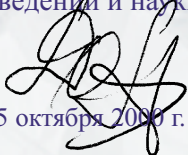


МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

СОГЛАСОВАНО

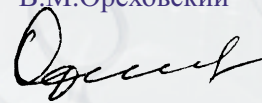
Заместитель начальника
Главного управления кадровой политики,
учебных заведений и науки Н.И. Доста



25 октября 2000 г.

УТВЕРЖДАЮ

Первый заместитель
министра здравоохранения
В.М.Ореховский



30 октября 2000 г.

Регистрационный № 89-0007

**ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ,
ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ДИСПЛАЗИЙ
ШЕЙКИ МАТКИ С УЧЕТОМ АНАЛИЗА
ОШИБОК В ИХ РАСПОЗНАВАНИИ**

Минск 2001

[Перейти к оглавлению](#)

Учреждение-разработчик: НИИ онкологии и медицинской радиологии им. Н.Н. Александрова

Авторы: д-р мед. наук, проф. Е.Е. Вишневская, д-р мед. наук, проф. А.Е. Океанов, канд. мед. наук Т.М. Литвинова, Л.М. Курьян, Т.Н. Красногир

Рецензент: д-р мед. наук, проф. Н.И. Крутилина

В методических рекомендациях представлены эпидемиологические аспекты дисплазии и рака шейки матки, дан анализ причин возникновения рака шейки матки у больных, ранее подвергавшихся лечению по поводу дисплазий, описаны их морфологические особенности и гистологическая классификация. Проанализировано значение эндоскопических, цитологических и морфологических методов диагностики дисплазии и показана оптимальная последовательность их использования на основе учета ошибок в распознавании данного заболевания. Лечение эпителиальных дисплазий шейки матки рекомендовано проводить на патогенетической основе, исходя из выраженности патологического процесса, степени его распространенности, локализации и возраста больных. Определены сроки диспансерного наблюдения за больными после излечения дисплазии и условия их снятия с контрольного учета.

Рекомендации предназначены для врачей-онкологов и акушеров-гинекологов.

Методические рекомендации утверждены Министерством здравоохранения Республики Беларусь в качестве официального документа.

Оглавление

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ДИСПЛАЗИИ И РАКА ШЕЙКИ МАТКИ	4
АНАЛИЗ ПРИЧИН ВОЗНИКНОВЕНИЯ РШМ У БОЛЬНЫХ, РАНЕЕ ПОДВЕРГАВШИХСЯ ЛЕЧЕНИЮ ПО ПОВОДУ ДИСПЛАЗИИ	12
МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДИСПЛАЗИИ ШЕЙКИ МАТКИ. ГИСТОЛОГИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ ВОЗ	14
ДИАГНОСТИКА ЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ ДИСПЛАЗИЙ	18
ЛЕЧЕНИЕ ЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ ДИСПЛАЗИЙ ШЕЙКИ МАТКИ	21
ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ ЖЕНЩИН, СТРАДАЮЩИХ ЭПИТЕЛИАЛЬНЫМИ ДИСПЛАЗИЯМИ ШЕЙКИ МАТКИ	26

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ДИСПЛАЗИИ И РАКА ШЕЙКИ МАТКИ

Проблема профилактики и раннего выявления злокачественных опухолей у женщин является одной из важнейших не только в медицинском, но и социальном аспекте.

В Беларуси, как и в большинстве стран Европы, в США и Канаде, рак является второй по значимости причиной смерти, на эту патологию приходится более четверти случаев смерти лиц в возрасте до 65 лет.

Успех в лечении злокачественных опухолей во многом зависит от своевременности выявления ранних форм данной патологии. Научными исследованиями доказана высокая эффективность формирования групп повышенного риска развития злокачественных опухолей в целенаправленном поиске малых форм рака и предраковой патологии у женщин. Это позволяет избежать больших экономических расходов при проведении ежегодных профилактических осмотров населения и дает высокую выявляемость предопухолевых и опухолевых заболеваний.

Особого внимания заслуживает организация распознавания и лечения дисплазий шейки матки, которые являются предопухолевой патологией и при отсутствии своевременного лечения трансформируются в раковую опухоль. Лечение их есть мера профилактики рака шейки матки (РШМ). В ряде стран мира, а также в некоторых регионах Беларуси достигнуто реальное снижение заболеваемости РШМ за счет своевременной диагностики и лечения дисплазий шейки матки.

