

Насимова Н.О., Сафаров А. Т.,
Назарова Н.А., Насимова Г. О.,
Азимова Д.А.

СОСТОЯНИЕ ШЕЙКИ МАТКИ У БОЛЬНЫХ С МИОМОЙ МАТКИ

Кафедра акушерства и гинекологии ФУВ (зав. - доц. Сафаров А.Т.)
СамМИ (ректор - проф. Шамсиев А.М.)

Шейка матки образуется на 12-16-й неделе внутриутробного развития путем слияния мюллеровых каналов. В месте прикрепления влагалищных сводов шейка матки делится на надвлагалищную и влагалищную части. Шейка матки состоит из мышечной, фиброзной и эластической ткани. Мышечная ткань представлена, в основном, циркулярно расположенными мышечными волокнами с прослойками эластических и коллагеновых волокон соединительной ткани. Соединительная ткань является основным компонентом. Функциональная активность тканей шейки матки обеспечивается двойной симпатической и парасимпатической иннервацией. Влагалищная часть шейки матки (экзоцервикс) покрыта неороговевающим многослойным плоским (сквамозным) эпителием, толщиной 150-200 мкм. Многослойный плоский эпителий (МПЭ) у женщин репродуктивного возраста подвергается постоянным изменениям путем пролиферации - созревания - десквамации и полностью замещается новой популяцией клеток каждые 4 — 5 дней. В постменопаузе МПЭ атрофичен. В МПЭ различают 4 слоя клеток: 1) базальный, 2)парабазальный. 3) промежуточный и 4) поверхностный [Хэтч, К., 2002; Хэкер, Н., 2002].

Эндоцервикс (слизистая оболочка цервикального канала) состоит из одного ряда муцин секретирующего цилиндрического эпителия (ЦЭ), расположенного на поверхности и в подлежащих железистых структурах - цервикальных железах. Эпителий канала шейки матки образует многочисленные складки и ворсинки. Клетки ЦЭ имеют базальнорасположенное ядро округлой формы и высокую цитоплазму, заполненную каплями муцина. ЦЭ выполняет секреторную и барьерную функции, качество и физико-химические свойства вырабатываемого слизистого секрета зависят от фазы менструального цикла. Под воздействием эстрогенов резервные клетки дифференцируются в МПЭ, а под воздействием прогестерона и андрогенов — в ЦЭ. Наружный зев — область стыка МПЭ и ЦЭ. Место перехода ЦЭ в МПЭ называется переходной зоной, положение которой меняется в течение жизни женщины. У новорожденной она находится на влагалищной части шейки матки, с возрастом происходит плоскоклеточная метаплазия эпителия (превращение ЦЭ в МПЭ) и смещение переходной зоны к наружному маточному зеву. Участок, на котором произошла метаплазия, называется зоной превращения (трансформации). Зона превращения ограничена исходной (имеется у новорожденных) и активной (соответствует границе между МПЭ и ЦЭ на момент исследования) переходными зонами [Хэтч, К., 2002; Хэкер, Н., 2002]. Метапластический эпителий развивается из стволовых клеток ЦЭ, процесс метаплазии начинается с верхушек ворсинок.

При нарушении процесса метаплазии в глубине складок остается ЦЭ, секретирующий слизь. Если складка перекрывается метапластическим эпителием полностью, образуется наботова железа, при неполном перекрытии образуется открытый проток железы. Таким образом, исходная переходная зона ориентировочно соответствует границе участка МПЭ, на котором имеются открытые протоки желез и наботовы железы. У женщин, находящихся в репродуктивном периоде, граница эпителиев в норме хорошо видна, а с возрастом эта граница перемещается в цервикальный канал. Область перехода между ЦЭ и МПЭ у нерожавших женщин чаще совпадает с областью наружного зева, но может располагаться и на влагалищной части шейки матки. При смещении межэпителиальной границы книзу возникает эндоцервикальная эктопия, представляющая собой нормальное физиологическое явление для женщин детородного возраста [Минкина Т.Н. и др., 2001; Бауэр Г., 2002].

Зона трансформации является местом наиболее частой локализации неоплазии и рака [Бохман, Я.В., 2002; Бауэр, Г., 2002]. Интересен тот факт, что передняя губа шейки матки поражается в 2 раза чаще задней. Кроме того, отмечена редкость локализации участков неоплазии на 3 и 9 часах условного циферблата [Хэтч, К., 2002; Хэкер, Н., 2002]. Цервикальная интраэпителиальная неоплазия в большинстве случаев находится в пределах зоны превращения и имеет четкую наружную границу.

