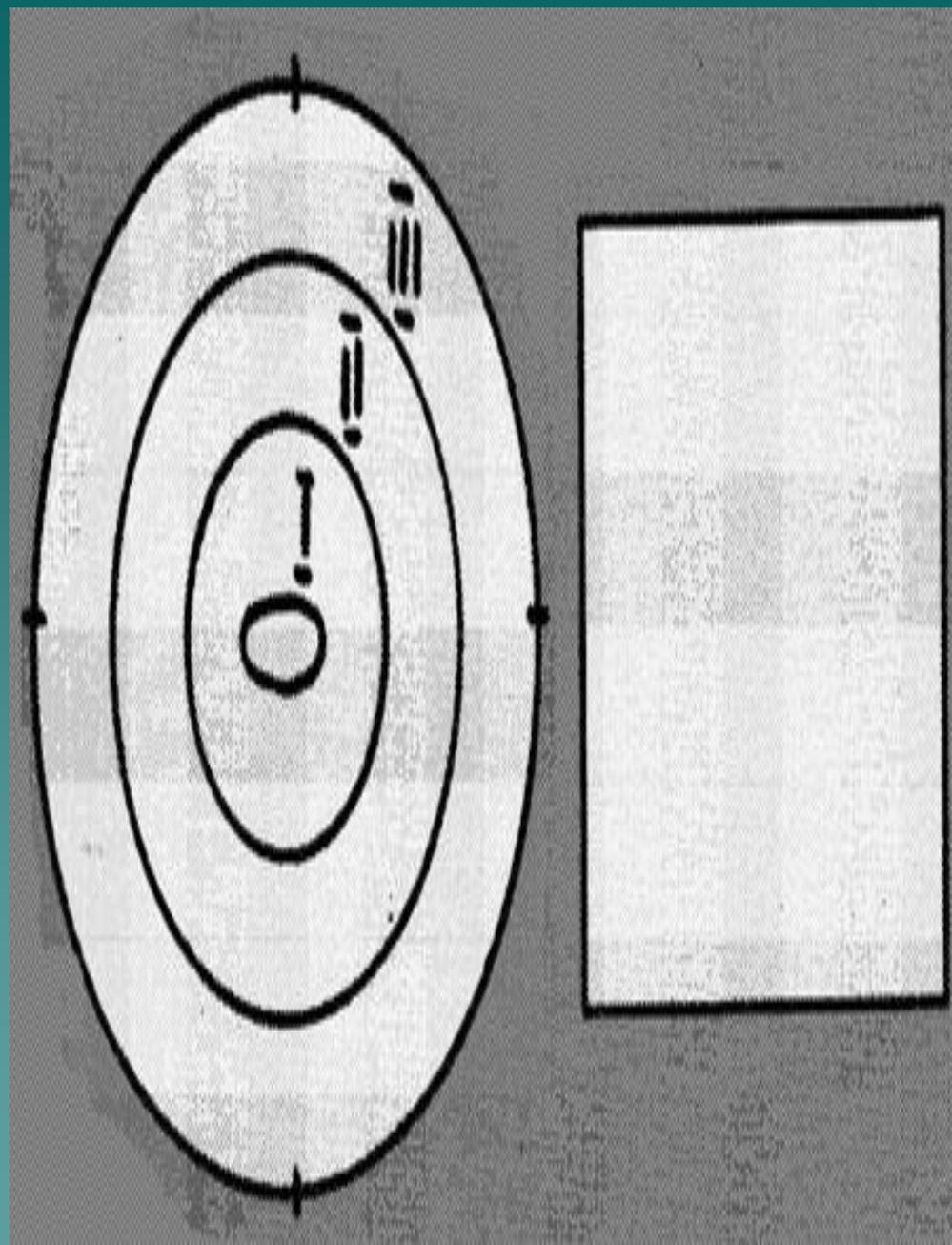
- ◆ Физиологическая эктопия призматического эпителия во время беременности, цианоз слизистой оболочки

# ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ (ФОНОВЫЕ) ЗАБОЛЕВАНИЯ ШЕЙКИ МАТКИ

Патологические процессы, при которых сохраняется нормоплазия эпителия, называют доброкачественными. В основе нормоплазии лежат процессы деления клеток путем митоза. Наиболее частой причиной возникновения доброкачественного процесса является травма (разрыв или выворот шейки матки), связанная с родами или абортами, инфицирования и гормональные расстройства. Эти процессы лишь фоном, на котором при неадекватном лечении появляются предраковые заболевания. При осмотре шейки матки в зеркалах обнаруживают красные пятна с мелкозернистой рельефом, гипертрофию и деформацию влагалищной части матки, разрывы, рубцы, ретенционные кисты. Такие состояния клинически трактуют как цервицит, ненастоящие эрозии, простой и язвенный эктропион (выворот слизистой оболочки цервикального канала).

К доброкачественным патологическим процессам относят эктопии цилиндрического эпителия, качественную зону трансформации, экзоцервициты, эндоцервицит, настоящую эрозию, атрофию слизистой оболочки, субэпителиальный эндометриоз, железистые и эпидермизованные полипы. В структуре патологии шейки матки доброкачественные заболевания составляют примерно 80%. Для объективной оценки кольпоскопической картины необходимо четкое представление о локализации патологического процесса

- ◆ Условные обозначения локализации патологического очага

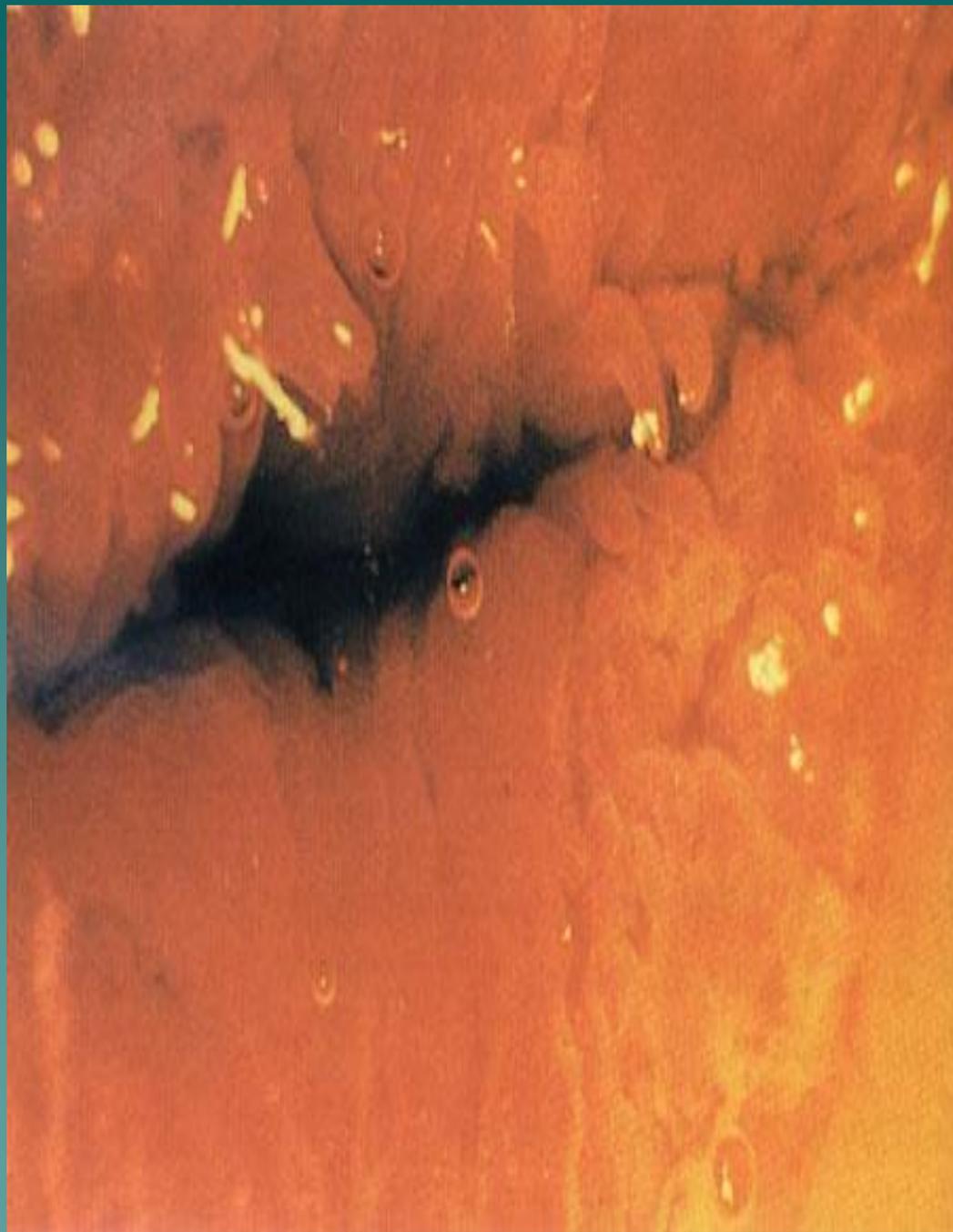


Условные обозначения эндоскопических картин:  
 доброкачественные патологические состояния: 1 - эктопия призматического эпителия; 2 - открытые протоки желез, 3 - ретенционные железы; 4 - адаптационная сосудистая гипертерфия, 5 - сравжня эрозия, 6 - субэпителиальный эндометриоз. Предрак (дисплазия): 7 - лейкоплакия, 8 - поля дисплазии, 9 - папиллярная зона дисплазии, 10 - предраковая зона трансформации. Пре рак: 11 - пролиферирующая лейкоплакия, 12 - поля атипичного эпителия, 13 - папиллярная зона атипичного эпителия, 14 - атипичная зона трансформации, 15 - атипичные сосуды.



