

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ

УЗБЕКИСТАН

САМАРКАНДСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

РЕФЕРАТ

ТЕМА: Эрозии шейки матки

ВЫПОЛНЯЛ(А): Тураив И.

САМАРКАНД-2016

Термин "эрозия" широко используется в практической жизни и в литературе для обозначения патологического процесса на влажной части шейки матки, характеризующегося в начальной стадии дистрофией и десквамацией плоского многослойного эпителия (изъязвление, эрозия) с последующим развитием на эродированной поверхности цилиндрического эпителия.

После покрытия цилиндрическим эпителием всей поверхности дефекта плоского многослойного эпителия процесс утрачивает свойства настоящей эрозии, но в практике это название утвердилось.

Эрозия (псевдоэрозия) относится к числу распространенных гинекологических заболеваний: она наблюдается у 10-15 % женщин, обращающихся к врачу. Нередко это заболевание выявляется у женщин при диспансеризации.

Различают следующие виды эрозий: врожденная, истинная и псевдоэрозия.

ВРОЖДЕННАЯ ЭРОЗИЯ. Представляет собой эктопию цилиндрического эпителия цервикального канала. Известно, что в процессе внутриутробного и раннего постнатального периода образуется отчетливая граница между многослойным плоским эпителием эктоцервикса и цилиндрическим эпителием эндоцервикса. Граница между цилиндрическим и плоским эпителием располагается вокруг наружного зева канала шейки матки. Врожденная эрозия характеризуется смещением границы между указанными видами эпителия за пределы наружного зева.

При этом цилиндрический эпителий покрывает область (обычно небольшую), располагающуюся вокруг наружного зева. Врожденные эрозии возникают в ранние периоды онтогенеза вследствие незавершенности дифференцировки цилиндрического и плоского эпителия.

Они имеют округлую или неправильную форму, ярко-красный цвет, гладкую поверхность. Признаков патологической секреции из цервикального канала обычно не бывает, при кольпоскопии симптомы воспалительной реакции не выявляются.

Врожденные эрозии наблюдаются в детском и юношеском возрасте, они обычно подвергаются обратному развитию без лечения. Сравнительно редко они сохраняются до периода половой зрелости. В таких случаях возможно инфицирование врожденных эрозий, развитие воспалительного процесса с последующими изменениями. В редких случаях наблюдается возникновение плоских кандилом. Врожденные эрозии не имеют тенденции к малигнизации.

ИСТИННАЯ ЭРОЗИЯ ШЕЙКИ МАТКИ. Это приобретенный патологический процесс, характеризующийся повреждением и последующей десквамацией многослойного плоского эпителия влажной части шейки матки. В результате десквамации образуется раневая поверхность проявлениями воспалительной реакции.

Истинная эрозия обычно располагается вокруг наружного зева или преимущественно на задней (реже передней) губе шейки матки. Эрозия 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 на поверхности эрозии видны слизисто-гноевидные выделения, поступающие из цервикального канала.

Причиной таких выделений является эндоцервицит, который часто сопутствует истинным эрозиям, являясь наиболее частой причиной их возникновения.

Истинная эрозия относится к непродолжительным процессам: она существует не более 1-2 недель и переходит в следующую стадию заболевания - псевдоэрозию, в связи, с чем истинная эрозия наблюдается лечащим врачом редко.

ПСЕВДОЭРОЗИЯ. Образуется в процессе дальнейшего развития патологического процесса на основе истинной эрозии. Дефект многослойного плоского эпителия покрывается цилиндрическим эпителием, наползающим на эрозивную поверхность из слизистой оболочки цервикального канала. Полагают, что источником цилиндрического эпителия могут быть резервные клетки, которые находятся под цилиндрическим эпителием слизистой оболочки цервикального канала и желез, а также под многослойным плоским эпителием переходной зоны. Эти клетки представляют собой недифференцированные элементы, за их счет происходит регенерация слизистой оболочки шейки матки. Резервные клетки обладают бипотентными свойствами, превращаясь, то в цилиндрический, то в многослойный плоский эпителий. Эту стадию называют первой стадией заживления истинной эрозии.

Цилиндрический эпителий псевдоэрозии разрастается в глубину, образуя ветвящиеся железистые ходы, напоминающие железы (крипты) слизистой оболочки цервикального канала.

Предполагается также возможность образования эрозионных желез за счет роста желез слизистой оболочки цервикального канала по направлению к влагалищной части шейки матки, где располагается псевдоэрозия. Эпителий эрозионных желез выделяет секрет, при скоплении которого (затруднение оттока) образуются кисты, имеющие обычно небольшую величину. Однако кисты могут достигнуть величин, видимых при кольпоскопии и даже невооруженным глазом. Крупные кисты эрозионных желез, растущие в непосредственной близости от наружного отверстия цервикального канала, напоминают полипы слизистой оболочки шейки матки.

