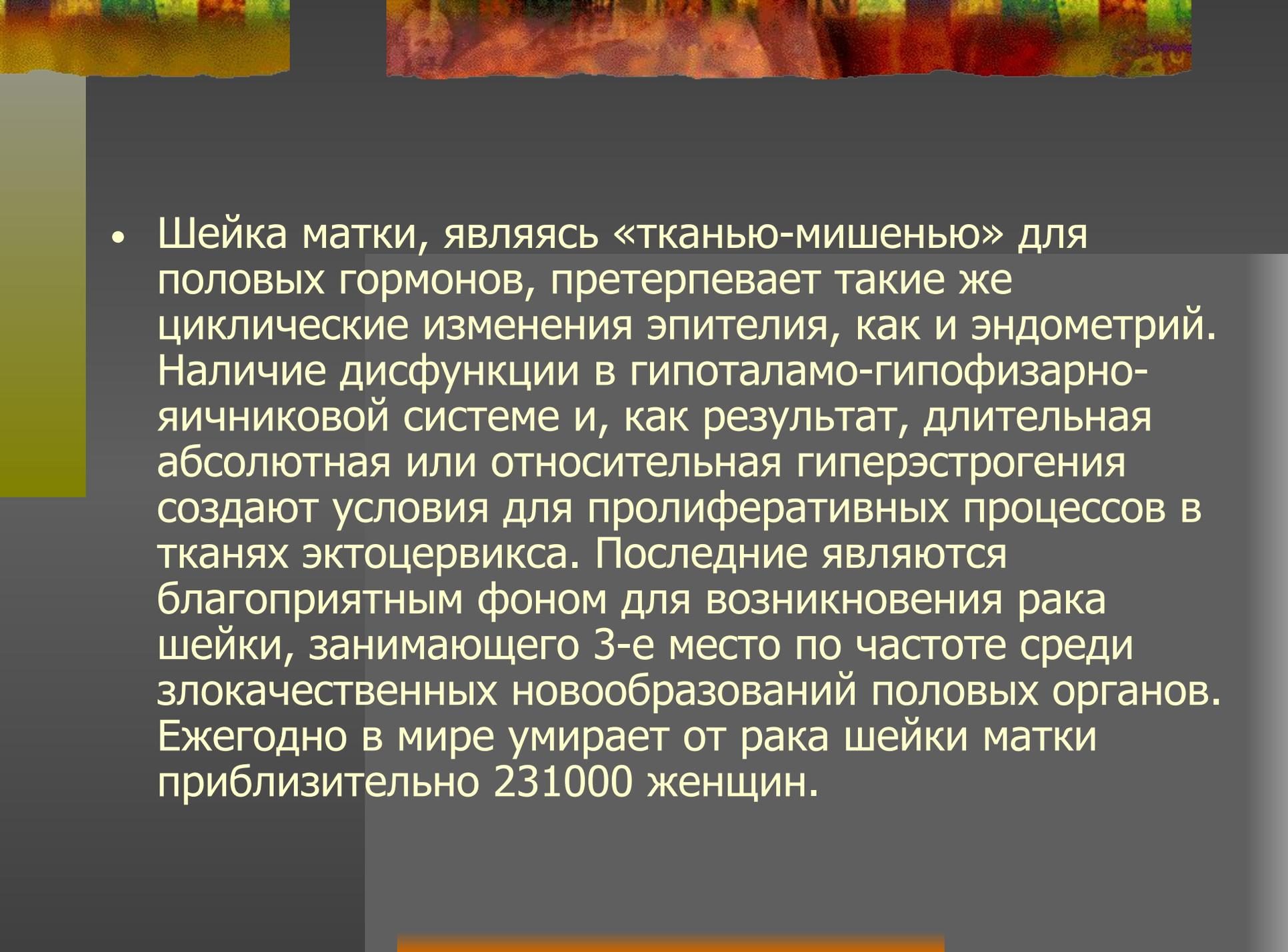
The image features a decorative background with autumn foliage in shades of orange, red, and green. A dark grey rectangular panel is overlaid on the left side, containing the main text. The text is in a bold, yellow, sans-serif font with a dark drop shadow.

# **Фоновые и предраковые заболевания шейки матки**

- 
- Доля фоновых и предраковых процессов шейки матки среди гинекологических заболеваний у женщин репродуктивного возраста достигает 45%. Актуальность проблемы обусловлена, с одной стороны, развитием ее у женщин молодого возраста, а с другой – недостаточной эффективностью существующих методов лечения. Результаты сексуальной революции, а именно раннее начало половой жизни, частая смена половых партнеров в 10 раз увеличивают риск развития этих процессов в эпителии шейки матки по сравнению с общей популяцией.

- 
- Шейка матки, являясь «тканью-мишенью» для половых гормонов, претерпевает такие же циклические изменения эпителия, как и эндометрий. Наличие дисфункции в гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системе и, как результат, длительная абсолютная или относительная гиперэстрогения создают условия для пролиферативных процессов в тканях эктоцервикса. Последние являются благоприятным фоном для возникновения рака шейки, занимающего 3-е место по частоте среди злокачественных новообразований половых органов. Ежегодно в мире умирает от рака шейки матки приблизительно 231000 женщин.