Индикатором здоровья населения могут служить уровень выявления предопухоловой патологии и ее структура, т.к. динамика этих показателей регистрируется раньше, чем сдвиги в онкологической заболеваемости. По данным литературы, отмечается корреляция между показателями заболеваемости раком и предопухоловыми заболеваниями. Этот аспект в определенной мере отражен в табл. 1.

На основании данных лечебно-профилактических учреждений Белорусской железной дороги (главный акушер-гинеколог Красногир Т.Н.), представленных в **табл. 1**, можно судить о частоте выявления предопухоловых заболеваний и РШМ. В среднем за пять лет частота выявления эрозий составила 708,3 на 100 000 обследованных женщин, дисплазий — 403,5. Имеется тенденция к нарастанию числа случаев дисплазий по годам, в том числе выраженных дисплазий. Увеличилась также частота выявления преинвазивного рака, в то время как наметилась тенденция к уменьшению его инвазивных форм.

Таблица 1

Частота выявления предопухолевых заболеваний и рака шейки матки, по данным лечебно-профилактических учреждений Белорусской железной дороги

Год	Число прошедших проф-осмотр	Из них выявлено заболеваний шейки матки на 100 000 обследованных					
		эрозии	дисплазии			рак in situ	инвазивный рак
			всего	умеренные	выраженные		
1994	75551	752,6	336,3	296,3	22,1	2,8	17,9
1995	75836	600,0	191,2	171,4	19,8	2,6	14,5
1996	68747	872,8	448,0	229,8	39,3	7,3	17,5
1997	81575	723,3	502,6	221,9	52,7	9,8	13,5
1998	83187	617,9	521,7	211,6	45,7	8,4	14,4
Всего	381896	708,3	403,5	225,2	36,4	6,3	15,4

По данным кабинета профилактики и ранней диагностики рака органов женской репродуктивной системы Щучинского района Гродненской области, частота выявления дисплазий шейки матки при профосмотрах достигает 1%. Хорошо поставленная система лечения и контроля излеченности фоновых и предопухолевых заболеваний, в том числе и дисплазий, в этом районе позволила снизить заболеваемость РШМ в последние 5 лет на 40–50% по сравнению с предыдущим пятилетием.

В 70-х и 80-х гг. в Беларуси наблюдалось постепенное снижение заболеваемости РШМ. С 1994 г. такая тенденция сохранилась не во всех областях республики. Стандартизованные показатели заболеваемости раком указанной локализации в данном году в Беларуси составили 11,0 на 100 000 женского населения, в 1998 г. — 10,7. В Брестской, Гомельской, Минской и Могилевской областях отмечена тенденция к снижению уровней заболеваемости. В то же время в Витебской области и г. Минске наблюдается рост этих показателей (табл. 2). Рост частоты впервые выявленных больных РШМ и медленное ее снижение свидетельствуют о недостаточной эффективности работы по вторичной профилактике этого заболевания.

Таблица 2

*Динамика стандартизованных показателей
заболеваемости злокачественными новообразованиями
шейки матки в Беларуси*

Область	1994	1995	1996	1997	1998	Среднее значение	Ошибка среднего
Брестская	10,8	10,1	11,6	10,7	7,5	10,1	0,7
Витебская	8,9	11,1	9,6	10,9	11,3	10,4	0,5
Гомельская	12,0	11,3	11,8	10,2	11,3	11,3	0,3
Гродненская	9,5	10,9	7,7	10,7	9,6	9,7	0,6
Минская	14,3	8,8	13,2	12,2	13,6	12,4	1,0
Могилевская	13,9	10,9	13,6	9,5	13,5	12,3	0,9
г. Минск	8,7	10,2	11,1	9,9	9,3	9,8	0,4
Беларусь	11,0	10,3	11,2	10,5	10,7	10,7	0,2

Показатели частоты РШМ в различных возрастных группах изменяются неодинаково. Так, в молодом и среднем возрасте (от 20 до 54 лет) отмечено увеличение заболеваемости, в старшей группе (от 55 до 74 лет) — заметное снижение, а среди женщин преклонного возраста (75 лет) — стабилизация. Таким образом, наиболее неблагоприятная тенденция роста заболеваемости отмечена в группах женщин трудоспособного возраста (табл. 3).

