

ДИАГНОСТИКА ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ШЕЙКИ МАТКИ

Проф. Р. Я. АБДУЛЛАЕВ¹, А. Х. СИБИХАНКУЛОВ²

¹ Харьковская медицинская академия последипломного образования,

² Стахановский рудильный дом, Луганская обл.

Представлены литературные данные о различных методах диагностики заболеваний, которые являются фоновыми для рака шейки матки. Показаны преимущества и недостатки кольпоскопии и трансвагинальной эхографии при исследовании эндоцервикса и эктоцервикса.

Ключевые слова: шейка матки, гиперплазия, эрозия, кольпоскопия, эхография.

К доброкачественным фоновым заболеваниям шейки матки относят гиперплазию и полипы эндоцервикса, дисплазию, лейкоплакию, эритроплакию, эрозию, хронический эндоцервицит [1]. Различают железистую, железисто-кистозную, микрожелезистую, атипическую и аденоматозную гиперплазию цервикса. Каких-либо специфических клинических проявлений гиперпластических процессов эндоцервикса не имеется. Цервикоскопия является основным инструментальным методом диагностики гиперплазии эндоцервикса, которая должна подтвердиться гистологически. Железистая гиперплазия эндоскопически выявляется утолщением складок слизистой оболочки, усилением сосудистого рисунка, избытком слизи в цервикальном канале. Гистологически атипическая гиперплазия проявляется наличием гиперхромных и полиморфных ядер железистого эпителия очагового характера без инфильтративного роста железистого эпителия, низкой митотической активностью. Для аденоматозной гиперплазии характерны микрополиповидные разрастания без признаков пролиферации [2].

До недавнего времени шейка матки оставалась «недооцененной» врачами УЗИ. Последние исследования в этой области, проведенные с помощью высокочастотной цифровой трансвагинальной эхографии (ТВ ЭхоГ) и доплерографии, позволили существенным образом пересмотреть возможности ультразвуковой диагностики состояния шейки матки [3, 4]. При ТВ ЭхоГ гиперплазия эндоцервикса проявляется увеличением его толщины в пределах 8–12 мм, средней эхогенностью, однородной структурой или же наличием мелких кист, умеренной васкуляризацией [3].

Полипы, являясь распространенным доброкачественным гиперпластическим процессом шейки матки, наиболее часто наблюдаются у женщин старше 40 лет без характерных клинических проявлений. Жалобы в большинстве случаев обусловлены наличием сопутствующих заболеваний — хронического эндоцервицита, эрозии (псевдоэрозии), эндоцервикоза. Частыми симптомами являются сукровичные выделения, болевой синдром, нарушения менструальной функции.

Полипы могут развиваться в области наружного зева, в средней или же несколько реже — в верхней части цервикального канала. Располагаясь в средней и верхней части эндоцервикса, иногда их ножки достигают уровня наружного зева. С учетом соотношения железистого и фиброзного компонентов различают железистые, железисто-фиброзные и аденоматозные полипы, которые могут иметь мягкую или плотную консистенцию, гладкую или неровную поверхность. Аденоматозные полипы характеризуются обилием желез, примыкающих друг к другу, без тенденций к малигнизации. При эндоскопии цвет покровов может выглядеть бледно-розовым, белесоватым, а при кровоизлиянии и воспалении — красным или багровым.

Полипы могут быть находками гистологического исследования слизистой оболочки, полученной в результате диагностического выскабливания цервикального канала, а также легко обнаруживаются при простом осмотре шейки матки, кольпоскопии и цервикоскопии. При УЗИ полипы эндоцервикса выглядят как овальные гиперэхогенные образования (размерами 3–8 мм), дилатирующие цервикальный канал (рис. 1). По мнению Е. М. Куковенко и С. А. Саркисова [5]



Рис. 1. Трансвагинальная эхограмма полипа шейки матки (стрелка)

лучше визуализируются полипы диаметром более 5 мм, расположенные в средней и верхней трети цервикального канала, с повышением экзогенности. Иногда длинная ножка полипа придает трехлинейность структуре эндоцервикса. Полипы, расположенные в нижней трети цервикального канала, визуализируются в 30 % случаев [3].

