

ПРИДНЕСТРОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ  
им. Т.Г. Шевченко

МЕДИЦИНСКИЙ ФАКУЛЬТЕТ  
Кафедра хирургических болезней с циклом акушерства  
и гинекологии

# ЗАБОЛЕВАНИЯ ШЕЙКИ МАТКИ

Клиника, диагностика, лечение

*Учебное пособие*

Тирасполь

*Издательство  
Приднестровского  
Университета*

2020 г.

УДК 618.14 (075.8)

ББК Р715.4я73

312

*Составители:*

**Л.Н. Азбукина**, д-р мед. наук, проф.

**О.С. Чебан**, канд. мед. наук, зав. Центром репродуктивного здоровья и планирования семьи ГУ «РЦМиР», врач акушер-гинеколог высшей категории

**О.О. Марц**, ассистент

**Н.Н. Ячикова**, ассистент

**И.Н. Ликий**, врач акушер-гинеколог

*Рецензенты:*

**И.Ф. Гарбуз**, д-р мед. наук, проф., зав. каф. травматологии, ортопедии и ВПХ

**И.В. Балабан**, канд. мед. наук, врач акушер-гинеколог, врач УЗИ высшей категории

**Заболевания шейки матки.** Клиника, диагностика, лечение:  
312 учебное пособие / сост.: Л.Н. Азбукина, О.С. Чебан, О.О. Марц и др. – Тирасполь: Изд-во Приднестр. ун-та, 2020. –112 с. – (в обл.)

*Отражены современные взгляды на этиологию и патогенез доброкачественных и предраковых заболеваний шейки матки, а также подробно освещены принципиально важные вопросы, касающиеся диагностики, лечения и профилактики патологических процессов шейки матки.*

*Предназначено для студентов старших курсов медицинского факультета, интернов, ординаторов и врачей по специальностям «Акушерство и гинекология», «Онкология».*

**УДК 618.14 (075.8)**

**ББК Р715.4я73**

Рекомендовано Научно-методическим советом ПГУ им. Т.Г. Шевченко

© Л.Н. Азбукина, О.С. Чебан, О.О. Марц, Н.Н. Ячикова, И.Н. Ликий, 2020

# ОГЛАВЛЕНИЕ

---

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ .....	4
АНАТОМО-ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ШЕЙКИ МАТКИ .....	5
ДИАГНОСТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ ШЕЙКИ МАТКИ.....	9
ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ШЕЙКИ МАТКИ.....	37
ЦЕРВИКАЛЬНЫЕ ИНТРАЭПИТЕЛИАЛЬНЫЕ НЕОПЛАЗИИ .....	53
КОЛЬПОСКОПИЯ В НЕСТАНДАРТНЫХ СИТУАЦИЯХ.....	60
РАК ШЕЙКИ МАТКИ.....	70
ПРИЛОЖЕНИЯ.....	81
ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ.....	94
СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ .....	98
РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА .....	111

# СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

---

CIN – цервикальная интраэпителиальная неоплазия (cervical intraepithelial neoplasia)

GIN – железистая интраэпителиальная неоплазия (glandular intraepithelial neoplasia)

IFCPC – Международная федерация по патологии шейки матки и кольпоскопии (International federation of cervical pathology and colposcopy)

SCC – антиген плоскоклеточных карцином (squamous cell carcinoma antigen)

TBS – терминологическая система Бетесда

TORCH – Т – токсоплазмоз (toxoplasmosis); О – другие инфекции (others) – подразумевает такие влияющие на плод инфекции, как гепатит В и С, сифилис, хламидиоз, гонококковая инфекция, листериоз, ВИЧ-инфекция, ветряная оспа, энтеровирусная инфекция; R – краснуха (rubella); С – цитомегаловирусная инфекция (cytomegalovirus); Н – герпес (herpes simplex virus)

UICC – Международный союз по борьбе с раком (International Union Against Cancer)

ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения

ВПЧ – вирус папилломы человека

ВПЧ-ВП – типы ВПЧ высокого онкогенного риска

ГКО – гистологическая классификация опухолей

ЗТ – зона трансформации

ИППП – инфекции, передающиеся половым путем

МКБ – Международная классификация болезней

МНБ – Международная номенклатура болезней

МПЭ – многослойный плоский эпителий

мРНК – матричная рибонуклеиновая кислота

МЭ – метапластический эпителий

ПВИ – папилломавирусная инфекция

ПЦР – полимеразная цепная реакция

РДВ – раздельное диагностическое выскабливание

РКС – расширенная кольпоскопия

РШМ – рак шейки матки

УЗИ – ультразвуковое исследование

ЦЭ – цилиндрический эпителий

# АНАТОМО-ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ШЕЙКИ МАТКИ

---

## I. Морфологические особенности

---

 шейка матки – это каудальная часть матки, располагающаяся частично в верхней части влагалища, длиной 2–3 см. Она представляет собой гладкомышечный орган, образованный соединительной тканью (стромой) с сосудами, а также мышечными и эластическими волокнами.

Границу шейки и тела матки, где заканчивается цервикальный канал, принято называть внутренним зевом. Наружное отверстие канала, открывающееся во влагалище, принято называть наружным зевом. У девочек шейка матки конической формы с точечным округлым наружным зевом, у рожавших – цилиндрической формы с щелевидным зевом.

У влагалищной часть шейки матки выделяют экзоцервикс и эндоцервикс. Экзоцервикс представлен многослойным плоским эпителием (МПЭ), у которого выделяют четыре слоя: базальный, парабазальный, промежуточный и поверхностный. Строма под МПЭ состоит из коллагеновых и в меньше мере эластических волокон, среди которых располагаются клеточные элементы: фибробласты, гистиоциты, лимфоциты, кровеносные и лимфатические сосуды, которые переплетаются и образуют сложные сплетения. Содержание мышечной ткани составляет около 15 % всей массы тканевого компонента ШМ, она располагается преимущественно в верхней трети ШМ, вблизи цервикального канала и представлена циркулярно расположенными мышечными волокнами, обеспечивающими запирательную функцию.

