

## **ДИАГНОСТИКА ПАТОЛОГИИ ШЕЙКИ МАТКИ: СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ**

*Мамаражабова Б. А.*

*Магистрант 2 курса*

*Национального университета*

*Узбекистана имени Мирзо Улугбека*

В Областном консультативно-диагностическом центре на базе консультативного отдела работает кабинет по патологии шейки матки, где проводится обследование пациенток, согласно диагностическому стандарту качества, и лазерные вмешательства. Накоплен 10-летний опыт успешной работы по выявлению, лечению и мониторингу больных с патологией шейки матки, с фоновыми и предраковыми процессами. По данным ВОЗ, ежегодно в мире регистрируется около 450 тыс. новых случаев рака шейки матки (РШМ). Ежегодно только в странах Европейского сообщества отмечается более 25 тыс. новых случаев заболеваний и около 12 тыс. летальных исходов, связанных с ними. В последние годы в экономически развитых странах отмечен рост заболеваемости РШМ среди женщин моложе 40 лет. По распространенности он занимает второе место после рака молочной железы.

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

популяционного скрининга, т.е. является практически полностью предотвратимым заболеванием. Первый путь профилактики РШМ–информирование населения о рискованном сексуальном поведении, об использовании барьерной контрацепции. Второй путь–базируется на своевременном выявлении и лечении предраковых патологических процессов на шейке матки, определении группы риска по папилломави-русной инфекции, играющей одну из главных ролей в канцерогенезе, а также тщательном диспансерном наблюдении за указанным контингентом больных. РШМ был одной из ведущих причин смертности еще несколько десятилетий назад во многих странах. Внедрение цитологического метода скрининга в США, Европе, Австралии за последние 40–50 лет позволило снизить заболеваемость раком на 80–90 %. Считают, что если все меры профилактики и лечения предпринять своевременно, то при РШМ может быть достигнута 90%-я выживаемость. В нашей стране существует цитологический скрининг, который доступен для женщин бесплатно по месту жительства. Чаще всего для взятия цервикального мазка обращаются женщины по собственному желанию или случайно при обращении к гинекологу по другому вопросу. Оптимальные сроки начала обследования и величина интервала между посещениями пациенток в широкомасштабных скринингах в разных странах варьируются. Это связано с тем, что программа скрининга для выявления РШМ должна отвечать двум основным требованиям: быть эффективной и недорогой по стоимости. Сегодня дискуссии в отношении методов скрининга населения для диагностики РШМ включают 3 основные направления: Пап тест (большой опыт и много исследований), Пап тест вместе с тестом на вирус папилломы человека (ВПЧ) (утверждено FDA для женщин старше 30 лет в США, но не принято в других странах, во Франции, например) и ВПЧ-тест вместе с кольпоскопией (отдельные исследования в некоторых странах). Включение ВПЧ-теста или кольпоскопии в широкомасштабный

скрининг в качестве дополнения к Пан-тесту или его возможного замещения во многих странах пока является дискуссионно, поскольку значительно повышает стоимость такого комплексного обследования. Профилактика и ранняя диагностика РШМ относятся к приоритетным направлениям в работе гинекологической службы ОКДЦ. В 2005 г. гинекологов ОКДЦ посетили 3944 пациентки, патология шейки матки выявлена у 1653 больных, что составляет 42%. С целью ранней диагностики фоновых и предраковых процессов разработан алгоритм диагностики (рис. 1).