Среди фоновых заболеваний шейки матки ведущее место занимают дисплазии. Этот морфологический термин характеризует изменения эпителия шейки матки и влагалища различного генеза и внесен в Международную гистологическую классификацию опухолей женских половых органов. Основу дисплазии составляют процессы пролиферации и структурные перестройки базальных и парабазальных клеток плоского многослойного эпителия. В зависимости от степени интенсивности пролиферации, наличия атипии и локализации процесса в разных слоях эпителия различают легкую, умеренную и тяжелую дисплазию. Легкая дисплазия характеризуется слабыми нарушениями дифференцировки эпителиальных клеток, умеренной пролиферацией базального слоя, сохранением обычной структуры базальных клеток и полярности их расположения. При тяжелой дисплазии нарушается полярность расположения клеток, увеличиваются ядра, в них накапливается хроматин. Некоторые исследователи тяжелую дисплазию относят к предраковым процессам и находят связь между локализацией процесса и возрастом женщин. По их мнению, у молодых она развивается преимущественно на влагалищной части шейки матки, а у пожилых — чаще на эндоцервиксе [6].

Дисплазии шейки матки также не имеют типичных клинических симптомов. Они нередко возникают на фоне псевдоэрозии, лейкоплакии, кондилом, которые способствуют развитию хронического цервицита. Поэтому успешное лечение воспаления может приводить к регрессу или же стабилизации дисплазии. Наиболее точным методом диагностики дисплазии является кольпоскопия с прицельной биопсией и последующим цитологическим исследованием эпителиальных клеток.

Возможности УЗИ в диагностике дисплазии пока не изучены. Метод позволяет выявить сопутствующие патологии шейки матки и оценить степень макроструктурных изменений в экзоцервиксе, что невозможно эндоскопически [6, 7].

Лейкоплакия характеризуется поражением кожи и слизистых оболочек нижнего отдела половых органов, утолщением и разной степенью ороговения покровного эпителия. Утолщение плоского многослойного эпителия происходит за счет герминативных элементов базального слоя, появления кератогиалинового и рогового слоев. Они развиваются не только на влагалищной части шейки матки, но и в области вульвы и слизистой оболочки влагалища. В некоторых случаях лейкоплакия может распространяться на слизистую оболочку цервикального канала на фоне плоскоклеточной

метаплазии цилиндрического эпителия. Различают плоскую и бородавчатую формы лейкоплакии. При первой форме заболевания отмечаются утолщение многослойного плоского эпителия за счет базального и зернистого слоев, пара- и гиперкератоз. При второй форме на поверхности плоского эпителия образуются бороздки, наполненные ороговевшими массами, утолщение эпителия происходит за счет пролиферации и расширения базального слоя. Эту форму лейкоплакии относят к предраковым процессам, так как преинвазивный плоскоклеточный рак развивается у 15–75 % этих больных [8].

Обычно лейкоплакии протекают бессимптомно и обнаруживаются при осмотре области малых половых губ, клитора, влагалища и шейки с помощью зеркал и кольпоскопии. При проведении диагностики особую осторожность в отношении активной пролиферации и атипии вызывают лейкоплакии с бородавчатой поверхностью. Точный диагноз устанавливается после цитологического и гистологического исследования биопсийного материала во время кольпоскопии. Биопсию выполняют с достаточно глубоким захватом подэпителиальной ткани. При этом производят эксцизию очагов лейкоплакии, если они небольшие и малочисленные. При наличии лейкоплакии на шейке матки биопсию выполняют с одновременным диагностическим выскабливанием слизистой оболочки [9].