Эктопия цилиндрического эпителия. Этот патологический процесс связан с перемещением слизистой оболочки цервикального канала на влагалищную часть шейки матки вследствие действия дизгормонального, травматического или воспалительного фактора. ? Кольпоскопически при эктопии цилиндрического эпителия определяется участок ярко-розового цвета с зернистой поверхностью

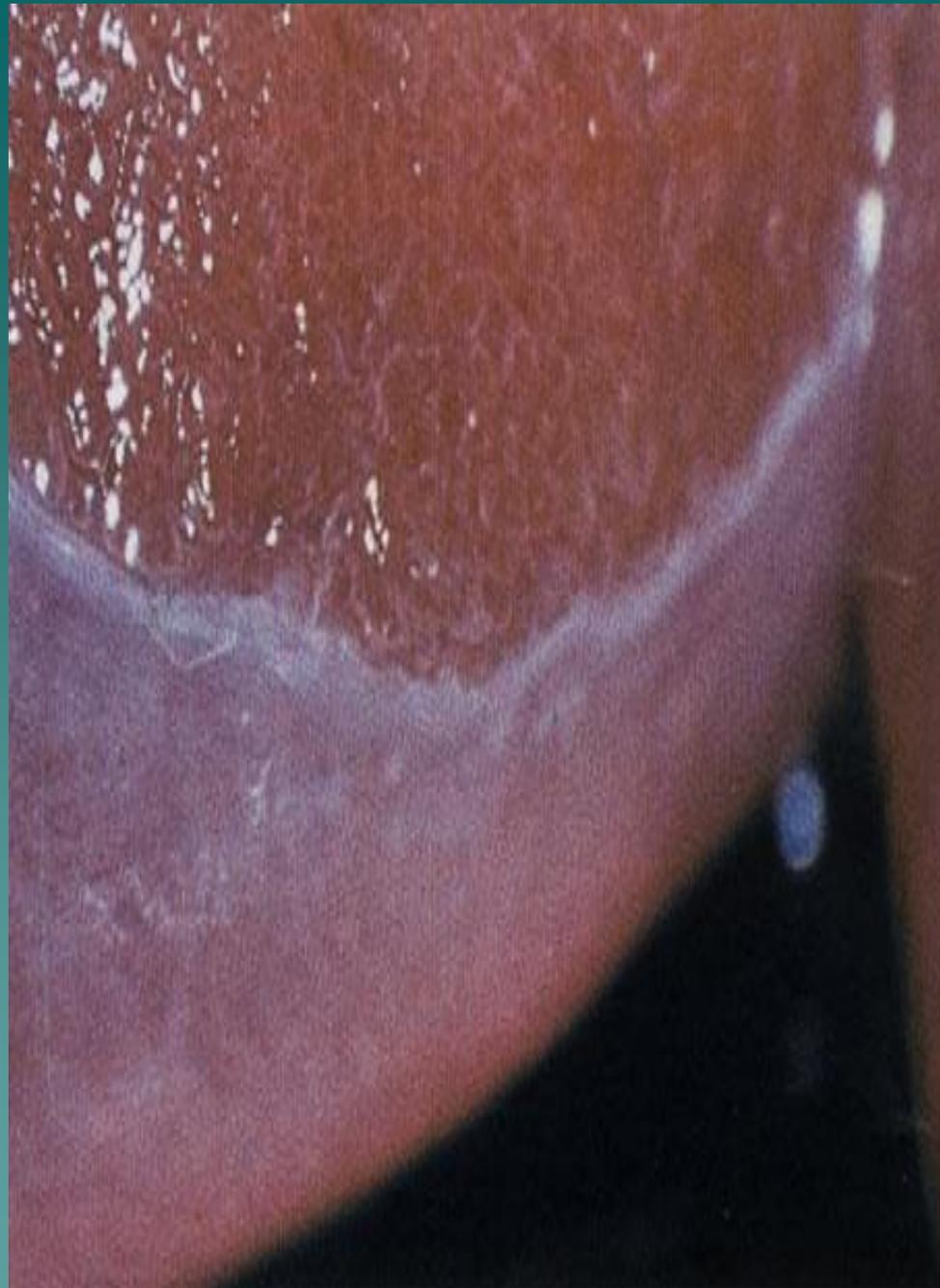
- ◆ Большая сосочков эктопия призматического эпителия в молодой женщины, рожала



- ◆ Эктопия  
призматического  
эпителия  
менопаузе



- ◆ Эктопия призматического эпителия дисгормонального характера.



При эктопии посттравматического генеза (в анамнезе роды или аборт), определяется деформация наружного зева, старые разрывы и рубцы на шейке матки, извилистый характер внешнего контура зоны эктопии (слайд 10, 11). Для эктопии дизгормонального генеза характерным признаком является округлое внешний зев, четкий ровный контур границы эктопии. При эктопии воспалительного характера на фоне слизистой оболочки оказываются расширенные извилистые сосуды.

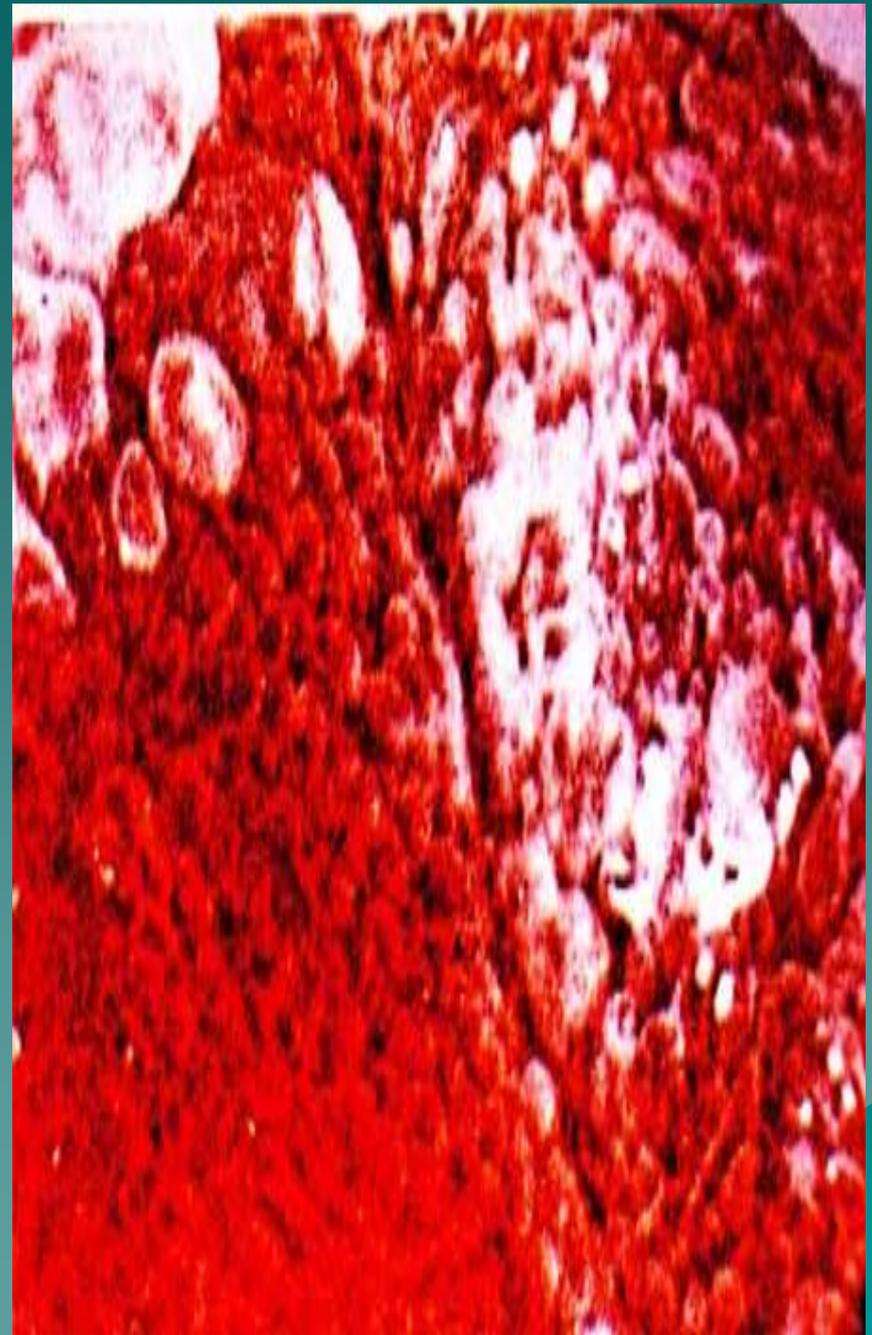
- ◆ Эктопия призматического эпителия посттравматического характера