# Строение шейки матки

- Образование шейки матки происходит путем слияния мюллеровых канальцев на 12-16 неделях эмбриогенеза. В шейке матки различают влагалищную часть, выдающуюся в просвет влагалища, и надвлагалищную часть, располагающуюся выше прикрепления стенок влагалища к матке, состоящую в основном из соединительной и мышечной ткани, в которой располагаются сосуды и нервы.
- Влагалищная часть шейки матки покрыта многослойным плоским эпителием, носит название **эктоцервикс**. Канал шейки матки имеет веретенообразную форму, длина его от наружного зева до перешейка не более 4 см, ширина не более 4 мм, наружный зев круглый или в виде поперечной доли. Цервикальный канал покрыт однорядным высоким цилиндрическим эпителием с базально расположенным ядром и называется **эндоцервиксом**.



Многослойный плоский эпителий влагалищной части шейки матки представляет собой высокодифференцированную ткань, состоящую из 4-х слоев:

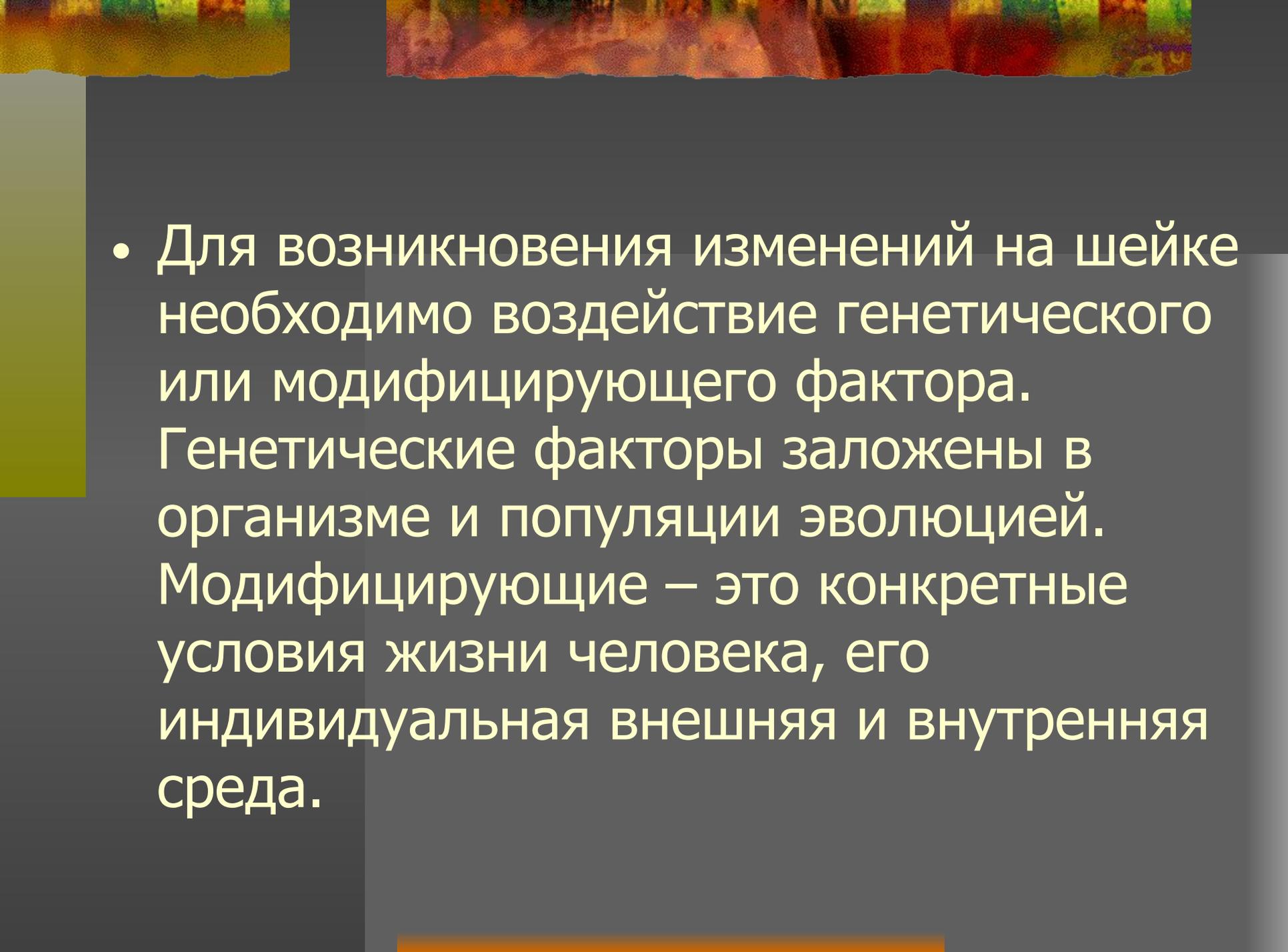
- 1) базального, представляющего собой незрелые эпителиальные клетки, расположенные на базальной мембране;
- 2) под базальными клетками располагается слой парабазальных клеток, расположенных несколькими рядами;
- 3) слой промежуточных клеток состоит из 6-7 рядов умеренно дифференцированных клеток;
- 4) поверхностный слой представлен 2-3 рядами поверхностных клеток, которые проявляют тенденцию к ороговению и легко подвергаются десквамации в зависимости от фазы менструального цикла.

- 
- В постменопаузе многослойный плоский эпителий в норме представлен только базальными и парабазальными клетками.
  - Основная функция многослойного плоского эпителия – защитная. Механический барьер создают глыбки креатинина, иммунологический – молочная кислота, которая образуется благодаря метаболизму гликогена с участием лактобацилл.