Диагностика и лечение заболеваний шейки матки относятся к актуальным проблемам современного акушерства и гинекологии, что обусловлено высокой частотой патологии шейки матки и, прежде всего, реальной возможностью профилактики рака шейки матки. В последние годы получены новые данные, касающиеся структуры заболеваний шейки

матки, значения инфекционных и иммунологических факторов в патогенезе поражений экзо- и эндоцервикса, роли заболеваний, передаваемых половым путем, в возникновении цервикальной патологии. Это способствовало совершенствованию методов профилактики, диагностики и лечения патологии шейки матки, разработке кольпоскопических и других критериев диагностики, внедрению новейших методов лечения в практику здравоохранения.

Как известно, лечение заболеваний, в том числе патологии шейки матки, тесно связано с представлениями об их этиологии и патогенезе. Вместе с тем, в настоящее время единое мнение о причинах возникновения фоновых заболеваний и предраковых поражений шейки матки отсутствует. Многочисленные приводимые в литературе данные свидетельствуют о полиэтиологичности патологических процессов экзо- и эндоцервикса. Наиболее часто в клинической практике встречается эктопия, которая выявляется у 25% молодых женщин до 25 лет (Ваганова И.Г., 2000; В.Н. Прилепская, Рудакова Е.Б., 1996). По последним данным эктопия относится к физиологическим состояниям. На фоне эктопии и сопутствующей воспалительной реакции могут возникнуть патологические изменения в цервикальном эпителии, которые требуют проведения лечения [Бохман, Я.В., 2002; Хмельницкий, О.К., 2000; Wright, T.C. et al., 1994]. Эктопия у 72% больных сочетается с воспалительными процессами влагалища различной этиологии. При наличии врожденной эктопии у молодой нерожавшей пациентки лечение не показано. При нарушениях менструального цикла нерожавшим пациенткам с неосложненной эктопией в молодом возрасте ранее рекомендовали трехфазные оральные контрацептивы, например «три — регол», который по данным Н.И. Кондрикова, Н.М. Назаровой (2000), является одним из факторов, способствующих замещению цилиндрического эпителия многослойным плоским. В структуре патологии шейки матки выделяют: Лейкоплакия — патология шейки матки, которую нередко рассматривают в связи с возникновением дисплазии и атипической трансформацией многослойного плоского эпителия шейки матки. Частота ее в популяции составляет 1,1%, в структуре заболеваний шейки матки - 5,2% [Рудакова, Е.Б., 1996]. Лейкоплакия шейки матки относится к дискератозам и клинически проявляется как белое пятно с четкими границами.

Цервикальная интраэпителиальная неоплазия (дисплазия шейки матки) - это патологический процесс, начинающийся в переходном

'Doctor axfiorotnomasi, Samarqan метапластическом эпителии, который выражается в появлении атипичных клеток на фоне повышенной пролиферации базальных и пара- базальных клеток. Различают дисплазию лёгкой, средней и тяжёлой степени. Дисплазию в современной литературе рассматривают как поражение эпителия шейки матки с разной степенью выраженности и используют термины CIN I, CIN II и CIN III степени, или «плоскоклеточные

интраэпителиальные поражения» SLL низкой и высокой степени выраженности (по классификации Бетеста). Тяжелую дисплазию и преинвазивную карциному рассматривают как единое изменение цервикального эпителия. При профилактических осмотрах шейки матки дисплазия выявляется в 0,2 — 2,2% случаев [Роговская, СИ., 1997]. Дисплазия лёгкой степени нередко выявляется при воспалении шейки матки и подвергается обратному развитию.

Хронические экзоцервициты и эндоцервициты. Острый и хронический воспалительный процесс. Для лечения патологии шейки матки применяются различные методы: медикаментозные (противовоспалительная, гормональная и др. терапии), деструктивные (при наличии показаний проводятся диатермокоагуляция, диатермоэксцизия, криодеструкция, лазерокоагуляция шейки матки и др.), сочетанные.

В последние годы наибольшую популярность при лечении патологии шейки матки приобрело лазерное излучение. Показаниями к применению (углекислотного) СОг - лазера [Зуев В.М., 1988] являются: эктропион; посткоагуляционный синдром; лейкоплакия шейки матки и влагалища; дисплазия шейки матки I- II степеней; остроконечные папилломы шейки матки; ретенционные кисты шейки матки и влагалища; рубцовые деформации шейки матки и влагалища; атрезия, стеноз цервикального канала; эндометриоз шейки матки.