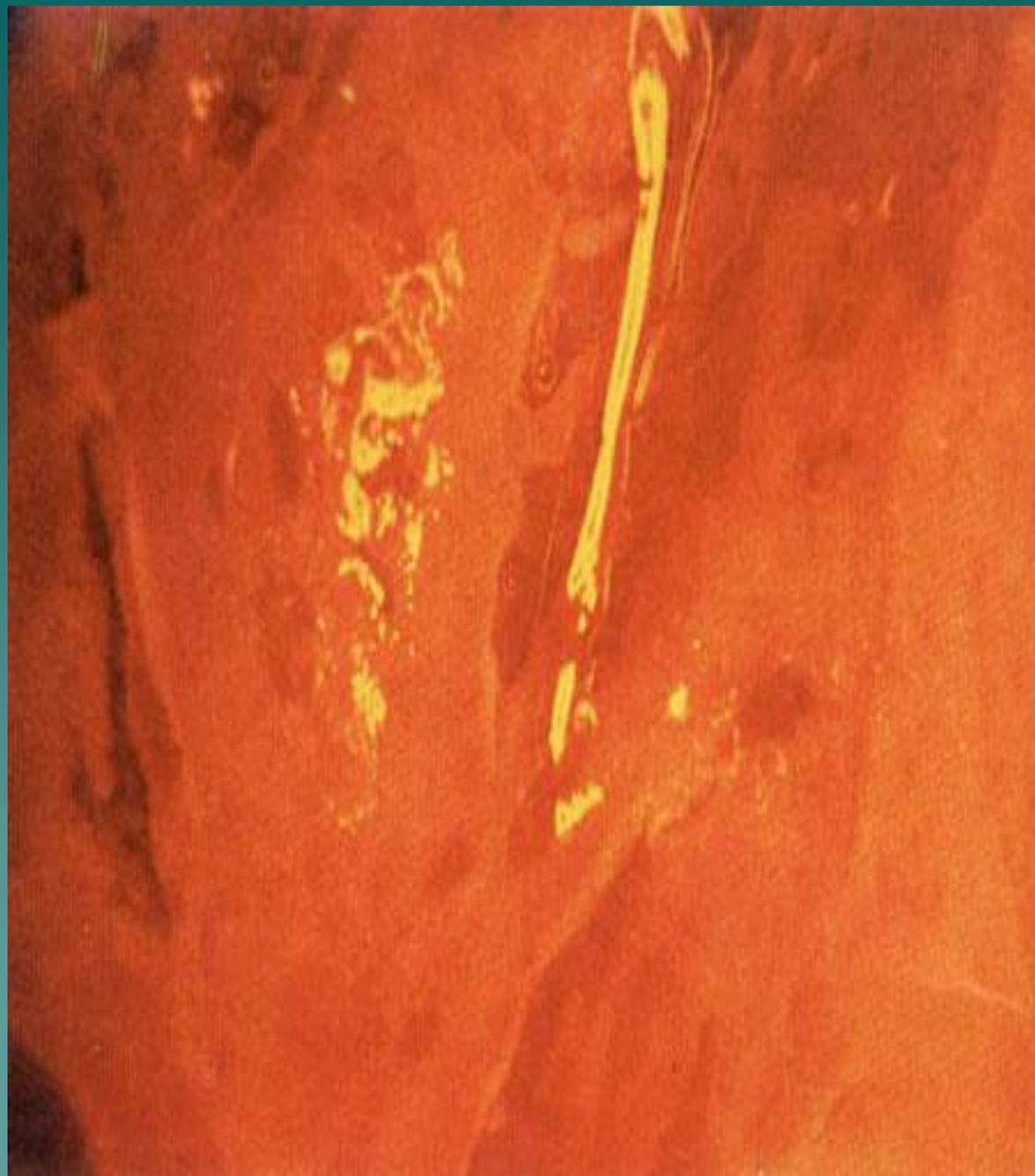
Цитограмма у женщин с эктопией цилиндрического эпителия имеет определенные особенности. Среди клеток многослойного плоского эпителия преобладают группы цилиндрических клеток, ядра которых приобретают дистрофического вида при контакте со средой влагалища. Высота цилиндрического эпителия меняется в зависимости от фазы менструального цикла. Эндоскопический диагноз подтверждается гистологическим исследованием и дает возможность определить причину патологии шейки матки и выбрать адекватную лечебную тактику

**Доброкачественные ЗОНА ТРАНСФОРМАЦИИ.** В основе этого процесса лежит преобразование цилиндрического эпителия в многослойный плоский, который еще называют зоной доброкачественной метаплазии, встречается в 50% случаев среди патологических процессов шейки матки. Зона трансформации образуется на месте эктопии цилиндрического эпителия и является результатом метаплазии цилиндрического эпителия в многослойный плоский вследствие бипотентного характера роста резервных (субцилиндричных) клеток. Резервные клетки в условиях цервикального канала обеспечивают восстановление десквамированных во время менструации клеток цилиндрического эпителия, а на поверхности влагалищной части шейки матки участвуют в процессе заживления ложных эрозий. Существует условное деление доброкачественной зоны трансформации на незаконченное и законченное.

- ◆ Неоконченное доброкачественная зона трансформации с обширными очагами метаплазии призматического эпителия с единичными узкими выводными протоками желез.



Неоконченное  
доброкачественная зона  
трансформации  
в стадии  
близкой к  
окончанию: на  
фоне  
многослойного  
сквамозного  
эпителия -  
щелевидные и  
овальные  
пролива  
функционирующие  
железы



Цитограма дає змогу виявити серед циліндричних клітин спочатку поодинокі, а пізніше метаплазовані клітини у вигляді пластів. Розміри метаплазованих клітин відповідають розмірам парабазальних клітин.

При гістологічному дослідженні в ділянці піхвової частини шийки матки виявляють метаплазовані епітеліальні клітини.

Закінчена зона трансформації являє собою слизову оболонку, покриту багатошаровим плоским епітелієм з поодинокими ретенційними кістами - *ovulae Nabothi* на фоні розгалужених судин

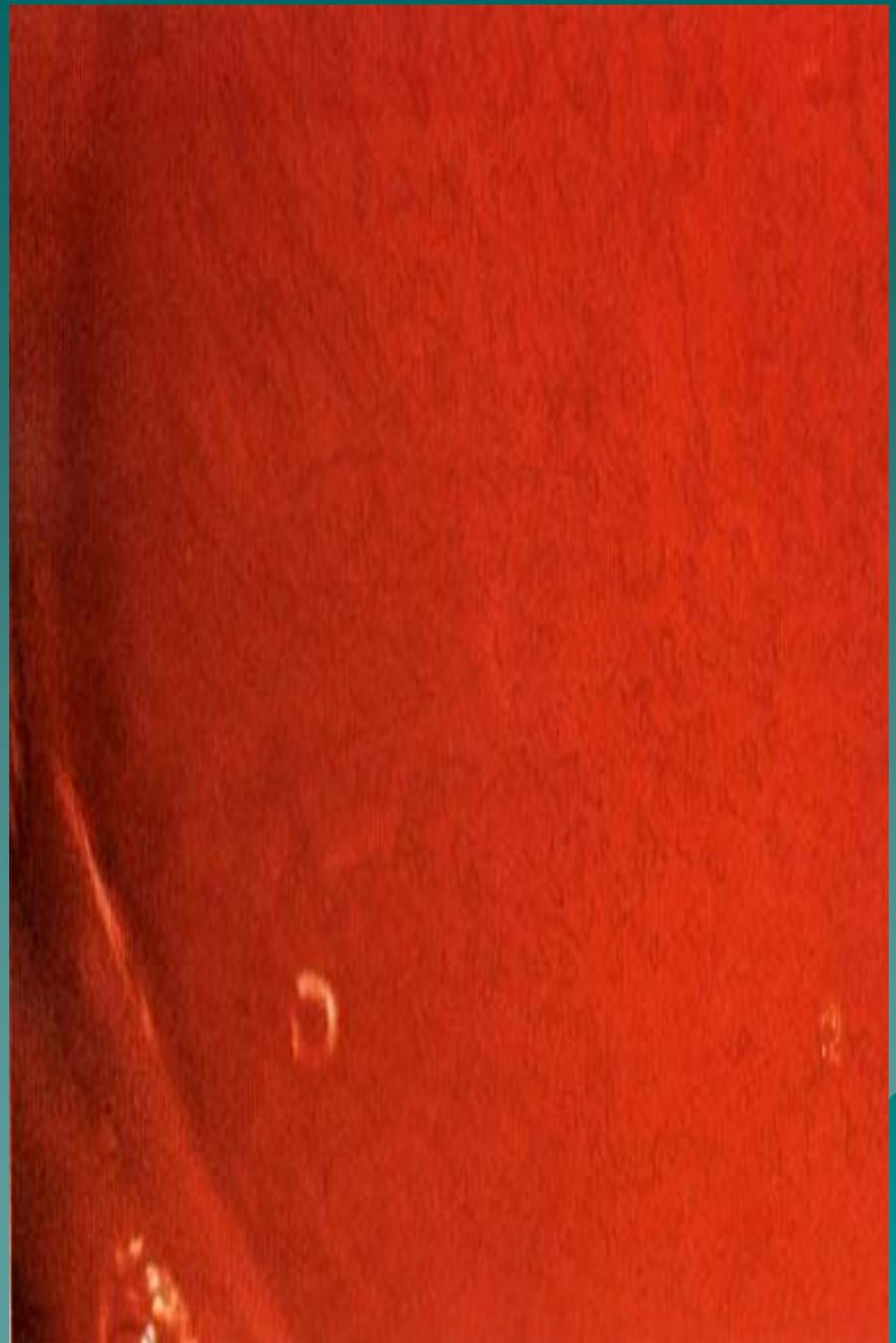
- ◆ Закончена доброкачественная зона трансформации: ретенционная киста и адаптационная сосудистая гипертрофия на шейке матки