При поиске атипичной гиперплазии шейки матки могут выявить эритроплакии, которые макроскопически определяются как темно-красные образования неправильной формы, слегка возвышающиеся над поверхностью нормальных слизистых оболочек. Они чаще бывают одиночными и имеют небольшие размеры пораженного участка с уплощением и истончением пласта многослойного плоского эпителия за счет атрофии функционального и промежуточного слоев. Обычно отсутствуют пара- и гиперкератоз, наблюдается атипичная гиперплазия базальных и парабазальных клеток. В подэпителиальной ткани располагаются лимфоидные инфильтраты и сеть расширенных полнокровных сосудов. При кольпоскопии эритроплакии имеют красный цвет, обусловленный просвечиванием сосудистой сети через атрофированный и истонченный пласт эпителиального покрова. Наличие атипичной гиперплазии базальных и парабазальных клеток является основанием для того, чтобы считать эритроплакий предопухолевым процессом. В связи с этим эритроплакий удаляют хирургическими способами — путем эксцизии, диатермокоагуляции, криотерапии, вапоризации лучом лазера [7].

Эрозия (псевдоэрозия), являясь широко распространенным гинекологическим заболеванием, примерно у 10–15 % женщин выявляется случайно при диспансеризации. В начальной стадии она характеризуется дистрофией и десквамацией плоского многослойного эпителия (изъязвление, эрозия) с последующим развитием на эрозированной

поверхности цилиндрического эпителия. Термин «эрозия» истинному значению соответствует до покрытия цилиндрическим эпителием всей поверхности дефекта плоского многослойного эпителия, после завершения этого процесса более правильным является термин «псевдоэрозия». По результатам гистологического, цитологического, гистохимического исследований различают врожденную, истинную и псевдоэрозию [2].

Известно, что в области наружного зева имеется отчетливая граница между многослойным плоским эпителием эктоцервикса и цилиндрическим эпителием эндоцервикса. Врожденная эрозия характеризуется смещением границы между указанными видами эпителия за пределы наружного зева. При этом цилиндрический эпителий покрывает небольшую зону, располагаясь вокруг наружного зева. Врожденные эрозии возникают в детском и юношеском возрастах. Они имеют округлую или неправильную форму, ярко-красный цвет, гладкую поверхность. Признаков патологической секреции из цервикального канала обычно не бывает, при кольпоскопии симптомами воспалительной реакции (гиперемия, отечность и др.) не выявляются. Врожденные эрозии обычно подвергаются обратному развитию без лечения. При сохранении их до периода половой зрелости возможно инфицирование эрозий, развитие воспалительного процесса с последующими изменениями. Изредка развиваются плоские кондиломы. Врожденные эрозии не малигнизируются [9].

Истинная эрозия шейки матки характеризуется повреждением и последующей десквамацией многослойного плоского эпителия ее влажной части. В результате десквамации образуется раневая поверхность — дефект эпителия с воспалительной реакцией. Эрозия чаще располагается вокруг наружного зева на задней (реже передней) губе шейки матки. Кольпоскопия является основным методом диагностики, при этом эрозия имеет ярко-красный цвет, неправильную, слегка округленную форму, часто кровоточит при контакте. Визуально и при микроскопическом исследовании в подэпителиальной ткани выявляются расширение сосудов, нарушения микроциркуляции, отечность, мелкоклеточные инфильтраты, наложения фибрина на эрозийной поверхности. Нередко на ней видны слизисто-гноевидные выделения, поступающие из цервикального канала вследствие хронического цервицита, который сопутствует истинным эрозиям, являясь наиболее частой причиной их возникновения. Истинная эрозия существует в течение 1–2 нед и после переходит на этап псевдоэрозии. Дефект многослойного плоского эпителия покрывается цилиндрическим эпителием за счет резервных клеток, находящихся под цилиндрическим эпителием эндоцервикса. Эти клетки обладают бипотентными свойствами, превращаясь то в цилиндрический, то в многослойный плоский эпителий. Эту стадию называют первой стадией заживления истинной эрозии.

Псевдоэрозии характеризуются выраженным развитием железистых ходов и кист и называются железистыми. Иногда на поверхности псевдоэрозии возникают папиллярные разрастания стромы, в которых часто находят воспалительные инфильтраты. Такие псевдоэрозии называют папиллярными, точнее железисто-папиллярными. Псевдоэрозия может существовать долго до устранения патологических процессов, послуживших причиной ее возникновения. В то же время псевдоэрозия сама поддерживает воспалительный процесс в шейке матки вследствие инфицирования эрозийных желез. Микроорганизмы могут длительно существовать в глубоких отделах эрозийных желез [10].