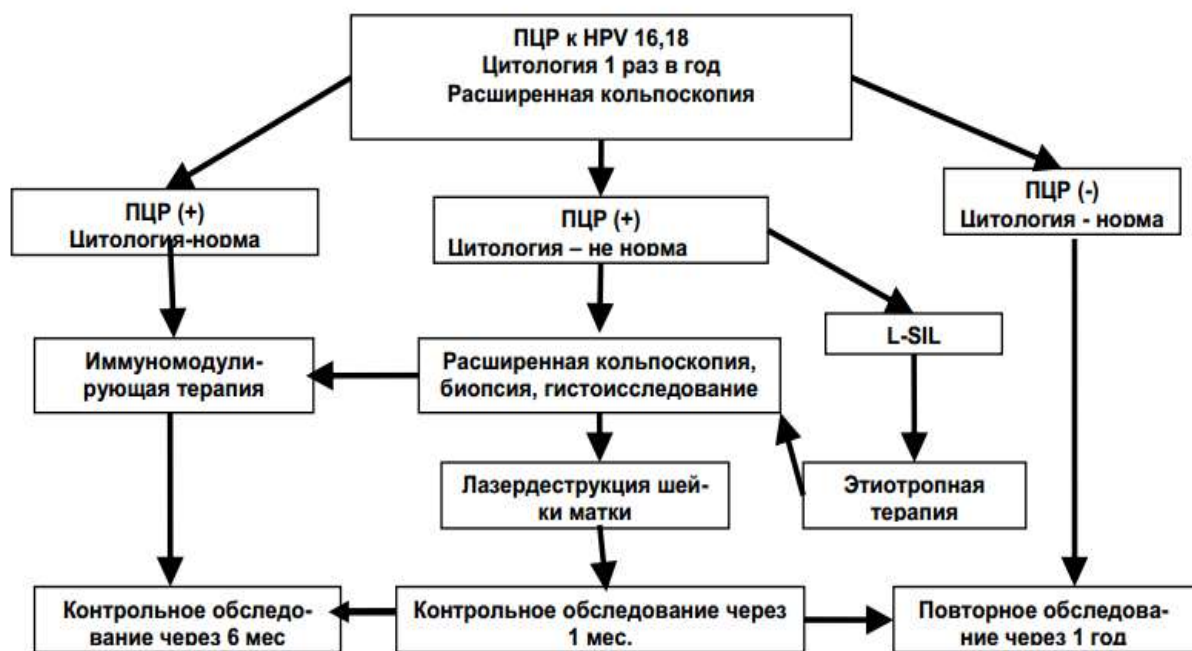


Рис. 1. Алгоритм мониторинга больных с патологией шейки матки

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

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

Расширенную кольпоскопию, полимеразно цепную реакцию(ПЦР), диагностику ВПЧ осуществляем на этапе первичного обследования всем пациенткам наряду с цитологическим методом исследования. Объективные изменения эктоцервикса обычно предшествуют появлению клинических симптомов. Рутинный осмотр шейки матки в зеркалах позволяет выявить наличие шероховатой поверхности, участки очаговой гиперплазии эпителия, неравномерное окрашивание его раствором Люголя при проведении Шиллер-теста. При«слепом» Шиллер-тесте (без кольпоскопии) идентификация области переходной зоны эктоцервикса затруднена или невозможна. Как образно писал L.G. Koss, патология шейки матки подобна айсбергу: лишь незначительная часть процессов находится на поверхности и может быть замечена глазом[2]. В настоящее время для оценки кольпоскопической картины используется классификация, предложенная Международной федерацией по патологии шейки матки и кольпоскопии(IFCPC), принятая в 2003 г. Для цервикальной интраэпителиальной неоплазии (CIN) характерны следующие кольпоскопические картины: лейкоплакия, пунктация(нежная и грубая), мозаика (нежная и грубая), ацетобелый эпителий(не реагирующий на тест с уксусной кислотой), йод-негативные участки. Аномальные кольпоскопические признаки оцениваются на зоне трансформации и за ее

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

В 1956 г. Koss и Dufree подробно описали эти клетки и впервые отметили связь между койлоцитозом, цервикальной и траэпителиальной неоплазией и раком шейки матки [2]. В настоящее время в ОКДЦ используется современная цитологическая классификация, предложенная в 1991 г. Национальным институтом США по изучению рака, – система Бетесда (табл. 1). В течение многих десятилетий отсутствие единой системы оценки результатов цитологического исследования затрудняло их интерпретацию. В 1989 г. рабочей группой Национального института рака, заседавшей в г. Бетесда (Мэриленд, США), была предложена двухстадийная система оценки результатов цитологического исследования, впоследствии названная