## Экзоцервициты и эндоцервицит.

Воспалительные заболевания слизистой оболочки влагалищной части шейки матки и цервикального канала встречаются в 15-20% случаев доброкачественной патологии шейки матки. Кольпоцервикоскопичне исследование выявляет признаки воспаления: повышенное количество секрета, выраженную гиперемию, извилистые разветвления расширенных сосудов, резко сужаются под действием уксусной кислоты. Эта проба важна для дифференциальной диагностики со злокачественными опухолями шейки матки

- ◆ Цервицит.  
Умеренная  
гиперемия, отек,  
сосуды точечного  
характера



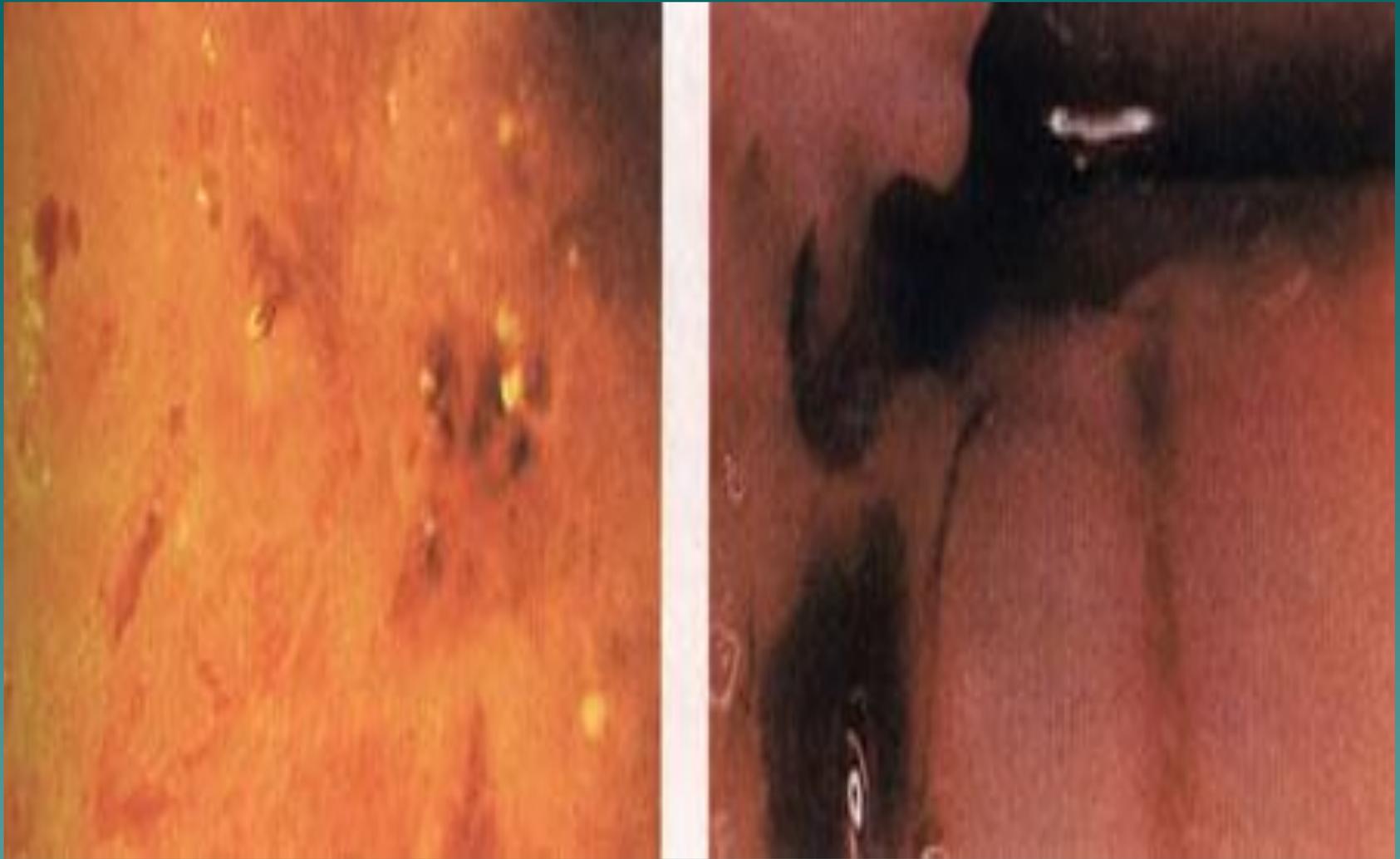
В острую экссудативную фазу воспаления слизистой оболочки влагалищной части шейки матки, покрытой многослойным плоским эпителием, определяются красные пятна вследствие повышенной эксфолиации клеток поверхностных и средних слоев. При трихомонадной, хламидийной и вирусной инфекциях часто обнаруживаются мелкие язвенные очаги. Цитологическое исследование при острых воспалительных процессах определяет клетки многослойного плоского эпителия с характерными изменениями: увеличением размеров ядер, гиперхроматоз и дистрофией клеток. Различные виды патогенной флоры имеют определенную специфичность. ? При трихомонозе в цитологических препаратах на фоне воспалительного процесса с наличием кокковой, часто диплококовой микрофлоры, сквамозных клеток всех слоев с дистрофическими изменениями, характерными для воспаления,

Воспалительные процессы, вызванные дрожжевыми грибами рода *Candida* и микроорганизмами рода *Actinomyces*, характеризуются наличием толстых нитей мицелия и спор грибов, а также тонких, длинных, собранных в скопления актиномицетов. Воспалительные процессы, вызванные гарднереллами, диагностируются благодаря наличию так называемых "ключевых" клеток - эпителиальных клеток, полностью покрытых коккобацилла. Лейкоцитоза нет (или он незначителен). Если гарднереллы сочетаются с другими микробными инфекциями, то отмечается значительный лейкоцитоз. В мазках из цервикального канала "ключевые" клетки не определяются. ? При цервицитах на фоне патологии шейки матки обнаруживаются койлоцитарная изменения, которые происходят вокруг ядер клеток вследствие лизиса цитоплазмы вирусами

Цитологическое исследование при хронических воспалительных процессах позволяет выявить выраженные дистрофические изменения в эпителиальных клетках. В цитограмма определяются трихомонады, кокки, диплококки, стрептококки, дифтероиды. При вирусных поражениях оказываются койлоцитарная атипия, полиморфизм ядер. Хламидиоз проявляется характерной цитологической картиной: большим количеством нейтрофилов, смешанной вариабельной микрофлорой, отсутствием палочек Додерлейна. Цитоплазма эпителиальных тканей резко вакуолизированные, ядра гиперхромные. ? Кольпоцервикоскопично при эндоцервиците или в области эктопии цилиндрического эпителия при экзоцервициты определяются увеличенные сосочки ярко-красного цвета с расширенными сосудами правильной формы, которые исчезают после уксусной пробы.

**НАСТОЯЩАЯ ЭРОЗИЯ.** Этот патологический процесс представляет собой дефект покровного эпителия и встречается у 8-10% больных с доброкачественными заболеваниями шейки матки. Кольпоцервикоскопично выявляют красные пятна с гладким рельефом, четкими, завернутыми краями эпителия на фоне неизменной слизистой оболочки или в области эктопии цилиндрического эпителия, доброкачественной зоны трансформации или очага воспаления. Основным этиологическим фактором является травма или инфекция. Истинные эрозии воспалительного характера, в отличие от травматических, менее яркие, темно-красного цвета с отеком и язвами до глубоких слоев слизистой оболочки, наличием грануляционной и некротической ткани, границы эрозии несколько размыты. Проба с уксусной кислотой почти не изменяет кольпоцервикоскопичной картины. Цитологическое исследование при истинной эрозии травматического характера обнаруживает ткани поверхностных, промежуточных и базально-парабазального слоев сквамозного эпителия. Если истинная эрозия воспалительного характера, то на фоне указанных клеток определяются нейтрофилы, гранулоциты и макрофаги. Гистологическое исследование позволяет выявить дефект покровного эпителия. Настоящую эрозию можно отнести к доброкачественным заболеваниям лишь тогда, когда дефект в эпителии определяется на фоне неизменного многослойного сквамозного (плоского) или цилиндрического эпителия или в области доброкачественной зоны трансформации, экзоцервициты или эндоцервицита.

**Субэпителиальный эндометриоз.** Этиологию и патогенез эндометриоза описано в соответствующем разделе. Часто субэпителиальный эндометриоз шейки матки сочетается с другой локализацией. Кольпоцервикоскопфично оказываются темно-красные или синюшные (в зависимости от фазы менструального цикла), четко ограниченные, несколько рельефные образования различных формах и величины, размещенные на фоне многослойного плоского, цилиндрического или метаплазированного эпителия (слайд 16) В лютеиновую фазу менструального цикла с эндометриоидных очагов наблюдаются менструальноподобные выделения. При гистологическом исследовании выявляются железистые структуры эндометрия, кровоизлияния и мелкоклеточная инфильтрация соединительной ткани.



- ◆ Эндометриоз на фоне незаконченной зоны трансформации: а - II фаза, б - II фаза.

## **ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ ПОЛИПЫ шейки матки.**

**К доброкачественным патологических процессов относят железистые и эпидермизовани полипы. Железистые полипы представляют собой соединительнотканые вырости с покровным цилиндрическим эпителием, который продуцирует слизь. Кольпоскопически определяются удлиненные образования розового цвета. Эпителиальные клетки реагируют на уксусную кислоту, при этом отчетливо проявляется зернистая структура его рельефа**

- ◆ Доброкачественные полипы цервикального канала.