Большинство авторов считают, что регенерирующий многослойный плоский эпителий со смежных здоровых участков подрастает под цилиндрический, который подвергается дистрофии и десквамации. При этом часть эрозийных желез может остаться под многослойным плоским эпителием и превратиться в ретенционные (наботовы) кисты. Они бывают единичными или множественными, диаметром от 3–5 мм до 8–10 мм. Изредка мелкие кисты, находящиеся вблизи наружного зева, могут имитировать наличие полипа или же рака шейки матки в стадии преинвазии [11, 12]. В процессе заживления псевдоэрозий многослойный плоский эпителий может проникнуть под эрозийные железы, что приводит к полному отторжению и последующей полной регенерации нормального эпителиального покрова.

При кольпоскопии псевдоэрозии имеют неправильную форму, красную окраску. На поверхности псевдоэрозий часто наблюдаются слизисто-гноевидные, слизистые или желтоватые выделения, поступающие из цервикального канала (частично из эрозированных желез). Полное заживление псевдоэрозии характеризуется отторжением цилиндрического эпителия и эрозийных желез, полной регенерацией плоского многослойного эпителия.

Характерных клинических проявлений эрозий и псевдоэрозий не отмечают, а такие симптомы, как бели, боль, нарушения менструальной функции и др., связывают с наличием сопутствующих заболеваний (цервицит, кольпит, сальпингоофорит и др.). При кольпоскопии истинные и псевдоэрозии проявляются дефектом покровного эпителия эндоцервикса, на котором видны точечные кровоизлияния. После обработки 5%-ным раствором йода эрозия (псевдоэрозия) выглядит светло-розовой, начинающиеся зоны превращения — желтыми, атипичические процессы — белыми. При наличии прямых и косвенных признаков атипии (дисплазии) производят прицельную биопсию пораженного участка с глубоким захватом слизистой оболочки и подлежащей соединительной ткани, желательно с последующим иссечением. После биопсии края раны соединяют швом, чтобы предупредить возможность деформации шейки. Биоптат помещают в сосуд с 5–10%-ным раствором

формалина и направляют на гистологическое исследование.

Хронический эндоцервицит эндоскопически характеризуется усилением васкуляризации, увеличением размеров сосудов, появлением варикозно расширенных капилляров. Нередко в слизистой оболочке цервикального канала выявляются ретенционные кисты, имеющие вид полупрозрачных пузырьков.

Первый опыт УЗИ шейки матки по поводу эндоцервицитов принадлежит Л. Е. Шаровой и М. М. Сафроновой [13]. По данным этих авторов, в острой стадии воспаления происходит утолщение М-эхо цервикального канала от 4–5 мм до 10 мм за счет ткани эндоцервикса, снижается его эхогенность, иногда появляется небольшое количество жидкости в просвете канала шейки матки. В дальнейшем возможности ТВ ЭхоГ в диагностике эндоцервицитов нашли широкое отражение в работах М. Н. Буланова [3] и Р. Я. Абдуллаева [14, 15]. Показано, что метод при хроническом эндоцервиците почти всегда обнаруживает мелкие неправильной формы кисты и гиперэхогенные включения на границе эндо- и эктоцервикса, а также в толще последнего (рис. 2). Кроме того цветное и импульсно-волновое доплеровское исследование нередко выявляет небольшое усиление васкуляризации эндоцервикса с повышением индексов периферического сопротивления кровотока.

Таким образом, возможность получения высококачественного изображения при помощи



Рис. 2. Трансвагинальная эхограмма хронического эндоцервицита. Эндо-эктоцервикс деформирован, видны мелкие кисты неправильной формы и гиперэхогенные включения

высокочастотных трансвагинальных датчиков открывает новые перспективы для исследования области наружного зева, границы эндо- и эктоцервикса, где часто развивается рак шейки матки, а также глубоких слоев эктоцервикса, которые невозможно «видеть» эндоскопическими методами визуализации. Это же дает возможность определить глубины инвазии рака шейки матки, который долго может скрываться под воспалением, или же доброкачественные процессы эндометрия.