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

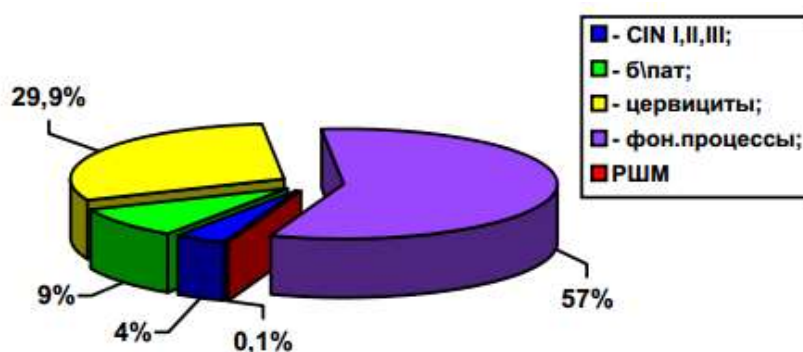


Рис. 2. Данные 2687 цитологических исследований (2005 г. материалы ОКЦ)

Процедуру целесообразно проводить на 5–7-й день менструального цикла. При данном методе лечения отмечается меньшее число рецидивов, однако имеется ряд работ, доказывающих высокий риск вирусного заражения врача, производящего лазероапоризацию, через дым при вдыхании паров, возникающих при испарении тканей [5]. Поэтому персонал работает в маске и используется вакуумная эвакуация дыма. Любой из деструктивных методов лечения – криодеструкция, электрокоагуляция или лазероапоризация – имеют недостаток – неполную деструкцию очага при расположении патологического процесса в цервикальном канале. Поэтому пациенткам с высокой степенью плоскоклеточных интраэпителиальных поражений (CIN II, III) следует проводить цервикоскопию с выскабливанием цервикального канала и последующим гистологическим исследованием.

Показаниями для проведения лазердеструкции являются: псевдоэрозия шейки матки; эрозированный эктропион; лейкоплакия шейки матки и влагалища; дисплазия шейки матки и вульвы I–III ст.; плоская кондилома шейки матки; ретенционные кисты; рубцовые деформации; эндометриоз шейки матки и влагалища. Актуальность выбора программы скрининга. Важность совершенствования программ скрининга и методов ранней диагностики предраковых заболеваний шейки матки в целях предупреждения инвазивного РШМ не вызывает сомнений. В связи с этим под эгидой Всемирной организации здравоохранения в настоящее время широко представлены межгосударственные программы исследований РШМ.

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

Такой специализированный высокоинформативный метод обследования, как расширенная кольпоскопия, требует особой длительной подготовки врача-гинеколога и определенного опыта работы. В то же время представить обследование пациентки с целью выявления патологии шейки матки без кольпоскопии сегодня невозможно. Вместе с тем, как правильно взять мазок с шейки матки для цитологического исследования и выявления ВПЧ, знает каждый акушер-гинеколог. Определение ВПЧ играет существенную роль в скрининге РШМ. Основные стратегии выявления ВПЧ при скрининге РШМ могут быть основаны на следующих положениях, предложенных L.M. Meijer [5].

1. Идентификация ВПЧ у женщин с нормальной кольпоскопической и цитологической картиной при исследовании шеечных мазков позволяет выявить группы риска по развитию предраковых процессов и производить тщательное диспансерное наблюдение за указанным контингентом больных.
2. Существенное количество ПВИ приводит к ВПЧ-зависимым цервикальным интраэпителиальным неоплазиям.
3. Только у женщин с

персистирующей ПВИ(ВПЧ высокого риска) возможно развитие РШМ. Трактовка полученных при обследовании результатов и последующая тактика ведения женщины плоскоклеточными интраэпителиальными поражениями шейки матки должна быть дифференцированной с обязательным учетом возраста, сопутствующих заболеваний и мотивации пациентки. Таким образом, для женщин с момента начала половой жизни необходим скрининг, направленный на определение ДНК ВПЧ, цитологическое исследование цервикальных мазков и кольпоскопическое исследование шейки матки 1 раз в год.

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Ho GYF, Bierman L. et al. // New Engl. J. Med. 2005. Vol. 338 (7). P. 423–430
2. Schneider A. // Genitourin Med. 2004. Vol. 69 (30). P. 165– 173.
3. Kaufman RH. et al. //Am. J. Obstet. Gynecol. 2005. Vol. 176. (1, Pt. 1). P. 87–92
4. Monsonero J. // Genital Infections & Neoplasia Update. 2004. 1 July. P. 7–11.
5. Ferenczy A. // Genital Infections & Neoplasia Update. 1998. 1 July. P. 12–37