Эпидермизованные полипы покрыты многослойным плоским эпителием. Кольпоскопически на фоне полипов определяются очаги метаплазии или многослойный плоский эпителий, иногда - ретенционные кисты. Цитологическое при наличии доброкачественных полипов обнаруживаются клетки многослойного плоского, цилиндрического и метаплазированного эпителия.

**ДИАГНОСТИКА** фоновых заболеваний шейки матки? Клинические проявления фоновых заболеваний шейки матки характерны. В зависимости от гормонального фона, наличия сопутствующих заболеваний (воспалительных процессов, эндокринных расстройств), могут наблюдаться нарушения менструальной функции, выделение серозно-гнойного характера, боль. Часто фоновые заболевания протекают бессимптомно. Диагностика основывается на осмотре в зеркалах, при котором можно обнаружить эрозию шейки матки, эрозированная эктропион, полипы шейки матки. Обязательным методом исследования является простая и расширенная кольпоскопия, которая позволяет дифференцировать истинную эрозию, эктопии цилиндрического эпителия, незаконченное зону доброкачественной трансформации, при необходимости провести прицельную биопсию с подозрительного участка с последующим гистологическим исследованием биоптата. Важную диагностическую информацию предоставляет проба Шиллера: после обработки 5% раствором йода эктопия

**ЛЕЧЕНИЕ** фоновых заболеваний шейки матки?  
Лечебную тактику при фоновых заболеваниях шейки матки необходимо выбирать строго индивидуально. Прежде всего необходимо определить степень чистоты влагалищного содержимого. При диагностировании воспалительного процесса следует выявить возбудитель и назначить этиотропное лечение. Для местной терапии применяют ванночки и орошения влагалища антисептическими растворами: 0,02% раствором хлоргексидина, риванола 1: 10000, фурацилина 1: 5000, перманганата калия 1: 10000, 3% раствором протаргола. В зависимости от возбудителя, используют вагинальные таблетки и свечи: тержинан, Гиналгин, хлоргиналгин, клион-Д, бетадин, Вагилак, гино-Певарил, батрафен, далацин, пимафуцин, нистатин, клотримазол.

После адекватной противовоспалительной терапии необходимо провести специальное лечение в зависимости от вида фоновой патологии. При эктопии цилиндрического эпителия, обусловленной гормональным дисбалансом, назначают гормональную коррекцию. Если эктопия экзогенного генеза, применяют радикальное лечение, которое заключается в удалении клеток цилиндрического эпителия путем диатермокоагуляции, криодеструкции или химического ожога ваготилом, солковагином и другими средствами. При наличии деформации шейки матки рекомендуется провести операцию Эмет или электроконизация шейки матки. Доброкачественные полипы подлежат удалению с последующим гистологическим исследованием. Необходимо провести электрокоагуляцию или криодеструкцию ложа полипа. Очень важно выполнить отдельное диагностическое выскабливание слизистой оболочки цервикального канала и тела матки, поскольку полипы часто развиваются на фоне гиперпластических процессов эндометрия и эндоцервикса, которые требуют соответствующей терапии. Истинные эрозии

- ◆ Истинная эрозия на фоне эктопии и доброкачественной зоны трансформации.



# Предраковые заболевания шейки матки (дисплазии эпителия)

- ◆ К предраковым заболеваниям относят диспластические изменения эпителия, т.е. патологические процессы, при которых деление клеток происходит путем пролиферации, является нарушение дифференцировки, созревания и отторжения эпителиальных тканей. В структуре заболеваний шейки матки дисплазии составляют 17-20%. Основными причинами дисплазий являются гормональные нарушения в организме женщины и хронические воспалительные процессы в области шейки матки.

В зависимости от вида эпителия, характера роста эпителиальной и соединительной тканей, функциональных и структурных изменений сосудистой сетки и желез, кольпоцервикоскопично различают следующие виды дисплазии эпителия: - Простая лейкоплакия; - Поля дисплазии; - Папиллярная зона дисплазии; - Предопухолевых зона трансформации; - Кондиломы; - Предраковые полипы. Простая лейкоплакия кольпоцервикоскопично проявляется в виде белых пятен с гладким или мелкозернистым рельефом. Пятна имеют характерный перламутровый блеск, локализуются в основном в влагалищной части шейки матки. Границы очагов лейкоплакии преимущественно четкие, извилистые, иногда стерты

- ◆ Простая лейкоплакия.



- ◆ Лейкоплакия с мелкозернистым рельефом, выделяется на фоне пролиферации эпителия



В цитограмме определяются большое количество безъядерных, чешуеобразных поверхностных клеток, базальные и парабазальные клетки с признаками нарушения созревания и полиморфизма ядер. Гистологическое исследование позволяет выявить признаки ороговения многослойного сквамозного эпителия различной степени выраженности. В начальной стадии дисплазии определяются усиленное и нарушенное созревание эпителия без значительных изменений базального слоя. Гормональные исследования свидетельствуют о том, что при лейкоплакии наблюдается гиперпродукция эстрогенов. ?

**ПОЛЯ ДИСПЛАЗИИ.** Этот вид предракового процесса кольпоскопически оказывается во влагалищной части шейки матки, цервикальном канале и на фоне полипов в виде полигональных участков белого цвета, разграниченных красными полосками. Полигональные эпителиальные поля мономорфные, одинакового цвета, однородные по форме, размерам и уровню размещения

- ◆ Поля дисплазии эпителия шейки матки.



- ◆ Поля дисплазии гиперплазированного многослойного сквамозного эпителия: по периферии многослойный сквамозный эпителий, мелкие очаги субэпителиального эндометриоза.



Цитологическое определяют пласты многослойного плоского эпителия промежуточных слоев. Ядра клеток полиморфны, гиперхромные. Гистологическое исследование позволяет выявить множественные очаги дисплазированного многослойного плоского эпителия с ростом его в виде «столбиков» в глубину соединительной ткани. Белые полигональные участки - это основы эпителиальных "столбиков", красные пределы - это соединительная ткань, которая подходит к поверхностным слоям эпителия. Различают поля дисплазии многослойного плоского эпителия и поля дисплазии метаплазированного цилиндрического эпителия. Последние прогностически менее опасны в плане малигнизации, часто возникают на фоне ложных эрозий или при наличии хронического воспаления неспецифической бактериальной, трихомонадной, хламидийной, вирусной и другой этиологии. Ликвидация воспалительного процесса у большинства больных способствует нормализации процесса трансформации эпителия, кольпоскопически проявляется исчезновением полей дисплазии метаплазированного эпителия и образованием зоны доброкачественной трансформации.

Поля дисплазии многослойного плоского эпителия у большинства больных не сопровождаются воспалением и не поддаются обычной консервативной терапии, склонны к рецидивам после лечения и наблюдаются преимущественно у женщин с нарушенной секрецией стероидных гормонов яичников. У таких больных, как правило, имеется одно или двухфазный менструальный цикл с сокращением лютеиновой фазы, кариопикнотический и ацидофильный индексы не снижаются во II фазу менструального цикла. ? Поля дисплазии является фоном, на котором может возникнуть плоскоклеточный рак шейки матки с экзофитным характером роста.

## Папиллярные ЗОНА ДИСПЛАЗИИ.

При осмотре в зеркалах невооруженным глазом эта патология имеет вид бело-розового пятна. Кольпоскопически определяются красные мономорфные вкрапления на фоне белой или розовой пятна (мал.13.9). Характерным признаком папиллярной зоны дисплазии является мономорфизм: на гладком рельефе пятна оказываются одинаковые по форме, размерам и уровню размещения красные вкрапления. Очаги папиллярной зоны дисплазии многослойного плоского эпителия часто сочетается с субэпителиальным эндометриозом

- ◆ Папиллярная зона дисплазии обычно локализуется на стыке двух видов эпителия: многослойного плоского и цилиндрического, т.е. в области наружного зева цервикального канала. Довольно часто очаг папиллярной зоны дисплазии сочетается с полями дисплазии. Цитологические обнаруживаются клетки промежуточных и поверхностных слоев, среди них комплексы пролиферирующего базального и парабазального слоев многослойного плоского эпителия. Цитоплазма пролиферирующих клеток базофильная, ядра несколько увеличены. При гистологическом исследовании выявляется выраженная пролиферация соединительнотканых сосочков в очаге гиперплазированного многослойного плоского эпителия. Красные пятнышки - это верхушки соединительнотканых сосочков, которые подходят к поверхностным слоям многослойного сквамозного эпителия. Папиллярная зона дисплазии часто локализуется на фоне эктопии цилиндрического эпителия или незаконченной зоны доброкачественной трансформации.

◆ Различают папиллярную зону дисплазии многослойного плоского эпителия и папиллярную зону дисплазии метаплазированного цилиндрического эпителия. Прогностически неблагоприятной формой предрака является папиллярная зона дисплазии многослойного плоского эпителия. При наличии папиллярной зоны дисплазии малигнизация оказывается чаще, чем на фоне других видов дисплазий. В процессе малигнизации преимущественно возникает малодифференцированных или плоскоклеточный неороговивающий рак с эндофитным характером роста. Папиллярная зона дисплазии цилиндрического эпителия в большинстве случаев возникает на фоне хронического воспалительного процесса, чаще вирусной этиологии, адекватное лечение которого способствует нормализации метаплазии. ? Папиллярная зона дисплазии многослойного плоского эпителия проявляется, как правило, у больных с одно или двухфазным менструальным циклом с укороченной лютеиновой фазой, что свидетельствует о гиперэстрогении (абсолютную или относительную) и должно

## Предопухолевых ЗОНА ТРАНСФОРМАЦИИ.

Этот патологический процесс при осмотре в зеркалах выглядит беловато-розовых пятен с нечеткими контурами. Кольпоскопически определяются выводные протоки желез с белыми мономорфных обводами вокруг них

- ◆ Предопухолевых зона трансформации с одиночными выводными протоками желез.