Литература

1. Патология влагалища и шейки матки / Под ред. В. И. Краснополянского.— М.: Медицина, 1999.— 272 с.
2. Новикова Е. Г. Диагностика предраковых заболеваний и начальных форм рака шейки матки // Заболевания шейки матки, влагалища и вульвы (Клин. лекции) / Под ред. В. Н. Прилепской.— М.: МЕДпресс, 2000.— 153 с.
3. Буланов М. Н. Ультразвуковая диагностика патологии шейки матки: дис. ... д-ра мед. наук.— М., 2004.— 215 с.
4. Озерская И. А. Эхография в гинекологии.— М.: Медика, 2005.— 283 с.
5. Куковенко Е. М., Саркисов С. Э. Возможности трансвагинального ультразвукового исследования и цервикогистероскопии в диагностике полипов цервикального канала // Ультразв. и функцион. диагностика.— 2003.— № 1.— С. 41–46.
6. Хетч К., Хекер Н. Дисплазии шейки матки, влагалища и вульвы // Гинекология по Эмилью Новаку / Под ред. Дж. Берека, И. Адаши, П. Хиллард.— М.: Практика, 2002.— С. 280–303.
7. Cervical regeneration after diathermy excision of cervical intraepithelial neoplasia as assessed by transvaginal sonography / E. Paraskevaidis, E. Bilirakis, G. Kolipoulos et al. // Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.— 2002.— Vol. 10.— P. 88–91.
8. Русакович П. С. Заболевания шейки матки.— Минск: Высшая школа, 2000.— 368 с.
9. Сметник В. П., Тумлович Л. Г. Неоперативная гинекология.— Изд. 3-е., перераб. и доп.— М.: МИА, 2003.— 560 с.
10. Байрамова Г. Р. Диагностика и лечение экзо-эндоцервицитов // Заболевания шейки матки, влагалища и вульвы (Клин. лекции) / Под ред. В. Н. Прилепской.— М.: МЕДпресс, 2000.— С. 201–212.
11. Intracervical sonographic-pathologic correlation: preliminary results / T. J. Dubinsky, S. D. Reed, V. Grieco, M. L. Richardson // J. Ultrasound Med.— 2003.— № 1.— P. 61–67.
12. Fishman E. K. US in cervical cancer // Cancer.— 2003.— Vol. 98 (Suppl. 10).— P. 2096–2098.
13. Шарова Л. Е., Сафронова М. М. Ультразвуковая диагностика эндоцервицита // Матер. 4-го съезда специалистов ультразвуковой диагностики.— М., 2003.— С. 57.
14. Ультрасонография при инфекционных заболеваниях / Р. Я. Абдуллаев, З. Н. Мытнык, А. А. Федыко, Р. В. Бубнов.— Харьков: Нове слово, 2010.— 200 с.
15. Абдуллаев Р. Я. Трансвагинальная эхография при воспалении матки и придатков.— Харьков: Нове слово, 2011.— 48 с.

ДІАГНОСТИКА ДОБРОЯКІСНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ШИЙКИ МАТКИ

Р. Я. АБДУЛЛАЄВ, А. Х. СІБІХАНКУЛОВ

Представлено літературні дані про різні методи діагностики захворювань, які є фоновими для раку шийки матки. Показано переваги і недоліки кольпоскопії та трансвагінальної ехографії при дослідженні ендоцервікса й ектоцервікса.

Ключові слова: шийка матки, гіперплазія, ерозія, кольпоскопія, ехографія.

DIAGNOSIS OF BENIGN DISEASES OF THE UTERINE CERVIX

R. Ya. ABDULLAYEV, A. H. SIBIKHANKULOV

The literature data about various methods of diagnosis of the diseases, which make a background of cervical cancer development, are presented. The advantages and disadvantages of colposcopy and transvaginal echography in investigation of endocervix and ectocervix are shown.

Key words: uterine cervix, hyperplasia, erosion, colposcopy, echography.

Поступила 23.12.2011