Таблица 3

*Заболеваемость раком шейки матки в Беларуси
в различных возрастных группах*

Возраст (лет)	Заболеваемость на 100 000 жителей: среднее значение за 1987–1992 гг.	Стандартное отклонение	Заболеваемость на 100 000 жителей: среднее значение за 1994–1998 гг.	Стандартное отклонение
15–19	0,3	0,1	0,2	0,2
20–24	1,2	0,4	1,9	0,6
25–29	4,5	0,3	5,1	0,9
30–34	11,3	2,1	9,2	1,0
35–39	15,8	1,4	16,2	1,2
40–44	22,6	2,0	24,9	1,5
45–49	25,0	3,3	29,6	2,1
50–54	23,9	1,4	26,9	1,5
55–59	29,3	3,0	23,3	1,1
60–64	35,1	5,2	26,6	2,1
65–69	47,3	7,3	30,1	3,2
70–74	42,7	3,6	34,1	4,3
75 и старше	21,3	1,3	21,9	1,5

Следует полагать, что тенденция к росту заболеваемости РШМ среди женщин молодого возраста находится в связи с все увеличивающейся частотой венерических болезней и вирусных инфекций, передающихся половым путем (ИППП). В республике зарегистрированы высокие уровни заболеваемости венерическими болезнями и в первую очередь сифилисом. Известно, что его частота является показателем неблагополучия по другим болезням, передающимся половым путем, и что вероятность бласттрансформации заметно повышается при наличии длительно протекающих, нелеченных венерических болезней и болезней вирусного генеза. Однако лица, страдающие этими заболеваниями, выпадают из системы скрининга рака гениталий, поскольку наблюдаются и лечатся у венерологов и редко обращаются к гинекологам. Эти данные подтверждают необходимость включения больных с ИППП в группу риска заболевания РШМ и разработки схем диспансерного контроля за ними.

Одним из первых этапов на пути своевременного выявления указанных заболеваний может быть внедрение в практику врачей-венерологов методик цитологического скрининга и кольпоскопического исследования, позволяющих выявлять ранние клинические проявления предопухолевых заболеваний и регистрировать диспластические изменения на шейке матки. Необходимым компонентом этой работы должно явиться обучение дерматовенерологов методам кольпоскопической диагностики и забора мазков из шейки матки и цервикального канала на опухолевые клетки, а также привлечение их к формированию групп риска развития злокачественных опухолей гениталий у больных с ИППП.

Учитывая высокий уровень распространения и продолжающийся рост заболеваемости в республике венерическими болезнями, следует обеспечить широкую информированность населения о канцерогенном риске ИППП, необходимости их своевременного выявления и лечения.

АНАЛИЗ ПРИЧИН ВОЗНИКНОВЕНИЯ РШМ У БОЛЬНЫХ, РАНЕЕ ПОДВЕРГАВШИХСЯ ЛЕЧЕНИЮ ПО ПОВОДУ ДИСПЛАЗИИ

В профилактике РШМ особое внимание уделяется выявлению и лечению видимых невооруженным глазом патологических изменений на шейке матки: эрозий, полипов, лейкоплакий, дисплазий. Эти процессы трактуются как фоновые и предраковые. Их макро- и микроскопическая картина достаточно хорошо известна врачам, и трудностей в их распознавании не возникает. В то же время приходится констатировать, что несмотря на наличие многих справочных пособий и методических рекомендаций по проблемам лечения фоновых и предопухолевых патологических процессов шейки матки, почти у пятой части пациенток, пролеченных по поводу этих заболеваний, возникает рак.

Анализируя клинические материалы, касающиеся наличия РШМ у больных, ранее подвергавшихся хирургическим, электрохирургическим или другим методам лечения по поводу предопухолевых заболеваний данной локализации, мы пришли к заключению, что причины его возникновения в ряде случаев следует искать в ошибках, допущенных на этапе обследования, неадекватном лечении пред-опухолевых заболеваний либо длительном и немотивированном воздержании от использования оптимальных методов их лечения по причине беспечности уклоняющихся от лечения больных и недооценки врачами опасности риска трансформации предопухолевых заболеваний в рак.