Для мономорфизму этих эпителиальных образований характерны одинаковый цвет, диаметр, правильный округлый внешний контур окружности, размещение на уровне окружающего эпителия. Очаги предопухоловой зоны трансформации морфологически проявляются гиперплазией и дисплазией метаплазированного эпителия в железах с признаками атипичности клеток. Цитологическое в мазках обнаруживаются пласты гиперплазированного золотистого эпителия со значительным увеличением ядер и их полиморфизмом. Встречаются единичные атипичные эпителиальные клетки. Эти очаги локализуются на влагалищной части шейки матки и в цервикальном канале на фоне полипов наряду с участками незаконченной зоны доброкачественной трансформации, эктопии цилиндрического эпителия, полей дисплазии. Предопухоловая зона трансформации является одним из видов очаговой метаплазии цилиндрического эпителия

**Кондиломы шейки матки. Эти заболевания возникают при длительном течении нелеченного кольпита вирусной или гонорейной этиологии, часто встречаются у беременных женщин. При осмотре в зеркалах кондиломы имеют вид скоплений сосочковых разрастаний. Кольпоскопически определяются группы длинных остроконечных и коротких плоских сосочков. В некоторых сосках видны сосуды и кровоизлияния. Иногда сосуды имеют атипичную форму: в виде штопора, запятой. В отличие от атипичных сосудов при злокачественном процессе, сосуды при кондиломах реагируют на уксусную кислоту**

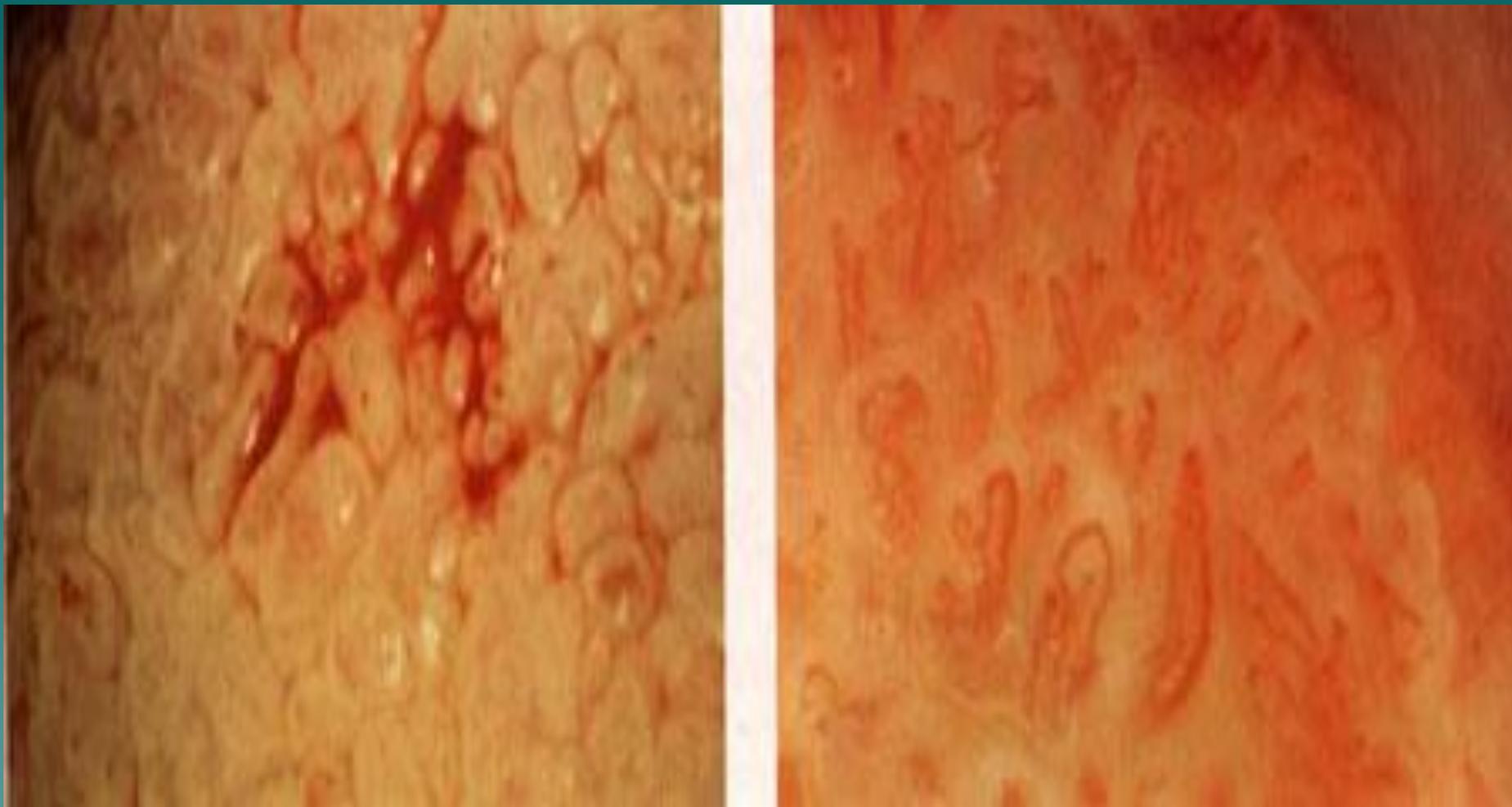
- ◆ Остроконечная кондилома шейки матки с мелкими сосочковыми разрастаниями.



Цитологические оказываются поверхностные и промежуточные эпителиальные клетки. При поражении вирусом папилломы человека определяется койлоцитарная атипия эпителиальных клеток. Признаком вирусного инфицирования является наличие двухъядерных клеток. При наличии воспалительного процесса в клетках различных слоев многослойного плоского эпителия выявляются признаки дистрофии. ? Гистологически выявляются полипозные образования с признаками воспаления, выраженной васкуляризацией. Эпителиальный покров имеет признаки выраженной дисплазии, дистрофии, отека и ороговения. ? Папиллярные ЗОНА ДИСПЛАЗИИ. При осмотре в зеркалах невооруженным глазом эта патология имеет вид бело-розового пятна. Кольпоскопически определяются красные мономорфные вкрапления на фоне белой или розовой пятна (слайд 27, 28). Характерным признаком папиллярной зоны дисплазии является мономорфизм: на гладком рельефе пятна определяются одинаковые по форме, размерам и уровню размещения красные вкрапления. Очаги папиллярной зоны дисплазии многослойного плоского эпителия часто сочетается с субэпителиальным эндометриозом.

- ◆ Большие  
остроконечные  
кондиломы.





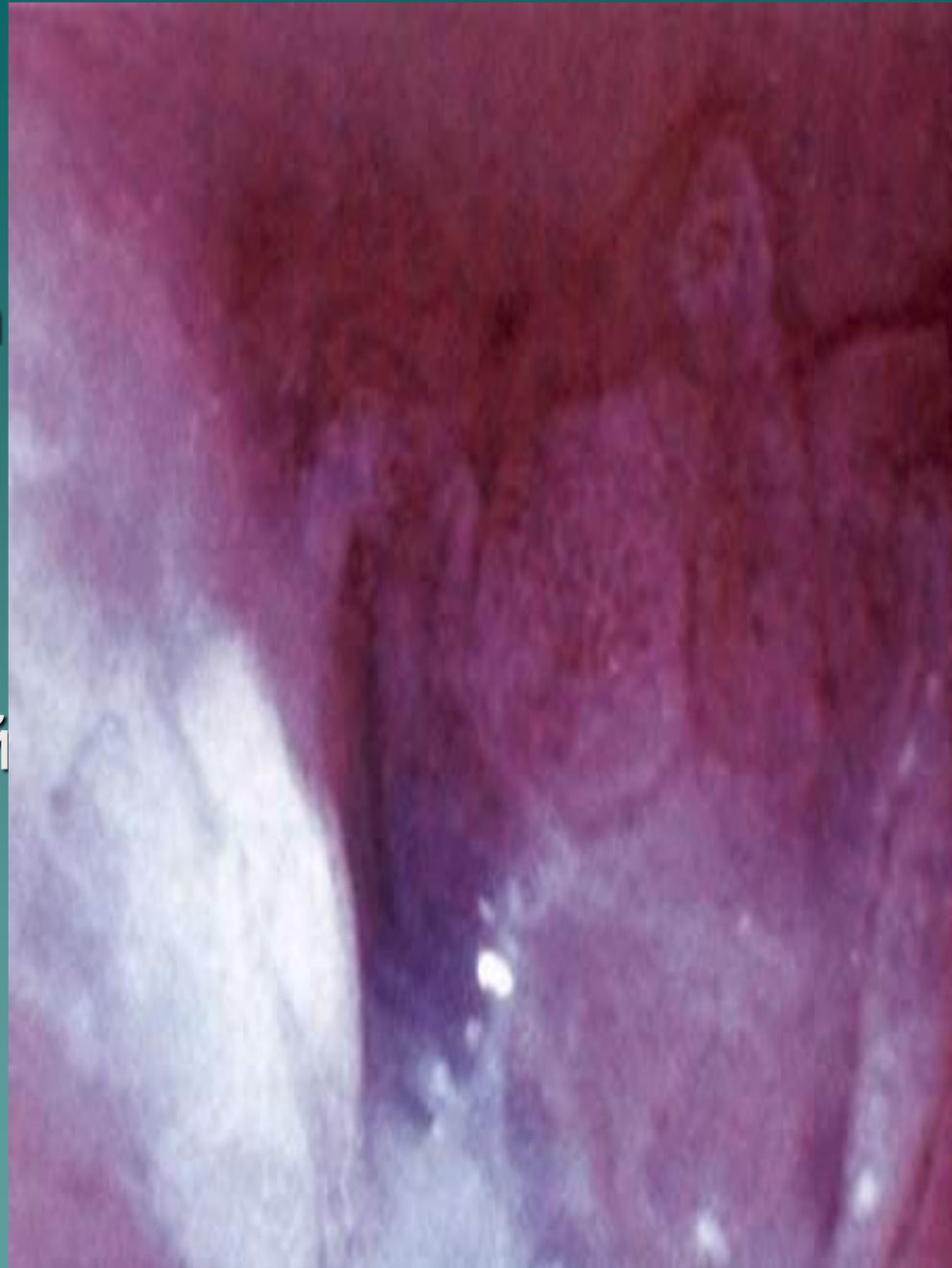
- ◆ Плоские кондиломы с мелкими очагами кровоизлияний: а - при положительной пробе с уксусной кислотой; б - к пробе: в кондиломах визуализируются петлеобразные сосуды.