- Самым опасным в плане возникновения неопластических процессов является стык многослойного плоского и цилиндрического эпителия. Эта граница является «зоной бурь», поскольку 90% патологии шейки матки возникает именно в этой зоне. Расположение его границ является непостоянным и зависит от многих факторов и, в первую очередь, от гормональных. В различные возрастные периоды граница эпителиев располагается на разных частях шейки матки: у девочек в пубертатном периоде – вокруг наружного зева на влагалищной порции шейки матки. Этот вариант можно рассматривать как норму также у молодых нерожавших женщин (до 24 лет) без отягощенного гинекологического анамнеза (ОГА). В репродуктивном возрасте эта граница расположена в области наружного зева, после 40-45 стык эпителиев уходит в цервикальный канал.

# Этиология и патогенез

- Шейка матки, являясь «тканью-мишенью» для половых гормонов, претерпевает такие же циклические изменения эпителия, как и эндометрий. Наличие дисфункции в гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системе и, как результат, длительная абсолютная или относительная гиперэстрогения создают условия для пролиферативных процессов в тканях эктоцервикса.
- Абсолютная или относительная гиперпродукция эстрогенов выявлена у 73,9% больных с фоновыми и предраковыми заболеваниями шейки матки, а частота женщин с нарушениями менструального цикла в 5-6 раз превышает таковую в популяции, что является косвенным доказательством роли гормонального фона в их патогенезе.

- 
- Для возникновения изменений на шейке необходимо воздействие генетического или модифицирующего фактора. Генетические факторы заложены в организме и популяции эволюцией. Модифицирующие – это конкретные условия жизни человека, его индивидуальная внешняя и внутренняя среда.



Генетические: 1) наследственность; 2) национальность (I место – Северо–Кавказские регионы, II место – Москва).

Модифицирующие:

1. Эндогенные (возраст; эндокринно–обменные нарушения).

2. Экзогенные:

генитальная инфекция (ВПЧ, вирус простого герпеса 2, цитомегаловирус, хламидии, трихомонады, условно–патогенные микроорганизмы);

травматические повреждения;

мужской фактор – фактор смегмы.

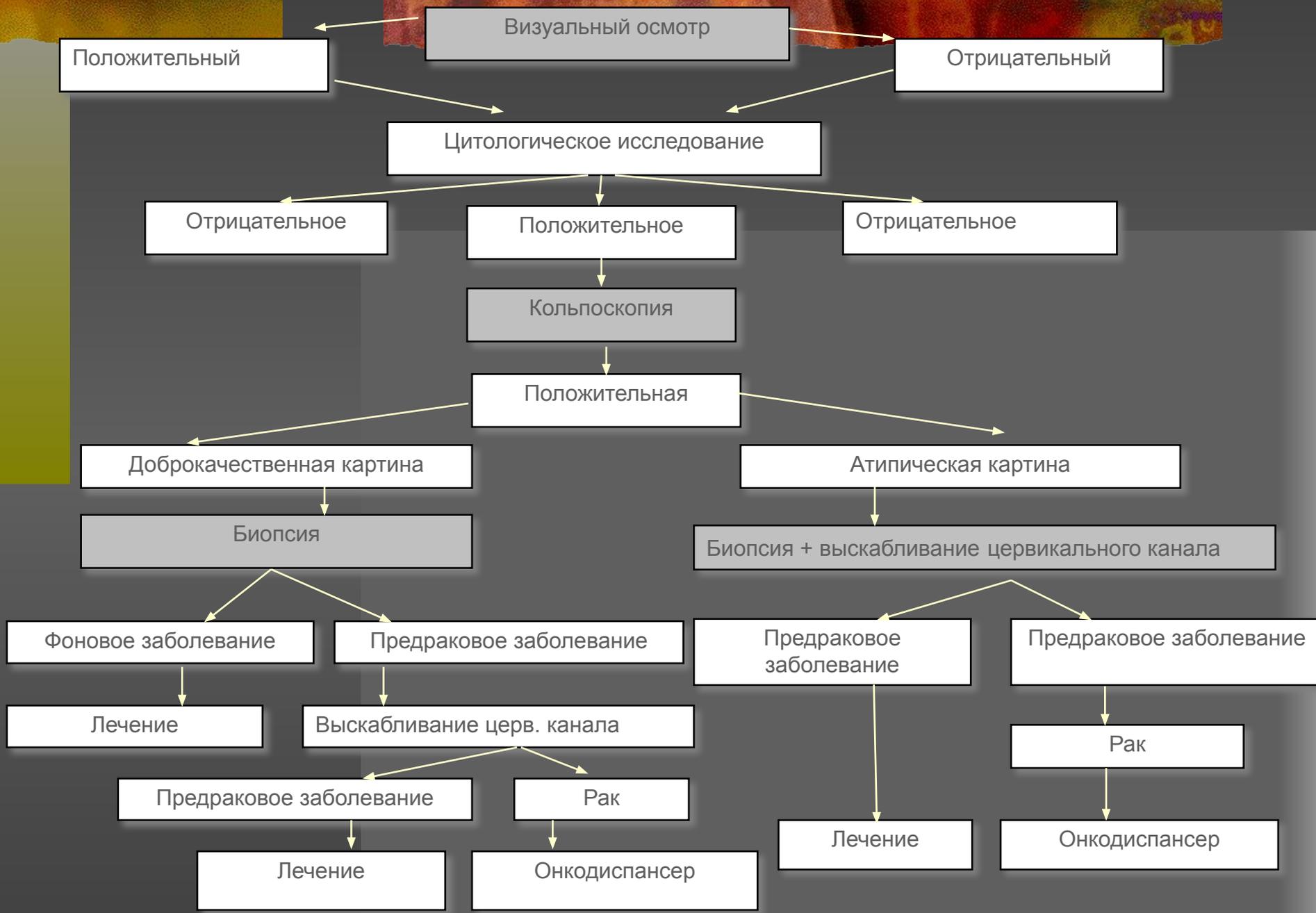
# **Факторы риска возникновения патологии шейки матки:**