Возникновение РШМ отмечается и как следствие неадекватной лечебной тактики у больных с эрозиями и дисплазиями шейки матки, обусловленной неполноценным обследованием на диагностическом этапе без комплексного использования цитологического, кольпоскопического и гистологического исследований, в результате чего оказывается неуточненной природа эрозии или локализация дисплазии и назначается лечение, не соответствующее характеру заболевания.

Наши исследования также показали, что отсутствие эффекта от хирургического либо электрохирургического лечения дисплазии встречается в случаях, когда заболевание развилось на фоне папилломовирусной инфекции или была недостаточно полно и не в пределах здоровых тканей осуществлена электроэксцизия шейки матки при дисплазиях у больных с деформациями шейки матки, обусловленными разрывами при родах или абортах.

На основании полученных данных о причинах возникновения РШМ у больных, ранее лечившихся по поводу эпидермальных дисплазий, в представленных методических рекомендациях изложены вопросы их распознавания с учетом анализа ошибочного обследования таких больных и их неадекватного лечения.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДИСПЛАЗИИ ШЕЙКИ МАТКИ. ГИСТОЛОГИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ ВОЗ

В норме эктоцервикс, являющийся продолжением слизистой влагалища и выстилающий влагалищную часть шейки матки, представлен многослойным плоским эпителием, отделенным от подлежащей стромы базальной мембраной. Многослойный плоский эпителий состоит из 5 слоев клеток, имеющих определенную ориентацию относительно друг друга и базальной мембраны. Эндоцервикс занимает преимущественно надвлагалищную часть шейки матки и выстлан цилиндрическим эпителием.

Особое значение имеет место перехода многослойного плоского эпителия эктоцервикса в цилиндрический эпителий, где чаще всего происходит атипичная трансформация клеток. Граница многослойного плоского и цилиндрического эпителия у здоровых женщин детородного возраста преимущественно локализуется в области наружного зева. У девочек и молодых нерожавших женщин эта граница может располагаться на влагалищной части шейки матки. Подобная картина в ряде случаев наблюдается и при беременности. С возрастом зона стыка двух видов эпителия перемещается в цервикальный канал и недоступна визуальному осмотру. Аналогичное состояние отмечается также после диатермоэлектрокоагуляции (ДЭК) и криодеструкции дисплазии шейки матки.

Термин «дисплазия», предложенный Rigan в 1956 г., закреплен в классификации опухолей женской половой сферы в 1973 г.

Дисплазия многослойного плоского эпителия представляет собой нарушение строения, дифференцировки и созревания клеток, морфологически проявляющееся в гипер- и параакантозе, акантозе и изменении слоистости эпителиального пласта. При ней нарушаются полярность расположения клеток, размер и форма ядра, увеличивается ядерно-цитоплазматический индекс и возникают митозы преимущественно в базально-парабазальных слоях. Все эти изменения носят характер атипических и являются особенностью дисплазии эпителия в отличие от фоновых процессов, при которых атипия клеток отсутствует. В целом, дисплазия — понятие чисто морфологическое. Клинически же этот процесс может никак не проявляться либо существовать под видом эрозии, лейкоплакии, эндоцервицита и т.д.

По классификации ВОЗ пересмотра 1982 г., в зависимости от выраженности атипии клеток и глубины поражения эпителиального пласта шейки матки различают 3 степени дисплазии: слабую (I степень), умеренную (II степень) и выраженную (III степень). В последние годы большинство исследователей применяют предложенную Richart в 1968 г. классификацию «цервикальной интраэпителиальной неоплазии (CIN)»: CIN-I — слабая дисплазия, CIN-II — умеренная дисплазия, CIN-III — тяжелая дисплазия и преинвазивный рак (сr in situ). Объединение в категорию CIN-III тяжелой дисплазии и преинвазивного РШМ определяется сходным биологическим поведением этих процессов и примерно идентичными лечебными подходами.

Слабо выраженная дисплазия характеризуется небольшими нарушениями дифференцировки эпителия с умеренной пролиферацией клеток базального слоя. Изменения захватывают лишь 1/3 толщи эпителиального пласта. Строение остальных слоев эпителия сохраняется.