Цитологические оказываются поверхностные и промежуточные эпителиальные клетки. При поражении вирусом папилломы человека определяется койлоцитарная атипия эпителиальных клеток. Признаком вирусного инфицирования является наличие двухъядерных клеток. При наличии воспалительного процесса в клетках различных слоев многослойного плоского эпителия выявляются признаки дистрофии. Гистологически выявляются полипозные образования с признаками воспаления, выраженной васкуляризацией. Эпителиальный покров имеет признаки выраженной дисплазии, дистрофии, отека и ороговения. Папиллярная ЗОНА ДИСПЛАЗИИ. При осмотре в зеркалах невооруженным глазом эта патология имеет вид бело-розового пятна. Кольпоскопически определяются красные мономорфные вкрапления на фоне белой или розовой пятна (слайд 27, 28). Характерным признаком папиллярной зоны дисплазии является мономорфизм: на гладком рельефе пятна определяются одинаковые по форме, размерам и уровню размещения красные вкрапления. Очаги папиллярной зоны дисплазии многослойного плоского эпителия часто сочетается с субэпителиальным эндометриозом.

- ◆ папиллярная зона гиперплазии многослойного сквамозного эпителия с признаками полиморфизма и очагом внутриэпителиального рака.



- ◆ Папиллярная зона гиперплазии многослойного сквамозного эпителия и субэпителиальный эндометриоз



- ◆ Папиллярная зона дисплазии чаще всего локализуется на стыке двух видов эпителия - многослойного плоского и цилиндрического, т.е. в области наружного зева цервикального канала. Довольно часто очаг папиллярной зоны дисплазии сочетается с полями дисплазии. Цитологические обнаруживаются клетки промежуточных и поверхностных слоев, среди них комплексы пролиферирующего базального и парабазального слоев многослойного плоского эпителия. Цитоплазма пролиферирующих клеток базофильная, ядра несколько увеличены. При гистологическом исследовании выявляется выраженная пролиферация соединительнотканых сосочков в очаге гиперплазированного многослойного плоского эпителия. Красные пятнышки - это верхушки соединительнотканых сосочков, которые подходят к поверхностным слоям многослойного сквамозного эпителия. Папиллярная зона дисплазии часто локализуется на фоне эктопии цилиндрического эпителия или незаконченной зоны доброкачественной трансформации.

Различают папиллярную зону дисплазии многослойного плоского эпителия и папиллярную зону дисплазии метаплазированного цилиндрического эпителия. Прогностически неблагоприятной формой предрака является папиллярная зона дисплазии многослойного плоского эпителия. При наличии папиллярной зоны дисплазии малигнизация оказывается чаще, чем на фоне других видов дисплазий. В процессе малигнизации преимущественно возникает малодифференцированных или плоскоклеточный неороговивающий рак с эндофитным характером роста. Папиллярная зона дисплазии цилиндрического эпителия в большинстве случаев возникает на фоне хронического воспалительного процесса чаще вирусной этиологии, адекватное лечение которого способствует нормализации метаплазии. ? Папиллярная зона дисплазии многослойного плоского эпителия проявляется, как правило, у больных с монофазными или двухфазным с укороченной лютеиновой фазой менструальным циклом, что свидетельствует о гиперэстрогении (абсолютную или относительную) и должно учитываться при выборе патогенетического лечения.

**ПРЕДРАКОВЫЕ ПОЛИПЫ.** При обнаружении полипов на фоне любого вида дисплазии эпителия их считают предраковыми. Эта патология определяется кольпоцервикоскопично. Характерной кольпоцервикоскопично особенностью предраковых дисплазии является относительный мономорфизм, проявляющегося одинаковыми цветом, формой, размерами и уровнем размещения эпителиальных комплексов и активной реакцией терминальных сосудов на сосудосуживающие средники. При выявлении полиморфизма эпителиальных и сосудистых изменений предусматривают тяжелая степень дисплазии или начальную стадию малигнизации. На основе анализа данных бактериоскопического, бактериологического, цитологического, гормонального методов исследования можно считать, что этиопатогенетическими факторами возникновения дисплазий метаплазированного эпителия и кондилом шейки матки являются вирусные трихомонадные

ТИПЫ цитологических мазков: I тип - здоровые эпителиальные клетки; II A тип - эпителий с воспалительными изменениями; II B тип - гиперплазированный эпителий; III A тип - умеренная дисплазия; III B тип - резко выраженная дисплазия; IV тип - подозрение на рак; V тип - цитологическое подтвержден рак; VI и тип - некачественный мазок. Ценным методом диагностики является прицельная биопсия, которую проводят под контролем кольпоскопа, с последующим гистологическим исследованием

Лечение предраковых заболеваний шейки матки. ? При наличии воспалительного фактора в генезе предракового заболевания нужно выявить возбудитель и провести противовоспалительное лечение. После лечения следует повторить цитологическое исследование и прицельную биопсию под контролем кольпоскопа. Если повторно оказывается дисплазия, необходимо хирургическое лечение. ? Лечение диспластических процессов шейки матки должно быть радикальным. Применяют метод криодеструкции, диатермоконизация или ампутации шейки матки в зависимости от степени дисплазии. Метод криодеструкция имеет ряд преимуществ перед другими методами: бескровный, безболезненный, не создает риска выраженных рубцовых изменений, сравнительно быстрая эпителизация шейки матки после отторжения некротизированной ткани. Регенерация многослойного плоского эпителия начинается непосредственно после отторжения некротизированных участков, до 7-го дня наступает реэпителизация большей части раны. Полное заживление наблюдается через 4-6 недель.

# ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ И ПРЕДРАКОВЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ТЕЛА МАТКИ

Гиперплазия эндометрия. По классификации ВОЗ, выделяют следующие виды гиперпластических процессов в эндометрии: гиперплазия эндометрия, полипоз эндометрия, атипичная гиперплазия эндометрия. По В.М. Серовым гиперпластические процессы эндометрия разделяют на железистую гиперплазию эндометрия, железисто-кистозную гиперплазию эндометрия, атипичную гиперплазию эндометрия (аденоматоз, аденоматозная гиперплазия); полипы эндометрия.

## Морфологическая характеристика эндометрия. ?

Железистая и железисто-кистоз гиперплазия - это качественно один и тот же процесс, выраженный в неодинаковой степени. Морфологически при простой железистой гиперплазии наблюдается расширение просвета желез без образования кист. При железисто-кистозной гиперплазии оказываются кистозно расширенные функционирующие железы. Иногда наблюдается стромальная гиперплазия с большими, порой полиморфными, ядрами клеток стромы. Утолщение базального слоя слизистой оболочки за счет пролиферации желез, расположенных в компактном слое эндометрия, происходит при базальной гиперплазии.

Для атипичной гиперплазии (аденоматоза) характерны структурная перестройка и более интенсивная пролиферация желез по сравнению с другими видами гиперплазии. По Б.И. Железнова, выделяют легкую и выраженную формы атипичной гиперплазии эндометрия. При легкой форме атипичной гиперплазии большие и мелкие железы отделены тонкими прослойками стромы, железы выстланы многоядерным цилиндрическим эпителием с образованием выростов в просвет желез. Иногда ядра клеток увеличены. При значительном разрастании желез строма между ними почти отсутствует, наблюдается полиморфизм многослойного эпителия, в больших ядрах иногда обнаруживаются мелкие ядрышки. Гиперпластические процессы эндометрия требуют обязательного гистологического исследования в связи с высоким риском малигнизации.

Железистая и железисто-кистозная гиперплазии являются доброкачественными (фоновыми) заболеваниями матки. По В.М. Серовым, к предраковым гиперпластическим процессам эндометрия относят аденоматоз и аденоматозные полипы в любом возрасте, железистую гиперплазию эндометрия в сочетании с гипоталамическими и нейроэндокринными нарушениями в любом возрасте, рецидивирующей гиперплазией эндометрия, особенно в пременопаузальный и постменопаузальный периоды. Ряд авторов считают, что к предраковым процессам следует отнести рецидивной железистую гиперплазию, резистентной к гормонотерапии. Особенно опасным в плане малигнизации является сочетание гиперпластических процессов с метаболическими нарушениями, обусловленными экстрагенитальной патологией (нарушение углеводного, липидного обменов, нарушения функции гепатобилиарной системы и желудочно-кишечного тракта).