- 1) Нарушения менструального цикла.
- 2) Большое число абортов в анамнезе.
- 3) Воспалительные процессы шейки матки и цервикального канала специфической и неспецифической этиологии.
- 4) Нарушение гормонального и иммунного фона.
- 5) Беспорядочная половая жизнь.



# Клиника и диагностика

- Жалобы больных не являются патогномоничными, наличие их определяется обширностью патологического процесса, характером морфологических изменений шейки матки, сопутствующими гинекологическими заболеваниями. В основном это боли, бели, контактные кровотечения.
- Существует стандартный алгоритм обследования больных при подозрении на заболевание шейки матки.



- После сбора жалоб и анамнеза проводят визуальный осмотр шейки матки с помощью влагалищных зеркал. При этом определяется ее величина, форма (коническая, цилиндрическая), форма наружного зева, различные патологические состояния (разрывы, эктопии, выворот слизистой цервикального канала и т.д.).
- После визуального осмотра ШМ в зеркалах необходим цитологический контроль (это скрининг – не менее 2 раз в год) шпателем Эйра.

- 
- Цитологический метод диагностики заключается в микроскопическом исследовании мазков–отпечатков с поверхности шейки матки. Материал получают с трех участков: с поверхности влагалищной части шейки, с переходной зоны, нижней трети эндоцервикса (при наличии эктопии – непосредственно с ее поверхности). Наибольшую диагностическую информативность имеют такие цитологические признаки, как клеточный и ядерный полиморфизм, выраженная анизохромия, высокий ядерно–цитоплазматический индекс. Информативность метода – 60-70%.

# При выявлении изменений на шейке в план обследования входит:

- 1) Мазок на степень чистоты.
- 2) Бак. посев на условно-патогенные микроорганизмы.
- 3) Обследование на основные виды сексуально-трансмиссивных инфекций, включая цитомегаловирус, ВПЧ, ВПГ-2. При необходимости проводят специфическую санацию обоим партнерам.
- 4) Важной является оценка иммунного статуса.
- 5) Влагалищное исследование, ректо-вагинальное исследование, позволяющие определить конфигурацию шейки (бочкообразная при раке С-канала), состояние матки, придатков, наличие пристеночных образований, состояние параметральной клетчатки.



Следующим является кольпоскопия – осмотр шейки матки с увеличением в десятки раз при помощи кольпоскопа.

В настоящее время существует несколько методик кольпоскопического исследования:

- 1) Простая кольпоскопия.
- 2) Расширенная кольпоскопия.
- 3) Кольпоскопия через цветные фильтры.
- 4) Хромокольпоскопия.
- 5) Флюоресцентная кольпоскопия.
- 6) Кольпомикроскопия.
- 7) Цервикоскопия.

- 
- Повсеместно распространенной является расширенная кольпоскопия с использованием дополнительных тестов и красителей (3% р-ра уксусной кислоты, 2% р-ра Люголя, метиленового синего, 1% р-ра адреналина).
  - Нецелесообразно одновременное использование цитологического метода и кольпоскопии, поскольку картина будет неинформативной.



# Задачи кольпоскопии:

- 1) Оценить состояния эпителия шейки матки и влагалища.
- 2) Выявить очаг поражения.
- 3) Дифференцировать доброкачественных изменений от подозрительных в отношении злокачественности.
- 4) Осуществить прицельное взятие биопсии.



# При кольпоскопии оцениваются:

- 1) Цвет.
- 2) Состояние сосудистого рисунка.
- 3) Поверхность и уровень МПЭ.
- 4) Стык эпителия (локализация и характер).
- 5) Наличие и форма желез.
- 6) Реакция на раствор уксуса.
- 7) Реакция на раствор Люголя.
- 8) Границы образования (четкие или размытые).
- 9) Тип эпителия.

# Классификация Л.Н. Василевской и М.А. Винокур (1971 г.):

На основании кольпоскопии различают 4 кольпоскопические картины:

1. Нормальная слизистая влагалищной части шейки матки.
2. Доброкачественные изменения слизистой:
  - пролиферативного характера:
    - эктопии;
    - зона превращения (трансформации);
    - полипы шеечного канала;
    - эндометриоз;
  - воспалительного характера:
    - кольпиты (очаговые и диффузные);
    - истинные эрозии;
    - цервициты;
  - редко встречающиеся:
    - изменения слизистой при выпадении матки;
    - рубцы, разрывы.



### 3. Атипическая кольпоскопическая картина:

- лейкоплакия;
- образование полей (мозаичная лейкоплакия);
- папиллярная основа лейкоплакии;
- эритроплакия;
- атипическая зона превращения;
- папилломы;
- немые йоднегативные зоны.