При дисплазии II степени отмечаются более значительные атипические изменения клеток с поражением до 1/2 толщи эпителиального пласта.

Резко выраженная или тяжелая дисплазия (III степень) характеризуется поражением 2/3 эпителиального пласта. При этом нарушается взаимоотношение расположения клеток, значительно увеличиваются размеры ядра, изменяется ядерно-цитоплазматическое соотношение и появляются патологические митозы. В то же время структура верхнего слоя эпителия сохранена.

Дальнейшее прогрессирование процесса с полным поражением всей толщи многослойного плоского эпителия, нарастанием ядерной и клеточной атипии рассматривается как внутриэпителиальный рак (сr in situ), что свидетельствует о патогенетическом единстве этих патологических состояний.

Согласно литературным данным, вероятность развития интраэпителиального рака у больных, страдающих дисплазией шейки матки, в 20 раз выше, а инвазивного рака — в 8 раз выше, чем у здоровых женщин (Козаченко В.П., 1985). Эпителиальные дисплазии I и II степени выраженности могут длительное время не прогрессировать, а в ряде случаев подвергаться обратному развитию. Это, как правило, наблюдается после излечения сопутствующего воспалительного процесса. Однако чаще всего со временем происходит прогрессирование дисплазии с переходом ее в рак. В среднем сроки развития внутриэпителиальной карциномы из слабой дисплазии составляют 5 лет, из умеренной — 3 года, из выраженной — 1 год (Табачник Б.И., 1984).

Возрастной пик дисплазий при умеренно выраженной форме приходится на 31–40 лет, при резко выраженной — на 40–50 лет. У молодых женщин дисплазия преимущественно поражает влагалищную часть, у пожилых — цервикальный канал.

Среди факторов риска возникновения эпителиальных дисплазий важное значение имеют:

Эпидемиологические аспекты, диагностика и лечение дисплазий шейки матки с учетом анализа...

- раннее начало половой жизни, частая смена половых партнеров;
- травмы шейки матки во время родов и абортов;
- роды в молодом и пожилом возрасте, а также неушитые, возникшие при родах и абортах разрывы;
- воспалительные заболевания половых органов, ИППП;
- инфицирование полового аппарата вирусом простого герпеса 2-го типа (ВПГ-2) и вирусом папилломы человека (ВПЧ).

Учет факторов риска необходим с целью диспансеризации указанного контингента женщин, их своевременного глубокого обследования и выявления фоновой и предопухоловой патологии шейки матки, подлежащей лечению.

ДИАГНОСТИКА ЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ ДИСПЛАЗИЙ

Первичный осмотр с проведением в системе скринингового теста цитологического исследования позволяет выделить из числа практически здоровых женщин тех, у кого имеется патология шейки матки в виде атипических цитологических изменений влагалищных мазков либо визуальной картины эрозии, лейкоплакии, эндоцервицита. Эта группа женщин подлежит обязательному углубленному обследованию с целью активного выявления предопухолевых заболеваний. Перед началом углубленного обследования в случае наличия сопутствующего воспалительного процесса во влагалище, даже установленного лишь цитологически, следует провести его лечение. При этом желательно установить бактериальную флору и с учетом характера воспалительного заболевания провести консервативную терапию, которая не должна продолжаться более 1–2 мес. При ее неуспехе, подтвержденном повторным цитологическим и эндоскопическим исследованием, следует прибегнуть к более радикальному методу.

Далее проводится углубленная диагностика дисплазий, которая включает ряд обязательных методов. Первое место среди них занимает *простая и расширенная кольпоскопия*. Она позволяет установить характер морфофункциональных изменений эпителиального покрова влагалищной части шейки матки и выявить очаги поражения с наиболее атипическими изменениями. Кольпоскопия помогает осуществить прицельный забор материала для морфологического исследования, эффективность которого составляет 92–96%, тогда как результативность бесприцельной цитологии не превышает 60%.

