

ЦЕРВИКАЛЬНАЯ ИНТРАЭПИТЕЛИАЛЬНАЯ НЕОПЛАЗИЯ. СОВРЕМЕННАЯ ИНТЕРПРЕТАЦИЯ КОЛЬПОСКОПИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ

Хажбиев А.А., Пыдра А.Р.

*Ставропольский государственный медицинский университет,
кафедра акушерства и гинекологии, г. Ставрополь*

Ключевые слова: CIN, неоплазия, шейка матки, кольпоскопия.

Резюме: *в статье ставятся некоторые проблемы в диагностике и лечении цервикальных интраэпителиальных неоплазий (CIN), которые являются предраковыми заболеваниями шейки матки. Рассматриваются различные виды аномалий кольпоскопических картин. А так же проведен ретроспективный анализ историй болезней с диагнозом CIN, где проследили взаимосвязь кольпоскопических и гистологических исследований.*

Resume: *in article some problems in diagnostics and treatment cervical intraepithelial neoplasias (CIN) which are precancer diseases of neck of a uterus are put. Various kinds of anomalies colposcopic patterns are considered. And as the retrospective analysis of stories of illnesses with diagnosis CIN where have tracked interrelation colposcopic and histological researches is carried out.*

Актуальность. Среди злокачественных новообразований рак шейки матки (РШМ) занимает второе место в структуре онкологической заболеваемости у женщин и первое место среди причин женской смертности от рака в развивающихся странах [1].

Рис. 1 – Морфологическая классификация изменения цервикального эпителия (ВОЗ, ВЕТНЕСДА, 2001)

Заподозрить CIN позволяет цитологическое исследование, обеспечивающее возможность ранней диагностики предраковых состояний рака шейки матки и позволяющее оценить в динамике эффективность проводимой терапии. Точность цитологического теста вариабельна и зависит от многих факторов, таких как методика приготовления мазков, техника приготовления мазков, квалификация лаборанта.

Все большее применение в клинической практике находит жидкостная цитология — новая технология приготовления цервикальных образцов.

Преимуществом данного метода является уменьшение количества артефактов, связанных с высушиванием образцов, возможность избежать загрязнения проб эритроцитами, воспалительным экссудатом, что обеспечивает высокое качество препаратов.

чень важным является обнаружение в мазке как плоских, так и эндоцервикальных и метапластических клеток, это подтверждает, что была захвачена зона трансформации, являющаяся зоной максимального риска развития РШМ.

Кольпоскопия является одним из ведущих методов обследования больных с патологией шейки матки. В настоящее время для интерпретации кольпоскопических картин используется Международная классификация кольпоскопических терминов, одобренная на 14 Всемирном конгрессе Международной федерации по кольпоскопии и цервикальной патологии (IFCPC), состоявшемся в июле 2011 года в Рио-де-Жанейро. Одним из важнейших критериев информативности кольпоскопического исследования является возможность визуализации зоны стыка эпителия [4].

В новой номенклатуре зона трансформации (ЗТ) делится на 3 типа (рис. 2):

1. ЗТ I типа визуализируется полностью;
2. ЗТ II типа визуализируется не полностью, имеет эндоцервикальный компонент;
3. ЗТ III типа полностью не визуализируется.

Ключевая задача кольпоскопии заключается в оценке состояния эпителия, локализованного в ЗТ.

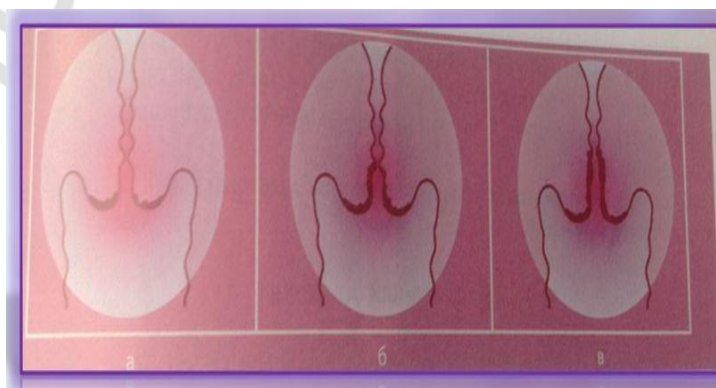


Рис. 2 – Зона трансформации

Результаты и их обсуждение: В ходе нашей работы был проведен ретроспективный анализ историй болезней с диагнозом CIN (n=54) и проследили взаимо-

связь кольпоскопических и гистологических исследований (диаграмма 3). Все больные в зависимости от возраста разделены на 3 группы: I группа (n=8) – от 18 до 25 лет, II группа (n=23) – от 25 до 45 лет, III группа (n=23) – от 45 лет и старше.