4. Рак шейки матки, который характеризуется любой атипической кольпоскопической картиной с атипией сосудов.

- 
- Окончательно установить диагноз позволяет лишь морфологическое исследование прицельного биоптата шейки матки. Морфологическое исследование слизистой цервикального канала показано при выявлении атипической кольпоскопической картины или предраковых заболеваниях шейки матки, а также при некоторых доброкачественных кольпоскопических картинах.
  - УЗИ является вспомогательным методом при обследовании шейки матки, позволяющим определить толщину и структуру слизистой цервикального канала, выявить включения, патогномоничные для полипа шейки матки.



Следует сказать, что кольпоскопическая картина не всегда соответствует гистологическому заключению. Поэтому клинико-морфологические классификации имеют ряд отличий от кольпоскопических заключений.

Патологические состояния шейки матки представлены во множестве классификаций, однако для врача-клинициста наиболее удобна следующая клинико-морфологическая классификация, предложенная в 1977 году И.А. Яковлевой и Б.Г. Кунутэ:

Различают:

- фоновые процессы;
- предраковые процессы;
- рак шейки матки.

Фоновые процессы	Предраковые процессы	Рак шейки матки
<p><b>Гиперпластические процессы:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Эндоцервикоз <ul style="list-style-type: none"> <li>– простой</li> <li>– пролиферирующий</li> <li>– заживающий</li> </ul> </li> <li>2. Полипы <ul style="list-style-type: none"> <li>– простой</li> <li>– пролиферирующий</li> <li>– эпидермизирующий</li> </ul> </li> <li>3. Папиллома</li> <li>4. Лейкоплакия (простая)</li> <li>5. Эндометриоз</li> </ol> <p><b>Воспалительные</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Истинные эрозии</li> <li>2. Цервициты</li> </ol> <p><b>Посттравматические</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Разрывы</li> <li>2. Эктропионы</li> <li>3. Рубцовые изменения</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Дисплазии <ul style="list-style-type: none"> <li>– слабо выраженная</li> <li>– умеренно выраженная</li> <li>– выраженная</li> </ul> </li> <li>2. Лейкоплакия с явлениями атипии клеток</li> <li>3. Эритроплакия</li> <li>4. Аденоматоз.</li> </ol>	<p><b>Преклинические формы</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Рак in situ</li> <li>2. Микрокарцинома</li> </ol> <p><b>Клинические формы</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Плоскоклеточный рак <ul style="list-style-type: none"> <li>– ороговевающий</li> <li>– неороговевающий</li> </ul> </li> <li>2. Железистый с различной степенью дифференцировки</li> <li>3. Светлоклеточный мезонефральный</li> <li>4. Низкодифференцированный</li> </ol>



# Принципы лечения:

1. Воздействие на основные звенья патогенеза.
2. Комплексность.
3. Дифференцированный подход в зависимости от формы, вида и варианта процесса.

# Этапы лечения:

1. Этиотропное и противовоспалительное лечение при наличии сопутствующего кольпита и цервицита, в том числе с использованием низкочастотного ультразвука.
2. Локальное воздействие на шейку матки:
  - а) Химическое – его применяют у нерожавших женщин. Используется препарат «Солковагин». При нем достигается глубокое поражение эпителия. Препарат наносят на очаг поражения, струп образуется на 3-4 сутки, через 6-9 дней обработку повторяют. Эпителизация наступает через 4 недели. Эффективность метода составляет 74-90%. Применяют ограниченно.
  - б) Криохирургия – локальное замораживание патологического очага. Зона некроза 2,5 мм. Время воздействия – 2-5 мин. Частота рецидивов до 42%, особенно при нарушениях менструального цикла.