Второе место в системе обследования больных с дисплазиями отводится *цитологическому исследованию*. Метод дает возможность установить выраженность клеточной и ядерной атипии, нарастающей по мере усиления степени дисплазии. При этом у больных с дисплазиями эпителия шейки матки чаще всего обнаруживаются II и III типы мазков по Папаниколау, т.е. картина воспаления или атипичные изменения, неубедительные в отношении злокачественного процесса. Осуществление забора материала с поверхности эктоцервикса под кольпоскопическим контролем позволяет уменьшить частоту ложноотрицательных заключений. Особенно важен цитологический метод для выявления патологических изменений слизистой цервикального канала, недоступной визуальному осмотру. Полноценное цитологическое исследование должно включать обязательное взятие мазков не только с влагалищной, но и эндоцервикальной части шейки матки.

Основополагающее место в диагностике дисплазии принадлежит *гистологическому методу*. Материал для исследования необходимо получать путем прицельной биопсии из шейки матки и выскабливания слизистой цервикального канала. Биопсию следует производить острым скальпелем из кольпоскопически наиболее подозрительного участка эктоцервикса. Использование для этих целей конхотома исключается, поскольку при этом методе из-за раздавливания тканей невозможно получить весь эпителиальный слой шейки матки вместе с базальной мембраной и подлежащей стромой, что так важно для дифференциальной диагностики эпителиальных дисплазий и начальных форм РШМ. Не следует также пользоваться для взятия биопсии электроножом, так как вследствие коагуляции самых нижних слоев эпителия исключается возможность объективной морфологической интерпретации выявляемых изменений.

Обязательным методом в обследовании больных эпителиальными дисплазиями шейки матки является *выскабливание слизистой цервикального канала и морфологическое исследование биоптата*. Следует при этом помнить, что с увеличением возраста женщины переходная зона плоского и цилиндрического эпителия перемещается в цервикальный канал. Аналогичные процессы наблюдаются также после диатермохирургических и криотерапевтических вмешательств на шейке матки. Все это обуславливает возможность эндоцервикальной локализации дисплазии, и без обследования цервикального канала диагноз дисплазии не может быть окончательным.

При определении степени выраженности дисплазии, локализующейся эндоцервикально, к трактовке гистологических заключений по соскобам надо подходить критически. В соскобах, как правило, отсутствуют подлежащие ткани, разорвана базальная мембрана. Если же и сохраняются ее обрывки, то целостность эпителиальных пластов нарушена. В результате возникает дисконтактация клеток, что затрудняет правильное определение степени выраженности процесса, и морфолог лишается данных, на основании которых ставится точный гистологический диагноз (Вишневская Е.Е. и соавт., 1984).

Следует иметь в виду, что нецелесообразно производить повторные соскобы в короткие сроки после выполнения первого. При этом обычно не удастся получить каких-либо новых данных. После выскабливания в течение месяца в шейке по всей площади соскоба наблюдается резкое полнокровие тканей, нарушение целостности и «зияние» кровеносных и лимфатических сосудов стромы, а это может увеличить опасность диссеминации рака.

Дополнительную диагностическую информацию о состоянии слизистой цервикального канала можно получить путем *цервикоскопии и рентгеноконтрастной цервикогистерографии*.

ЛЕЧЕНИЕ ЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ ДИСПЛАЗИЙ ШЕЙКИ МАТКИ

В отношении эпителиальных дисплазий недопустима выжидательная тактика. Выбор метода лечения осуществляется индивидуально в зависимости от выраженности патологического процесса, его локализации, распространенности в пределах шейки матки и возраста больных.

Поскольку дисплазии шейки матки весьма часто сопутствуют вирусные инфекции генитального тракта, передаваемые половым путем, то в подобной клинической ситуации на 1-м этапе показано их лечение. При мочеполовом трихомониазе рационально применение метронидазола 2 раза в сутки внутрь с интервалом в 12 ч. Применяются свечи из метронидазола: одна свеча на ночь, содержащая 0,5 г препарата в течение 10 дней. В случае необходимости курс лечения повторяют через 2 мес. в течение 7 дней. Целесообразно назначение орнидазола по 500 мг 2 раза в сутки в течение 5 дней. Местно (per vaginam) можно назначить влагалищные таблетки клотримазола либо гиналгина или хлорхинальдина в течение 10 дней. При этом следует проводить вакцинацию солкотриховаком (3 инъекции по 0,5 мл внутримышечно с интервалом один раз в 2 недели). Спустя 12 мес. повторяют вакцинацию (проводят ревакцинацию) этим же препаратом по 0,5 мл внутримышечно однократно.