При развитии множественных кист шейка матки утолщается. Степень гипертрофии шейки матки зависит от числа кистозных элементов и развития соединительной ткани (вследствие цервицита).

Псевдоэрозии, характеризующиеся выраженным развитием железистых ходов (и кист), называются фолликулярными (железистыми). В некоторых случаях на поверхности псевдоэрозии возникают папиллярные разрастания стромы, покрытые цилиндрическим

эпителием. В строме этих разрастаний находят мелкоклеточные инфильтраты и другие признаки воспалительной реакции. Такие псевдоэрозии называют папиллярными, точнее железисто-папиллярными (или смешанными).

Псевдоэрозия может существовать долго (месяцы и даже годы), пока не устранены воспалительные заболевания и другие патологические процессы, послужившие причиной ее возникновения и стабильности. В то же время псевдоэрозия сама поддерживает воспалительный процесс в шейке матки вследствие инфицирования эрозионных желез.

В процессе заживления псевдоэрозии многослойный плоский эпителий может проникнуть под эрозионные железы, что приводит к полному отторжению и последующей полной регенерации нормального эпителиального покрова. Однако процесс замены цилиндрического эпителия многослойным плоским может осуществляться не только с периферии, но и из здоровых клеток, окружающих псевдоэрозию.

При длительном течении псевдоэрозий и сопутствующей воспалительной реакции могут возникнуть патологические изменения в слое базальных и парабазальных клеток эпителия, характеризующиеся повышенной пролиферативной активностью, т.е. базально-клеточная гиперактивность, которая иногда может осложняться проявлениями атипии клеток, что служит признаком дисплазии. При наличии дисплазии псевдоэрозия становится предраковым заболеванием. Псевдоэрозии без признаков дисплазии к предраковым процессам не относятся.

Псевдоэрозии бывают разной величины - от небольшого участка (3-5 мм) до размеров, охватывающих значительную поверхность влажалищной части шейки. Располагаются они вокруг наружного зева или преимущественно на задней губе шейки матки, имеют неправильную форму, бархатистую или неровную поверхность, красную окраску. На поверхности псевдоэрозии часто наблюдаются слизисто-гноевидные, слизистые или беловатые выделения. По периферии заживающей эрозии образуются участки регенерации многослойного плоского эпителия и наботовы кисты (ретенционные).

Образующиеся в процессе заживления участки многослойного плоского эпителия имеют бледно-розовый цвет (на фоне красного цвета псевдоэрозии).

Псевдоэрозии, особенно папиллярные, кровоточат при механическом воздействии (инструментальное исследование, половые контакты).

Кровоточивость псевдоэрозий часто наблюдается при предраковых изменениях и при возникновении беременности.

Полное заживление псевдоэрозии характеризуется отторжением цилиндрического эпителия и эрозионных желез, совершенной регенерацией плоского многослойного эпителия до нормальных границ (наружный зев канала шейки матки).

ЭТИОЛОГИЯ, ПАТОГЕНЕЗ эрозий обсуждаются уже весьма длительное время. Широкое распространение получила концепция об этиологической роли воспалительных заболеваний, особенно эндоцервицита, сопровождающегося повышенной секрецией желез слизистой оболочки шейки матки. Менее существенное значение имеют патологические выделения из матки. Под длительным влиянием патологических выделений покровный эпителий влажной части шейки матки подвергается мацерации, дистрофии и последующей десквамации. Поверхность образующейся истинной эрозии заселяется микроорганизмами, поступающими из канала шейки матки и влагалища. Полагают также, что происхождение эрозий шейки матки связано с родовыми травмами, ведущими к образованию эктропиона.

Теория дисгормонального происхождения данной патологии предполагает, что основную роль играет нарушение баланса половых стероидных гормонов. Для подкрепления данной теории приводятся наблюдения о появлении эрозий во время беременности и их регресс после родов, когда устанавливается гормональный гомеостаз.

В течение многих лет обсуждается вопрос о степени риска малигнизации псевдоэрозий. К числу предопухолевых процессов относятся те псевдоэрозии (папиллярные, фолликулярные, железистые, смешанные), которые отличаются длительностью течения, стойкостью к консервативным методам лечения, склонностью к рецидивам, наличием признаков дисплазии, установленной при микроскопическом исследовании. Симптомом, подозрительным на развитие малигнизации, являются контактные кровотечения.

ДИАГНОСТИКА ЭРОЗИЙ И ПСЕВДОЭРОЗИЙ. Клинические проявления данного заболевания нехарактерны, предъявляемые жалобы обычно зависят от других заболеваний, которым сопутствует эрозия и псевдоэрозия. Нередко эрозия и псевдоэрозия протекают без выраженных симптомов.