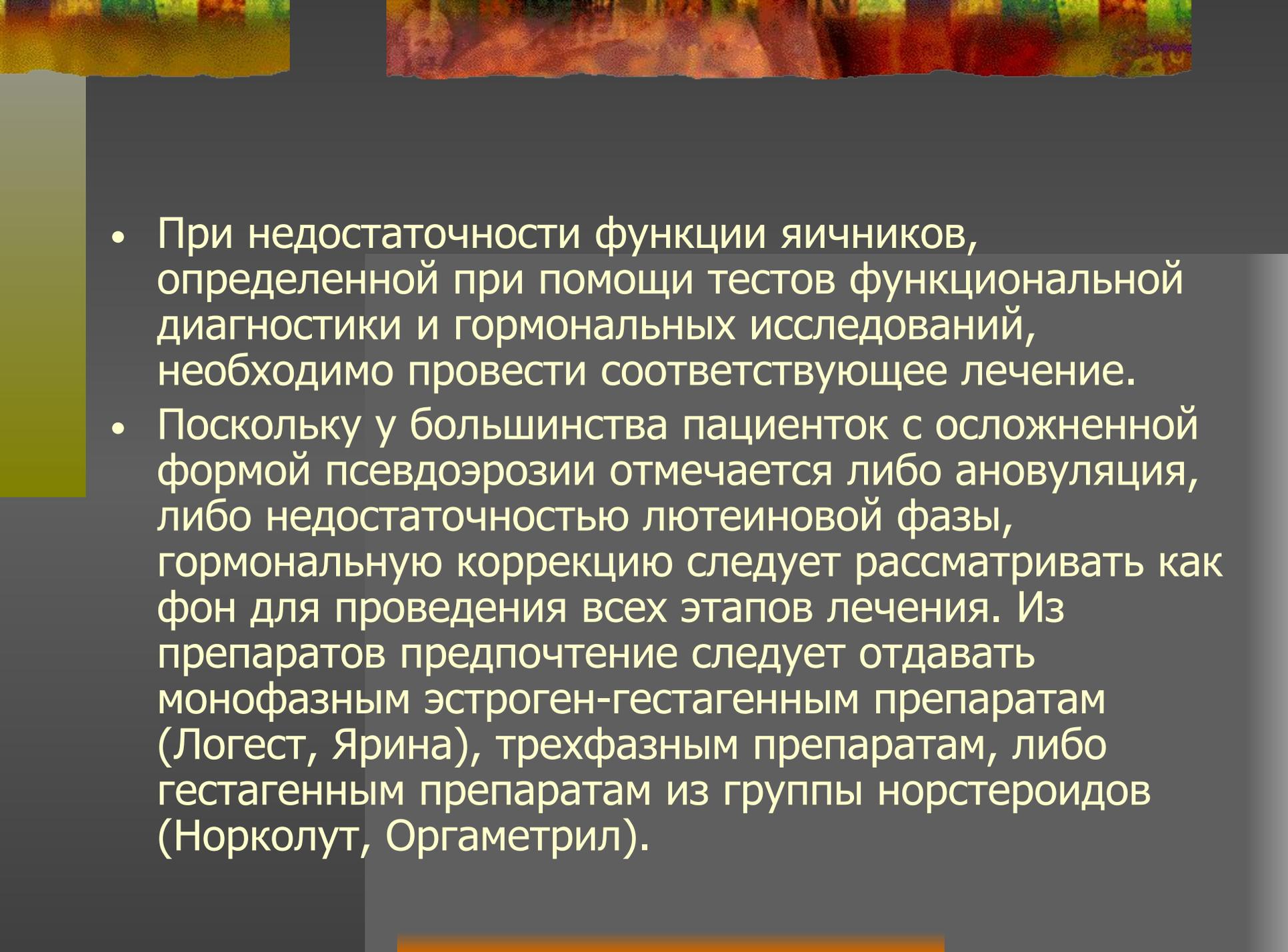
- 
- в) Лазерохирургия – выпаривание, либо иссечение СО2-лазером патологического очага. Проводится в 1 фазу менструального цикла (4-5 день). Струп отторгается на 4-5 сутки. Полная эпителизация к 46 суткам. Эффективность метода 98,9%;
  - г) Радиохирургический метод (сургитрон). Радиоволновое воздействие на патологические очаги шейки матки. Эффективность метода высокая.
  - д) Хирургический – ножевая ампутация шейки матки, пластика шейки матки.
  - е) Электрохирургические: диатермокоагуляция, диатермоконизация шейки матки. Эффективность 95-97%. Недостатки: рубцовая деформация цервикального канала.

- Частые осложнения (до 30%) — кровотечения, нарушение менструальной функции, обострение воспалительных процессов в малом тазу, стенозирование цервикального канала, возникновение эндометриоза, рубцовые изменения — ограничивают применение этого метода. Кроме того, после диа-термокоагуляции сохраняется пролиферативная активность, возможны рецидивы псевдоэрозии.
- При патологии эктоцервикса в сочетании с гипертрофией и деформацией шейки матки применяется метод диатермоконизации — электрохирургическое конусовидное иссечение патологически измененных тканей с вершиной конуса, обращенной к внутреннему зеву. Осложнением диатермоконизации может быть стеноз или сращение цервикального канала, поэтому ее применения должно быть строго обосновано и технически правильно выполнено.



3. Местное применение биопрепаратов для восстановления нормальной микрофлоры влагалища, эубиотиков (ацилакт, бифидумбактерин).

4. Стимуляция процессов регенерации МПЭ шейки матки после деструкции патологического очага, регуляция функции эндокринной и иммунной системы.

- 
- При недостаточности функции яичников, определенной при помощи тестов функциональной диагностики и гормональных исследований, необходимо провести соответствующее лечение.
  - Поскольку у большинства пациенток с осложненной формой псевдоэрозии отмечается либо ановуляция, либо недостаточностью лютеиновой фазы, гормональную коррекцию следует рассматривать как фон для проведения всех этапов лечения. Из препаратов предпочтение следует отдавать монофазным эстроген-гестагенным препаратам (Логест, Ярина), трехфазным препаратам, либо гестагенным препаратам из группы норстероидов (Норколут, Оргаметрил).

- На выбор метода лечения влияет гистологическая верификация взятого биоптата. Как правило, это эндоцервикоз простой, пролиферирующий, заживающий. При простом эндоцервикозе у молодых нерожавших женщин без ОГА допустима гормональная коррекция. После 24 лет и у рожавших женщин – криохирургия, лазерное и радиохирургическое воздействие. При эндоцервикозе пролиферирующем и заживающем независимо от возраста – криохирургия, лазерхирургия, радиохирургия.
- Гистологический диагноз плоскоклеточная метаплазия следует рассматривать как нормальный физиологический процесс перекрытия цилиндрического эпителия плоским в результате ряда факторов – гормональная стимуляция, рН влагалищной среды, инфекции, при ВМС, климаксе, после беременности.

# Фоновые заболевания шейки матки

- это патологические доброкачественные заболевания, хронически длительно текущие, при которых сохраняется нормоплазия, то есть происходит правильное деление, дифференцировка, созревание, старение и отторжение эпителиальных клеток.