При дисплазии шейки матки, сочетающейся с урогенитальным хламидиозом, показано общее и местное лечение в виде химиотерапии, иммуномодуляции и биокоррекции. Препаратом выбора для химиотерапии является офлоксацин. Его назначают по 200 мг (1 табл.) 2 раза в сутки в течение 10 дней.

Слабо выраженная дисплазия эпителия (CIN-I), морфологически сохраняющаяся после проведения противовоспалительной терапии, у женщин детородного возраста подлежит ДЭК. Последняя допустима при условии, что зона трансформации четко визуализируется кольпоскопически. При невидимой зоне трансформации, наличии сопутствующих дисплазии эктропионов, деформаций шейки матки, а также в возрасте свыше 40 лет показано конусовидное или клиновидное иссечение шейки матки (операция Штурмдорфа, Эммета).

Во всех случаях CIN-II и CIN-III показано лечение, предусматривающее хирургическое удаление измененных тканей. При умеренной дисплазии (CIN-II) у женщин в возрасте до 40 лет допустима ДЭК шейки матки. Необходимым условием эффективности ДЭК при этой форме дисплазии является тщательное цитологическое, эндоскопическое и гистологическое обследование больной, предшествующее этому лечению, а также ограничение зоны трансформации только эктоцервиксом, что устанавливается кольпоскопически. Наличие дисплазии эпителия II степени на шейке с не визуализируемой зоной трансформации в сочетании с обширным эктропионом, деформацией шейки матки, а также возраст больных свыше 45 лет требуют выполнения операции типа Штурмдорфа. Объем хирургического вмешательства следует расширять до гистерэктомии при сопутствующих умеренной дисплазии опухолях и опухолевидных образованиях матки и придатков, особенно у женщин климактерического и менопаузального возрастов.

Основным методом лечения выраженной дисплазии (CIN-III) шейки матки является конизация, осуществляемая ножевым способом. При сглаженности влагалищных сводов, атрофических изменениях полового аппарата и у женщин старше 45–50 лет выполнение органосохраняющих вмешательств затруднено или исключено, и поэтому объем операции должен быть расширен до простой гистерэктомии.

Совокупность клинических данных позволяет считать, что наиболее рациональным методом лечения тяжелой дисплазии является ножевая конизация шейки матки. При ее использовании становится возможным удаление всех патологически измененных тканей, что соответствует принципам онкологического радикализма. Ножевая конизация позволяет полностью удалить патологическую часть эктоцервикса и не менее 2/3 слизистой эндоцервикса.

Необходимо помнить, что у больных с тяжелой формой дисплазии неудачи лечения могут быть обусловлены неполным объемом иссечения патологических тканей. На это обязан обратить внимание гистолог, который в своем заключении должен указать отдаленность поражения от места иссечения препарата.

Неудачи лечения наблюдаются при тяжелой степени дисплазии, когда стык между многослойным плоским эпителием эктоцервикса и цилиндрическим эпителием эндоцервикса располагается выше доступного для деструкции места. В таких случаях деструктивные методы лечения оказываются неэффективными, поскольку не достигают места поражения, где на стыке этих эпителиев происходит малигнизация.

В настоящее время наряду с широко применяемым электрохирургическим и хирургическим лечением эпителиальных дисплазий в клинической практике положительно себя зарекомендовали методы криодеструкции и лазеротерапии.

Метод криотерапии заключается в разрушении пораженных тканей шейки матки с помощью жидкого газа (азот, закись азота и др.). Метод применим в амбулаторных условиях, и этим он экономически выгоден. Полная эпителизация шейки матки завершается к 9–10 неделям. Использование протеолитических ферментов снижает эти сроки до 5–6 недель. Назначая криотерапию, важно принимать во внимание тот факт, что глубина крионекроза при этом виде лечения не превышает половины длины шейки матки, что ограничивает его применение в случаях поражения цервикального канала. Кроме того, важным недостатком данного метода является отсутствие возможности проведения морфологического исследования. Поэтому криотерапия противопоказана при подозрении о наличии начальной стадии РШМ.