Таким образом, в современной литературе до сих пор нет сведений о частоте заболеваний шейки матки у больных с миомой, а так же о влиянии миомы матки на состояние шейки матки, о сочетании миомы матки с патологией шейки матки. Многочисленные исследования касаются в основном отдельных аспектов патологии шейки матки у больных с миомой матки. Не изучены отдаленные результаты субтотальной гистерэктомии с точки зрения развития патологических процессов культи шейки матки, что во многом может определить тактику хирургического лечения. Отсутствуют данные о структуре патологии шейки матки при миоме матки и тактике ведения больных с различной патологией.

Литература

1. Базанов. П. А. Миома матки и нарушение репродуктивной функции Текст. / П.А. Базанов, Н.И. Волков // Проблемы репродукции 2002.-Т.8, №4.-С. 16-18.
2. Бауэр, Г. Цветной атлас по кольпоскопии Текст.: Г.Бахэр: пер. с нем./ Под ред. Роговской С.И., М ГЭОТАР-МЕД 2002. - 288с. -Библ, с.258-287. ISBN 5-9231-0192-0..
3. Бохман, Я.В. Руководство по онкогинекологии Текст. / Я.В. Бохман. СПб.: Фолиант, 2002. - 435 с. - Библиогр • с 433- 476.
4. Ваганова, И.Г. Хронический экзоцервицит: морфогенез, клиника, принципы терапии Текст.: автореф. дис. . канд. мед. наук: 14.00.01/ Ваганова Ирина Геннадьевна; [Омская гос. мед. акад.]. Омск, 2000. - 36 с. - Библиогр.: с.34-36.
5. Вихляева Е.М. Руководство по диагностике и лечению лейомиомы матки. М.: МЕДпресс-информ, 2004.
6. Каухова Е.Н. Радиохирургическое лечение фоновых заболеваний шейки матки Текст. / Е.Н. Каухова, Л.Н. Богинская, Ю.А. Голова//Акуш. пробл. акуш. м гинекол. -2002,- Т.1, №1.- С.65.
7. Кононов А.В. Очерки клинической патологии шейки матки Текст. / А.В. Кононов, И.Г. Ваганова. Омск. - 2000. - 224 с.
8. Костава М.Н. Лечение заболеваний шейки матки, обусловленных или сочетающихся с воспалительными процессами нижнего отдела генитального тракта Текст. / М.Н. Костава // Гинекология. 2000. - Т. 2, №3. - С. 89-91.
9. Кропанева В.В. Некоторые особенности клинического течения и лечения дисплазии шейки матки в зависимости от возраста Текст. / В.В. Кропанева, Д.Ф. Костючек, С.Л. Максимов // Журнал акуш. и женск. болезней . 2001.- №1.-С.47- 49.
10. Кулаков В.И. Миомэктомия и беременность Текст./ В.И.Кулаков, С.Г. Шмаков. М.: МЕДпресс-информ, 2001. -344 с.
11. Кустаров В.Н. Миома матки Текст. / В.Н. Кустаров, В.А. Линде, Н.В. Анапезова. СПб.: МАЛО, 2001. - 32 с.
12. Кустаров В.Н. Патология шейки матки Текст. / В.Н Кустаров, В.А. Линде. Спб.: Гиппократ, 2002.
13. Ландеховский Ю.Д. Отраслевой стандарт (протокол) ведения больных миомой матки Текст. / Ю.Д. Ландеховский, И.Е. Фадеев // Акушерство и гинекология. 2002,- №5,- С.39-42.
14. Легкое В.А. Радиохирургическое лечение доброкачественных заболеваний шейки матки Текст. / В.А. Легков,- М.: Го- этар-мед, 2002.-138с.
15. Манухин, И.Б. Проллиферативная активность при плоскоклеточных поражениях шейки матки Текст. / И.Б. Манухин, Т.Н. Минкина // Журнал акушер, и женских болезней.- 2001.- №1.- С. 34-36.
16. Baggish, M.S. Carbon dioxide laser treatment for condylomata venereal infection Text., M.S. Baggish // J. Obstet. Gynecol. - 2000. Vol. 55.-№ 6.-P. 711-715.
17. Balas, C. A novel optical imaging method for the early detection, quantitative grading, and mapping of cancerous and precancerous lesions of cervix Text. / C. Balas// IEEE Trans Biomed. Eng. 2001, Jan. - Vol. 48 (Suppl. 1). - p. 96-104.
18. Barbieri, R.L. Uterine leiomyomas: the somatic mutation theory. Text. / R.L. Barbieri, J. Andersen // Seminars in reproductive endocrinology. New York. Thyme Medical Publishers. - Nov., 2002. - V. 10. - № 4. - P. 301-309.