- К фоновым процессам относится ***истинная эрозия шейки матки*** – это приобретенный патологический процесс, характеризующийся травматическим повреждением и последующей десквамацией многослойного плоского эпителия. В результате десквамации образуется раневая поверхность с развитием воспалительной реакции. Она существует 1-2 недели, затем либо исчезает, либо превращается в псевдоэрозию. Встречается весьма редко, составляя от 5 до 10% в структуре заболеваний шейки матки.

- Наиболее распространенной является **псевдоэрозия (эндоцервикоз)** – возникает в случае смещения высокого цилиндрического эпителия на влагалищную часть шейки матки. Бывает врожденной, приобретенной или рецидивирующей после проведенной ранее терапии. Также различают псевдоэрозию неосложненную и осложненную, то есть развивающуюся на фоне воспалительных процессов шейки матки и влагалища или предраковых процессов. Встречается она у 10-38,8% женщин и имеет различную этиологию. Неосложненная эктопия относится к гистофизиологическим особенностям шейки матки и не нуждается в терапевтических местных мероприятиях. Осложненная псевдоэрозия подлежит лечению с целью профилактики восходящих воспалительных процессов, нарушений репродуктивной функции и рака шейки матки. Лечение должно быть комплексным.

- 
- Кольпоскопическая картина приобретенной псевдоэрозии характеризуется наличием эктопии с зоной превращения. При осложненной форме наблюдается сочетание ее с воспалительным процессом той или иной этиологии. Эти изменения вне зависимости от возраста пациентки должны быть излечены криохирургическим, лазерным или радиохирургическим методом.

# Эндоцервикоз простой (или врожденная псевдоэрозия)

- Возникает во внутриутробном периоде и может сохраняться до 24 лет у нерожавших женщин без ОГА. Обусловлен воздействием во внутриутробном периоде материнских эстрогенов. Характеризуется небольшими размерами, четкими границами, ярко-красным цветом, отсутствием изменений, что позволяет оценивать ее как физиологическую.
- Кольпоскопически врожденная эктопия характеризуется участками ярко-красного цвета, состоящими из сосочков. Эти участки располагаются вокруг наружного зева и имеют четкие контуры. Подлежит наблюдению с цитологическим и кольпоскопическим контролем 1 раз в 6 мес. Биопсия с участка поражения не берется. Показана оральная контрацепция препаратами типа «Логест», «Ярина».

# **Эктропионом**

- называют выворот слизистой оболочки цервикального канала на влагалищную порцию шейки матки в результате разрыва циркуляторных мышечных волокон шейки. Чаще всего он возникает после родов, абортов, диагностических выскабливаний. По сути он представляет собой сочетание псевдоэрозии с рубцовой деформацией шейки матки. Лечение включает в себя ДЭЭ, лазерную или радиохирургическую конизацию, хирургическую пластику.

# Лейкоплакия шейки матки

- локальные процессы ороговения многослойного плоского эпителия разной выраженности (паракератоз, гиперкератоз, акантоз) с формированием лимфогистиоцитарных инфильтратов вокруг сосудов подлежащей стромы. Имеет вид белых очагов или бляшек, почти не выпячивающихся над поверхностями слизистой оболочки. Форма неправильная, величина различная, границы четкие и размытые. Выделяют простую лейкоплакию (фоновый процесс) и пролиферирующую с атипией клеток (предраковый процесс). По классификации ВОЗ 1995 г. ее называют цервикальной интраэпителиальной неоплазией с кератинизацией.

- 
- Лейкоплакия, как правило, располагается на участках зон трансформации и только в виде исключения может быть среди здорового эпителия.
  - Кольпоскопически лейкоплакия выглядит как йоднегативная зона в виде белесоватой блестящей пленки с гладкой или бугристой поверхностью за счет развития рогового слоя эпителия (проба Шиллера отрицательная).

- К признакам атипии относят выводные протоки желез с выступающими над поверхностью ороговевающими краями, большое количество сосудов, точечные сосуды вокруг желез. Цитология при лейкоплакии не является информативной, нужна биопсия и выскабливание цервикального канала. Необходимость ревизии цервикального канала обусловлена тем, что данный процесс может развиваться не только на влагалищной части шейки матки, влагалище и вульве, но и в участках плоскоклеточной метаплазии слизистой оболочки цервикального канала.
- У молодых женщин во избежание рубцовых изменений на шейке при простой лейкоплакии применяют криодеструкцию, лазерную вапоризацию, радиохирургическое лечение. При атипической кольпоскопии показана ДЭЭ, лазерная или радиохирургическая конизация.

# Полипы слизистой оболочки цервикального канала

- – это соединительнотканые выросты, покрытые эпителием. Различают железистые (покрытые однорядным цилиндрическим эпителием) и эпидермизированные (покрыты метапластическим многослойным эпителием) полипы. Визуально полипы выглядят как ярко-красные образования продолговатой или листовидной формы. Лечение включает выкручивание полипа, либо иссечение с обработкой ложа криохирургическим методом или ДЭК. Выскабливание цервикального канала и полости матки показано при рецидивирующих, множественных или высоко расположенных в цервикальном канале полипах.



# Папилломы

- – чаще встречаются у беременных, при этом можно ограничиться взятием мазка на онкоцитологию, биопсией и клиническим наблюдением. Вне беременности или через 2 месяца после родов необходимо иссечение папилломы скальпелем.