При лазеротерапии чаще всего применяются аппараты, генерирующие лазерный луч на основе углекислого газа. Использование лазерного луча для лечения эпителиальных дисплазий может быть осуществлено либо в виде «выпаривания» пораженных тканей шейки матки, либо иссечения или ампутации шейки лазерным «скальпелем». Наиболее оптимальным является иссечение шейки лазерным лучом с последующим его воздействием на слизистую цервикального канала в режиме «выпаривания», что особенно важно при эндоцервикальной локализации дисплазии. Лазерный луч обладает свойствами абластичности, асептичности и создает хороший гемостаз. Полная эпителизация шейки матки завершается к 28–30-му дню.

Тактика пассивного наблюдения за больными с умеренной и особенно с тяжелой степенью дисплазии является недопустимой. Подчеркиваем, что методом лечения больных с умеренной и выраженной дисплазией, расположенной на влагалищной части шейки матки, может быть диатермо-, крио- или лазерная деструкция. Если же патологический процесс не ограничен зоной трансформации, а переходит на эндоцервикс, то любые методы физической деструкции не вполне адекватны, и в таких случаях рациональна ножевая конизация. Эффективность ее заключается как в возможности полного удаления патологически измененных тканей шейки матки в пределах здоровых участков, что соответствует принципам онкологического радикализма, так и в доступности гистологического исследования удаленного препарата с приготовлением серийно-ступенчатых срезов.

Особую сложность в лечении эпителиальных дисплазий, как указывалось выше, представляют ее формы, развившиеся на фоне папилломовирусной инфекции. В подобной ситуации лечение даже в объеме тотальной гистерэктомии оказывается недостаточно эффективным и чревато риском рецидивирования процесса в культе влагалища с последующей трансформацией в рак. Поэтому в качестве основного лечебного компонента при дисплазии, в патогенезе которой лежит папилломовирусная инфекция, на первом этапе должна быть противовирусная терапия, согласованная со специалистом. Она может включать, помимо указанных препаратов, виролекс (по 200 мг 5 раз в день, 5–10 дней), ремантадин по схеме, интерферон альфа (по 3 мл внутримышечно 4 раза в сутки). Местно следует использовать влагалищные свечи бетадина, крема виролекса, 3% оксоменовой мази. Антивирусное лечение должно сочетаться с иммуномодулирующими средствами типа иммуноглобулина, тималина, витаминов В₁, В₁₂, вводимых парентерально. Из цитостатических средств показано применение влагалищных аппликаций на пораженный участок из 5% 5-фторурациловой или 30% проспидиновой мази.

ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ ЖЕНЩИН, СТРАДАЮЩИХ ЭПИТЕЛИАЛЬНЫМИ ДИСПЛАЗИЯМИ ШЕЙКИ МАТКИ

Лечение эпителиальных дисплазий и последующее диспансерное наблюдение за женщинами, страдающими данной патологией, осуществляют акушеры-гинекологи общей лечебной сети.

За больными с дисплазией после проведенного лечения необходим регулярный кольпоскопический и цитологический контроль. Первый осмотр проводят через 1 мес. после завершения лечения, второй — через 3 мес. Далее контрольные осмотры осуществляют с учетом степени выраженности патологического процесса: при дисплазии I степени осматривают один раз в 6 мес., при II — один раз в 3 мес. на первом году и один раз в 6 мес. на втором и третьем. У больных с дисплазией III степени на первом и втором году осмотры осуществляются один раз в 3 мес., на третьем — один раз в 6 мес.

Снятие с учета больных с дисплазией шейки матки I–II степени допустимо при условии отрицательных кольпоскопических и цитологических данных через 2 года после лечения. Перед снятием с диспансерного учета пациенток с дисплазией III степени при наличии у них признаков полной излеченности процесса необходимо произвести контрольную расширенную кольпоскопию, цитологическое исследование мазков из влагалищной и цервикальной частей шейки матки, выскабливание цервикального канала и слизистой эндометрия с последующим морфологическим исследованием биоптата. При этом важно призвать каждую больную следить за своим здоровьем и рекомендовать в дальнейшем посещение гинеколога не менее двух раз в год даже при полном благополучии. Выявление признаков дисплазии (кольпоскопически или цитологически) после специального лечения требует консультации онколога и проведения углубленного обследования и лечения в условиях онкологического учреждения.

Адекватное лечение дисплазий позволит снизить заболеваемость РШМ.