По результатам биопсии получили следующее распределение: в I группе не было женщин с диагнозом CINIII, 2 женщины с CINII (11,7%) и 6 женщин с CINI (19,3%); Во II группе диагноз CINI поставлен 15 женщинам (48,4%), CINII – у 6 (35,3%), CINIII у 2 женщин (33,3%); В III группе- 10 женщин с CINI (32,3%), 9 женщин с CINII (53%), 4 женщины с диагнозом CINIII (66,7%) (диаграмма1).

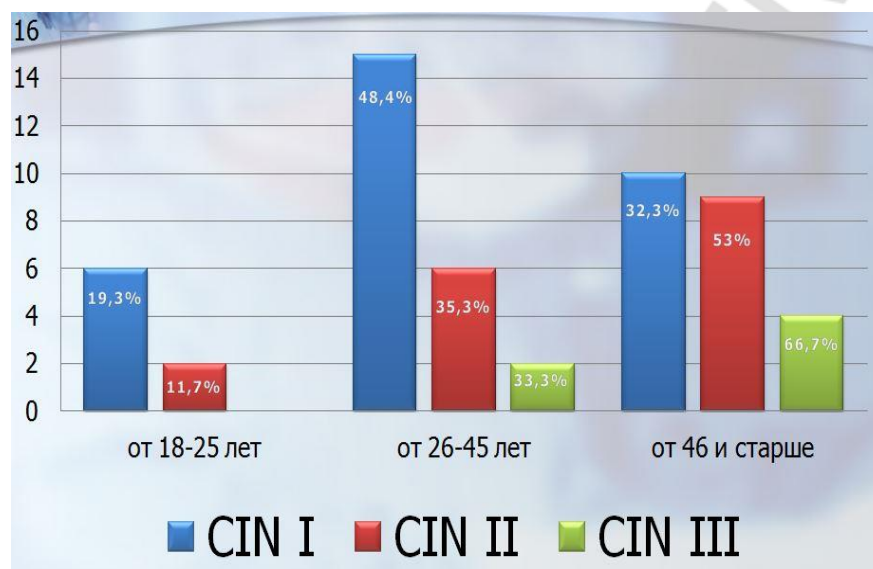


Диаграмма 1 – Распределение по результатам биопсии

Наиболее специфичными кольпоскопическими признаками являются ацетобелый эпителий (прогностическая ценность – 91,7%), йодопозитивная мозаика и пунктуация (77,8%), атипическая зона трансформации (77,4%) (диаграмма 2).