# Эндометриоз шейки матки

- – очаг эндометрия, расположенный на влагалищной части шейки матки. Если очаг изолированный (что бывает редко) – то иссекают глазки скальпелем, радио или лазерохирургией. Если сочетанный, то сначала комплексная консервативная терапия, а затем радио или лазерохирургическое иссечение глазков.

# **Предраковые заболевания шейки матки**

– это очаговые или множественные пролифераты эпителия с явлениями атипии клеток, не выходящие за пределы базальной мембраны.

К предраковым процессам относятся:

- 1) Дисплазия.
- 2) Лейкоплакия с явлениями атипии.
- 3) Эритроплакия.

# Дисплазия

- является самой частой формой морфологического предрака шейки матки. Средний возраст больных пациенток с дисплазией – 34,7-34,5 года. Частота перехода дисплазии в преинвазивные карциномы колеблется от 40 до 64%, у 15% больных на ее фоне развиваются микрокарциномы.
- Переход дисплазии в рак *in situ* занимает от 2 до 10 лет, для возникновения инвазивного рака требуется 10-15 лет.
- Дисплазии различают легкой, умеренной и выраженной степени. По классификации ВОЗ 1995 г., вместо дисплазии предложен термин «цервикальная интраэпителиальная неоплазия» также трех степеней: легкой, умеренной и тяжелой.

- 
- Дисплазия протекает бессимптомно и может возникать как на фоне визуально неизменной шейки матки (10%), так и на почве фоновых заболеваний.
  - Цитология информативна в 60-90% случаев. Степень дисплазии устанавливают только гистологический анализ. Положено проводить прицельную ножевую биопсию с выскабливанием цервикального канала.

- 
- При **легкой или слабо выраженной дисплазии** наблюдается гиперплазия клеток базального и парабазального слоев, клеточный и ядерный полиморфизм, повышение митотической активности. Эти изменения происходят в глубоких слоях многослойного плоского эпителия, в то время как клетки промежуточного и поверхностных слоев остаются неизмененными.
  - Кольпоскопическая картина дисплазии может включать в себя патологические сосуды в зоне превращения, пунктуации, мозаики, беловатую окраску эпителия. Дисплазия обуславливает локальное побеление эпителия при ацетоуксусном тесте и йоднегативные зоны при пробе Шиллера.

- 
- Лечение: поскольку причиной легкой дисплазии чаще всего является инфекция, то необходима противовоспалительная терапия. Легкая дисплазия в 50-60% случаев самостоятельно подвергается обратному развитию, а в остальных случаях наблюдается стабилизация или прогрессирования. Показано динамическое наблюдение каждые 3 мес. в течение 1-2 лет, если регресса патологии нет, про проводят диатермокоагуляцию, лазеро- или радиохирургическое лечение.

- 
- **Умеренная степень** дисплазии характеризуется поражением 1/2–2/3 толщи многослойного плоского эпителия. Цитологически в мазках обнаруживаются базальные и парабазальные клетки, имеется незначительный ядерно–цитоплазматический сдвиг: укрупнения ядра, грубая структура хроматина, видны митозы, в том числе и патологические. Показана конизация шейки матки (ножевая, лазеро–, радиохирurgia, ДЭЭ).

- 
- При **выраженной** дисплазии гиперплазированные клетки базального и парабазального слоев занимают почти всю толщу многослойного плоского эпителия. Отмечается выраженный полиморфизм ядра. Имеется значительный ядерно–цитоплазматический сдвиг, двухядерные клетки, встречаются гигантские клетки с крупным ядром, форма некоторых клеток неправильна. При Д-III и лейкоплакии с явлениями атипии – показана консультация онкогинеколога (со стеклами).

# **Эритроплакия («красное пятно»)**

- – процессы локальной атрофии и дискератоза многослойного плоского эпителия с резким истончением до нескольких слоев (отсутствуют промежуточные клетки) с сохранением нормального эпителиального покрова на прилежащих участках эктоцервикса. Эритроплакии имеют вид красных или бордовых, слегка приподнятых очагов неправильной или овальной формы. Иногда наблюдается атипическая гиперплазия базальных клеток. Такие формы эритроплакии относят к предраковым процессам. Этиология, патогенез и прогноз этой редко встречающейся патологии четко не изучены. Лечение эритроплакии требует хирургического иссечения очага путем лазеро-, радио- или диатермокоагуляции, хирургического иссечения скальпелем.

# Диспансерное наблюдение

- Наблюдение за пациентками с неосложненной формой приобретенной и врожденной псевдоэрозии (в варианте эктопии) с гормональной коррекцией при наличии нарушений менструального цикла проводится длительно. Контрольные осмотры назначаются 1 раз в 12 месяцев с проведением кольпоцитологического исследования.
- После локальной терапии по поводу фоновых заболеваний шейки матки через 2-3 месяца после лечения берется мазок на онкоцитологию из цервикального канала, влагалищной части шейки матки, переходной зоны. Наблюдение проводят в течение года каждые 6 месяцев с кольпоцитологическим контролем.

- 
- После лечения дисплазии наблюдение проводят в течение 2-х лет с обязательным цитологическим и кольпоцервикоскопическим контролем каждые 3 мес.
  - Своевременная диагностика и рациональная терапия фоновых и предраковых заболеваний является важнейшим звеном в системе профилактических онкологических мероприятий.