Распознавание осуществляется при детальном осмотре шейки матки при помощи кольпоскопа.

При длительном течении заболевания, недостаточной эффективности лечения, рецидивах необходимо широко пользоваться расширенной кольпоскопией.

После обработки 5% раствором йода эрозия (псевдоэрозия) выглядит светло-розовой, начинающиеся зоны превращения - желтыми, атипические процессы - белыми.

При наличии участков, подозрительных и даже сомнительных в отношении дисплазии, производят прицельную биопсию в области подозрительного участка с глубоким захватом слизистой оболочки и подлежащей соединительной ткани, желательна иссечение с участком зоны превращения.

ЛЕЧЕНИЕ ЭРОЗИЙ И ПСЕВДОЭРОЗИЙ. Общеизвестными являются следующие правила:

- врожденные эрозии подлежат наблюдению; в проведении лечения необходимости нет;
- лечение истинных эрозий и псевдоэрозий шейки матки проводится одновременно с заболеваниями, способствующими их возникновению или длительному течению псевдоэрозий;
- при воспалительной этиологии эрозии (псевдоэрозии) выясняется характер возбудителя и проводится курс лечения трихомоноза, хламидиоза, гонореи и других инфекций;
- истинную эрозию и псевдоэрозию с выраженной воспалительной реакцией в окружающих тканях рекомендуется лечить щадящими методами. К пораженной поверхности шейки матки бережно прикладывают тампоны, обильно пропитанные облепиховым или вазелиновым маслом, рыбьим жиром, эмульсиями, содержащими антибактериальные средства;
- методы лечения, связанные с применением прижигающих средств, в связи с их малой эффективностью и отрицательным действием на окружающие ткани в настоящее время оставлены.

В последние годы широко практикуется использование методов, суть которых сводится к деструкции патологических субстратов псевдоэрозии, их отторжению и последующей регенерации поверхности бывшей псевдоэрозии за счет базального слоя неизмененного многослойного плоского эпителия и резервных клеток.

Применяется также диатермокоагуляция. Производят коагуляцию не только всей поверхности псевдоэрозии, но и слизистой оболочки нижней трети канала шейки матки. Заживление коагулированной поверхности происходит после отторжения некротизированных тканей, эпителизация образовавшегося дефекта завершается через 1,5-3 месяца.

Клинический эффект достигается у 75-98 % больных, осложнения развиваются редко. Клинический опыт показывает, что диатермокоагуляция нередко является причиной развития эндометриоза. С целью предупреждения эндометриоза диатермокоагуляцию рекомендуется производить во второй фазе менструального цикла.

Криокоагуляция (криодеструкция) в последние годы занимает видное место в терапии псевдоэрозий. К достоинствам этого метода относятся: безболезненность вмешательства, бескровный его характер, отсутствие риска образования рубцового сужения цервикального канала, сравнительно быстрая эпителизация поверхности шейки матки после отторжения некротизированной ткани псевдоэрозии. Обычно используется аппарат для локальной криокоагуляции, в качестве хладагента - жидкий азот или закись азота. Безболезненность метода объясняется быстрым разрушением чувствительных нервных окончаний, отсутствие кровотечения связано с выраженным сосудосуживающим действием охлаждения. Непосредственно после криокоагуляции возникают выраженная отечность шейки, обильные водянистые выделения. Регенерация плоского эпителия начинается непосредственно после отторжения омертвевших участков псевдоэрозии, к 7-му дню

наступает реэпителизация большей части открытой раны. Полное заживление раны отмечается через 4-6 недель.

Лазеровапоризация лучом успешно применяется для лечения псевдоэрозий шейки матки. В течение недели перед вмешательством проводится санация шейки и влагалища. Процедура проводится на 5-7 день цикла. После удаления патологически измененной ткани шейки формируется зона поверхностного коагуляционного некроза глубиной 0,5-0,7 мм.

Так как зона некроза образуется в пределах здоровых тканей, это способствует быстрому отторжению коагуляционной пленки и раннему началу регенерации. Рубцевания и стеноза шейки не наблюдается. Очищение поверхности шейки происходит на 4-5 день после лазеровапоризации. Эпителизация заканчивается на 3-4 недели.

Диатермокоагуляцию, криодеструкцию и лазерное излучение применяют после расширенной кольпоскопии и биопсии (по показаниям) для исключения процессов выраженной дисплазии и малигнизации. При наличии признаков дисплазии проводят более радикальные методы лечения (конусовидное иссечение, ампутация шейки и др.).

После применения указанных методов лечения женщины находятся под тщательным диспансерным наблюдением.