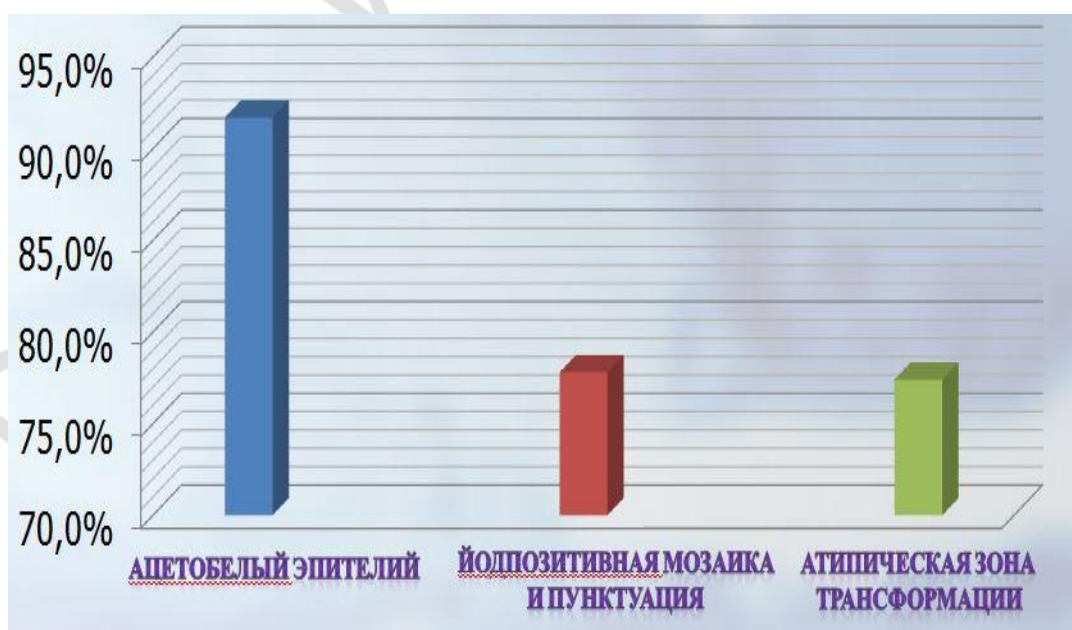


Диаграмма 2 – Распределение по результатам кольпоскопии

Алгоритм ведения пациенток после гистологического диагноза, при плоскоклеточных интраэпителиальных поражениях низкой степени тяжести (LSIL):

В данном случае возможны два подхода: наблюдение и активное лечение.

Наблюдение – оптимальная тактика ведения молодых и/или планирующих беременность женщин. У них следует брать цервикальный мазок и проводить кольпоскопию каждые 6 мес до тех пор, пока не будут получены доказательства того, что изменения исчезли или прогрессируют. Сегодня предлагают лечение после 18-24 мес, если нет регрессии [4].

Решение об активном лечении следует принимать в отношении каждого пациента индивидуально.

Активное лечение LSIL показано: при больших пораженных участках ШМ; при длительной персистенции поражения; женщинам 35 лет и старше; пациенткам, не имеющим возможность проходить регулярные контрольные осмотры; при неудовлетворительной кольпоскопии (эксцизионный метод - криодеструкция).

Алгоритм при плоскоклеточных интраэпителиальных поражениях высокой степени тяжести (HSIL):

Наблюдение неприемлемо! Лечение – эксцизионное или деструктивное. Эксцизионная терапия наиболее эффективна; кроме того, она позволяет взять фрагмент измененной ткани для гистологического исследования. Лечение с помощью электроэксцизии рекомендуют при крупных участках поражения типа CINII и CINIII. Деструктивный метод используют при небольшой площади поражения типа CINII [3].

Гистерэктомию в лечении поражений высокой степени к приоритетным направлениям не относят. Эту операцию проводят только при: CIN сопутствуют проблемы с репродуктивным здоровьем, миома, опухоли таза, нерегулярные кровотечения и если нет сомнения в наличии инвазивного заболевания после цитологического и кольпоскопического исследования.

Но имеются и исключения, у женщин моложе 25 лет с CINII оптимальной тактикой ведения считают наблюдение, поскольку вероятность спонтанного регресса атипических клеточных изменений у этой группы пациенток высока.

Выводы: Несмотря на очевидные успехи в диагностике и лечении CIN проблема далека от разрешения, поскольку частота перехода дисплазии в преинвазивную карциному колеблется от 40 до 64%. Это связано с отсутствием единых подходов в диагностике, отсутствием разработанных унифицированных алгоритмов лечения.

Литература

1. Альвианская Н.Е. Клинико-анатомические основы оптимизации терапии цервикальной интраэпителиальной неоплазии 1 и 2 степени / Автореф. дис. канд. мед. наук: 14.00.01. — Челябинск, 2005.
2. Байрамова Г.Р. Тактика ведения пациенток с хроническим рецидивирующим вульвовагинальным кандидозом и патологией шейки матки // Патология шейки матки. Генитальные инфекции. — 2005. № 1.
3. Кицина В.У. Комплексное лечение патологии шейки матки, обусловленной ВОТ, с применением CO₂-лазерной вапоризации, и комплекса* эндогенных цитокинов // Вестник Российской Ассоциации акушеров и гинекологов. — 1999; — Т.2.

4. Роговская С.И., Липова Е.В. Шейка матки, влагалища, вульва. Физиология, патология, кольпоскопия, эстетическая коррекция: руководство для практикующих врачей. – М.: Издательство журнал StatusPraesents, 2014.