**ПАТОГЕНЕЗ.** По данным В.М. Вихляев, непосредственными причинами гиперплазии эндометрия являются расстройства овуляции, для которых характерна абсолютная или относительная гиперэстрогения. Эта патология чаще наблюдается в пубертатный и пременопаузальный периоды, значительно реже у женщин репродуктивного возраста. Гиперпластические процессы эндометрия нередко сопровождаются ожирением, гипергликемией, артериальной гипертензией, миомой матки, мастопатией, эндометриозом, которые в значительной степени являются гормонально заболеваниями. Часто наблюдаются расстройства функции печени, которая отвечает за метаболизм гормонов. Таким образом, гиперпластические процессы эндометрия возникают при нарушении гормонального гомеостаза в организме женщины. Общепризнанной причиной возникновения и развития гиперпластических процессов эндометрия гиперэстрогения (абсолютная или относительная) на фоне

**КЛИНИКА.** При гиперплазии эндометрия доминирующим проявлением является дисфункциональные маточные кровотечения, которые возникают, как правило, после задержки менструации. Кровотечения проявляются гиперполименореей, иногда имеют профузный характер. Интенсивные кровотечения чаще всего наблюдаются в период полового созревания (ювенильные маточные кровотечения). Периодически могут с "являться межменструальные кровянистые выделения. Обычно гиперпластические процессы эндометрия сопровождаются бесплодием вследствие ановуляции.

**ДИАГНОСТИКА.** Основным методом диагностики гиперпластических процессов является диагностическое выскабливание слизистой оболочки тела матки с последующим гистологическим исследованием полученного материала. Выскабливание целесообразно проводить накануне ожидаемой менструации или в первый ее день. Необходимо удалить слизистую оболочку из всех участков матки, особенно маточных углов, где нередко обнаруживаются очаги аденоматоза и полипы эндометрия. ? Достаточно информативным является метод гистероскопии, во время проведения которого можно осуществить прицельную биопсию наиболее подозрительного участка эндометрия или удалить одиночные полипы.

Достоверным методом диагностики гиперпластических процессов является гистологическое исследование, которое целесообразно сочетать с гистохимическим. При этом определяется характер данной патологии (простая железистая, железисто-кистозная гиперплазия, атипическая гиперплазия -дифузний или очаговый аденоматоз; железистый, аденоматозный, фиброзный полипы), а также активность гиперплазии по степени митотической активности клеток, содержания нуклеиновых кислот, эстрогенной активности. Повторные выскабливание выполняют лишь по строго определенным показаниям (рецидивирующие кровотечения в постменопаузальном периоде, как контроль эффективности гормональной терапии при предраковых заболеваниях эндометрия). Для скринингового обследования диспансерных больных целесообразно применять цитологический метод исследования содержимого матки, полученного путем аспирации, которая осуществляется во второй половине менструального цикла.

Выявление в аспирате активно пролиферирующих клеток свидетельствует о гиперплазии эндометрия. Однако этот метод не позволяет дифференцировать характер гиперпластического процесса и поэтому может применяться только для отбора контингента пациентов для более тщательного исследования. Для определения наличия гиперплазии используют ультразвуковое исследование, которое позволяет выявить толщину эндометрия до 2-3 см при норме толщины слизистой оболочки в фазе поздней секреции до 1,5 см. Контрастная гистерография позволяет выявить железистую гиперплазию при наличии фестончатых контуров внутренней поверхности матки. Достаточно информативным является радиоизотопное исследование матки, принцип которого основан на увеличении степени поглощения радиоактивного препарата соответственно активности пролиферативных процессов. При атипичной гиперплазии и аденоматозных полипах содержание радиоактивного препарата в тканях значительно превышает величины, характерные для физиологического состояния эндометрия.

**ЛЕЧЕНИЕ.** Подход к лечебной тактике при гиперпластических процессах эндометрия зависит от многих аспектов: возраста больного, причины гиперпластического процесса, его характера, клинических проявлений, наличия или отсутствия экстрагенитальных и гинекологических заболеваний, индивидуальной чувствительности к лекарственным средствам. Необходимо тщательно учитывать противопоказания при назначении гормональной терапии. Принципы гормональной терапии включают следующие аспекты: местное действие, направленное на торможение процессов пролиферации; центральное действие, направленное на торможение выброса гонадотропных гормонов гипофизом, которое приводит к торможению стероидогенеза в яичниках. Гормонотерапию в пубертатном возрасте проводят комбинированными эстроген-гестагенными препаратами с 5-го по 25-й день менструального цикла в течение 3-4 месяцев. У женщин репродуктивного возраста

Гестагены назначаются во II фазу менструального цикла: норколут по 10 мг два раза в сутки с 11-го по 20-й день цикла, 17-оксипрогестерона капронат 12,5% 1 мл внутримышечно на 14,17,21 день менструального цикла; оргаметрил по 10 мг 1-2 раза в сутки с 14-го по 28-й день цикла; утрогестан по 10 мг 2-3 раза в сутки с 16-го по 25-й день цикла; дуфастон по 10 мг 2-3 раза в сутки с 16-го по 25-й день цикла; примолут-нор по 10 мг 2-3 раза в сутки с 16-го по 25-й день цикла. Курс лечения гестагенными препаратами составляет 3-6 месяцев. При атипичной гиперплазии эстроген-гестагенные препараты не применяются. Для контроля за эффективностью лечения проводят диагностическое выскабливание всей слизистой оболочки матки с последующим гистологическим исследованием. При рецидивирующей железисто-кистозной гиперплазии через 6 месяцев, при атипичной гиперплазии через 3 месяца проводится контрольное выскабливание.

В пременопаузальный период эстроген-гестагенные препараты применять нежелательно, эти средства противопоказаны при ожирении, ишемической болезни сердца, артериальной гипертензии, варикозном расширении вен, заболеваниях печени, тромботических и эмболических осложнениях в анамнезе. Гестагенные средства применяют в циклическом режиме, описанном выше. При рецидивирующей гиперплазии рекомендовано хирургическое лечение: экстирпация матки с придатками. ? Для лечения гиперпластических процессов эндометрия применяют криодеструкцию в сочетании с гестагенными терапией.

**Полипоза ЭНДОМЕТРИЯ.** Полипы эндометрия возникают с гиперплазироваанного базального слоя и является вогнещевою гиперплазией. Различают железистые, железисто-фиброзные и фиброзные полипы. ?  
**Морфологическая картина.** Железистые полипы возникают из базального слоя эндометрия, состоят из желез с расширенным просветом и соединительнотканной стромы. Железисто-фиброзные полипы содержат значительное количество соединительнотканной стромы и единичные железы. Фиброзные полипы состоят из сполучноктанинной стромы, нередко колагенизовани, железы практически отсутствуют. Для больных репродуктивного возраста характерны железистые полипы.

**ПАТОГЕНЕЗ.** Ведущая роль в возникновении полипов эндометрия принадлежит нарушению гормональной функции яичников с развитием абсолютной или относительной гиперэстрогении, которая приводит к чрезмерной пролиферации. По данным Я.В. Бохмана полипы эндометрия основном развиваются на фоне диффузной гиперплазии у женщин с обменно-эндокринными заболеваниями, которые сопровождаются ожирением, гипергликемией, артериальной гипертензией. Железистые и железисто-кистозные полипы чаще склонны к малигнизации, чем железисто-фиброзные и фиброзные полипы.

**КЛИНИКА.** Симптоматика заболевания полипоза эндометрия достаточно вариабельна и зависит от возраста женщины, гормональной функции яичников, наличии генитальной и экстрагенитальной патологии. Наиболее характерным признаком является нарушение менструального цикла. У больных наблюдаются незначительные межменструальные и предменструальные кровянистые выделения на фоне сохраненного менструального цикла, гиперменорея. В постменопаузальном возрасте чаще оказываются фиброзные полипы, клиническими проявлениями которых могут быть боли схваткообразного характера при размерах полипа более 2 см длиной результате "рождения" или некробиотических изменений.

**ДИАГНОСТИКА.** Для диагностики полипов эндометрия применяют те же методы, что и для диагностики гиперплазии эндометрия: эхоскопия, гистероскопия, гистерография, радиоизотопное исследование. На эхограмме наиболее четко определяются железисто-фиброзные и фиброзные полипы. Гистероскопия является наиболее информативным методом диагностики, который дает возможность не только четко установить наличие и локализацию полипа, но и удалить его. Необходимо дифференцировать полипы эндометрия с субмукозными миоматозными узлами.

**ЛЕЧЕНИЕ.** Полипы эндометрия подлежат удалению с последующим выскабливанием слизистой оболочки тела матки под контролем гистероскопа. Целесообразно применить криохирургическую обработку ложа полипа, предупреждает рецидив заболевания, по данным Е.М.Вихляевой, В.Н.Запорожана, в 90% случаев. После получения результата гистологического исследования при появлении железистых или железисто-фиброзных полипов целесообразно назначить гормональную терапию. Больные с фиброзными полипами гормональной терапии не подлежат. При аденоматозных полипах у женщин пременопаузального возраста с наличием обменно-эндокринных нарушений целесообразно провести оперативное лечение: экстирпация матки с придатками