19. Bedaiwy, M.A. Recurrent osseous metaplasia of the cervix after loop electrosurgical excision Text. / M.A. Bedaiwy, J.M. Goldberg, C.V. Biscotti // Obstet. Gynecol. 2001. - Nov. - Vol. 98 (Suppl 2). - P. 968-970.
20. Bimer, P. Hybrid capture based human papillomavirus typing in cervical screening compared to cytology and histology Text. / M. Bimer, M. Schindl, J. Stani // Wien. Klin. Wochenschr. 2000. -Vol. 112, No. 17. - P. 761-766. '
21. Bosch, F.X. Prevalence of human papillomavirus in cervical cancer: a worldwide perspective Text. / Bosch F.X., Munoz N., M.M. Manos // J. Natl. Cancer Inst. 2005. - Vol. 87, №1 1.-P. 796802.
22. Broders, A. C. Carcinoma in situ contrasted with benign penetrating epithelium Text. / A.C. Broders // JAMA. 2002. -Vol. 99. - P. 1670-1674.
23. Burroughs, K.D. Overcoming unsatisfactory colposcopy Text. / K.D. Burroughs, K. Kiguchi, R.J. Fuchs -Young // J. Reprod. Med. 2001. - Jul. V. 138. №> 7. P. 3056-3064.
24. Cabrera, J. Uterine leiomyoma Text. / J. Cabrera// J. Clin. Obstet. Gynecol. 2004. - №9. - P.39-43.
25. Carlucci, M. The Pap test in HIV-positive women Text. / M. Carlucci, A. Cimmino. M.G. Fiore // J. Pathologica. - 2001, Dec. - Vol. 93 (Suppl. 6). -P. 651-653.
26. Chan, R.A. A comparative study of cervical cytology, colposcopy and PCR for HPV in female sex workers Text. / R.A. Chan [et al] //Int. J. STD.AIDS. 2001 - V. 48 P. 193-216.
27. Compel, A. Polymerase chain reaction based methods for the detection of human papillomavirus DNA Text. / A. Compel, P.E. Gravitt, M.M. Manos. // IARC Sci. Publ. - 2002. — P. 121-133.
28. Coupe, F. Colposcopie des viroses du col Text. /F. Coupe// J. Gynecologic. 2003. -Vol. 34. -№3.- P. 177-178.
29. Dalgic, H. Laser therapy in chronic cervicitis Text. / H. Dalgic, N.K. Kusu //J. Arch. Gynecol. Obstet. 2001. - Vol. 265(1. Suppl). 2). P. 64-66.
30. Davies, P. Current methods of testing for human papillomavirus Text. / P. Davies, J. Kornegay, T. Iftner // Best Pract. Res. Clin. Obstet. Gynaecol. 2001. - V. 15 - No. 5. -P. 677-700.
31. Eschenbach D.A. Vaginitis section of Pelvic infections and sexually transmitted diseases Text. / D.A. Eschenbach // J. Danforth's Obstetrics and Gynecology. 2003 - 9th ed. - p. 585-589.
32. Gravitt, P.E. Polymerase chain reaction based methods for the detection of human papillomavirus DNA Text. / P.E. Gravitt, M.M. Manos // IARC Sci. Publ. - 2002. - P. 121-133.
33. Hordnes, K. What is the purpose of mucosal antibodies? Text. / K. Hordnes //Arc. An. Cytol. Pathology. 2001. - V. 39. - № 3. - P. 94-102.
34. Karachi, O. Tumor Necrosis Factor- Expression in Human Uterine Leiomyoma and Its Down-Regulation by Progesterone Text. / O. Karachi, M. Hiroya, S. Takashi // J. Clin. Endocrinol. Metab. 2001. - V.86 - P. 2275 - 2280.
35. Laconi, S. Simultaneous detection and typing of human papillomavirus in cervical biopsies using PCR-reverse hybridization Text. / S. Laconi, M. Greco, G. Milia // J. Pathologica. 2000, Dec. - Vol. 92 (Suppl. 6). -P. 524-529.
36. Lin, P.C. Human Cervix Contains Functional Luteinizing Hormone /Human Chorionic Gonadotropin Receptors Text. / P.C. Lin, X. Li, Z. M. Lei// J. Clin. Endocrinol. Metab. 2003 - V.88 -P. 3409 - 3414.
37. Lunde, S.J. Abnormal cervicovaginal smears due to endometriosis: a continuing problem Text. / S.J. Lunde, C.A. Horwitz, C.J. Larson, M.W. Stanley // J. Diagn. Cytopathol. 2002. -Vol. 26 (Suppl. 1). - P. 35-40.