*Базальный слой* – это 1 ряд мелких клеток с крупным ядром, располагающихся на базальной мембране. Базальные клетки обеспечивают рост и регенерацию МПЭ в физиологических условиях.

Клетки *парабазального слоя* располагаются в 2 ряда и также обладают высокой митотической активностью и содержат крупные ядра. Они принимают участие в процессах созревания и дифференцировки МПЭ, обеспечивая его рост и регенерацию.

*Промежуточный слой* состоит из 6–7 рядов крупных клеток, располагающихся группами. Клетки полигональной формы с небольшим ядром, не содержащим хроматина. Цитоплазма этих клеток содержит большое количество гликогена и кератин, что обеспечивает прочность слизистой оболочки.

*Поверхностный слой* представлен 2–3 рядами клеток, которые проявляют тенденцию к ороговению и легко подвергаются десквамации в зависимости от фазы менструального цикла.

МПЭ тонко реагирует на гормональные воздействия в течение менструального цикла и при различных нарушениях. Эстрогены стимулируют пролиферацию базальных слоев, созревание гликогена в промежуточном и кератина – в поверхностных слоях.

Цервикальный канал имеет около 8 мм в диаметре и выстлан одним слоем цилиндрических (железистых) клеток (эндоцервикс), которые являются продолжением эпителиальных клеток эндометрия. На базальной мембране под ЦЭ располагаются резервные клетки, способные обеспечить физиологическую регенерацию эпителия. Данные клетки могут дифференцироваться как в МПЭ, так и в ЦЭ. При кольпоскопии ЦЭ красноватого оттенка из-за тонкости и просвечивания подлежащих сосудов.

У женщин репродуктивного возраста в норме стык данных видов эпителия располагается в области наружного зева, а также на экзоцервиксе у молодых, внутри цервикального канала у пожилых женщин. Расположение ЦЭ на экзоцервиксе называется эктопией (ее относят к физиологическому состоянию, и не является патологией, поэтому не вносится в перечень заболеваний МКБ- 10).

## **2. ПЛОСКОКЛЕТОЧНАЯ МЕТАПЛАЗИЯ И ЗОНА ТРАНСФОРМАЦИИ**

---

 ПЛОСКОКЛЕТОЧНАЯ МЕТАПЛАЗИЯ считается нормальным физиологическим процессом, при котором ЦЭ покрывается или

замещается МПЭ. Чаще происходит в зоне эктопии, но может и в цервикальном канале, и на поверхности полипов. Данный процесс зависит от многих факторов, например, от гормональной стимуляции, рН влагалища, наличия инфекции и др. Метапластический эпителий гистологически представлен не полностью дифференцированным плоским эпителием разной степени зрелости, иногда может находиться прямо на цилиндрическом эпителии, клетки которого постепенно дегенерируют.

### **3. НЕЗРЕЛАЯ МЕТАПЛАЗИЯ**

---

**К**летки при данной метаплазии более мелкие, без гликогена и характеризуются особенностями эндоцервикального (наличие муцина) и плоского (наличие кератина) эпителия.

### **4. ЗРЕЛАЯ МЕТАПЛАЗИЯ**

---

**З**релая метаплазия происходит в результате дифференцировки клеток незрелой плоскоклеточной метаплазии. По клеточному составу мало чем отличается от МПЭ. Но в отличие от МПЭ, в участках зрелой метаплазии нет полярности клеток, они содержат меньше гликогена.

### **5. ЗОНА ТРАНСФОРМАЦИИ (ЗТ)**

---

**П**редставлена линией перехода многослойного плоского эпителия с шейки матки в цилиндрический эпителий цервикального канала. Выделяют три типа по соотношению экзоцервикального и эндоцервикального компонентов:

ЗТ I типа (схема 1а) – представляет локализацию ЗТ на экзоцервиксе, визуализируется полностью, может быть маленьких и больших размеров;

ЗТ II типа (схема 1б) – представляет эндоцервикальный компонент, который визуализируется полностью и экзоцервикальный компонент, может быть маленьких и больших размеров;

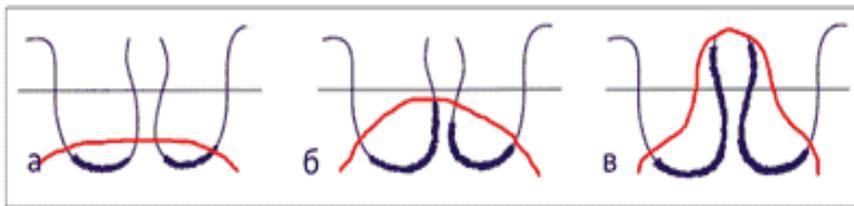


Схема 1. Типы зон трансформации

ЗТ III типа (схема 1в) – представляет эндоцервикальный компонент, который визуализируется не полностью и не исключает экзоцервикальный компонент маленький и большой.

Интерпретация цитологических мазков в основном осуществляется согласно классификации по Папаниколау (табл. 4) и Американской терминологической системе Бетесда (TBS) (табл. 5, 6).

Таблица 4. Цитологическая классификация по Папаниколау

<b>Класс 0</b> – Неудовлетворительный мазок
<b>Класс 1</b> – Отрицательный (атипических клеток нет; нормальная цитологическая картина)
<b>Класс 2</b> – Атипия (воспалительная атипия, плоскоклеточная атипия, койлоцитотическая атипия)
<b>Класс 3</b> – Дисплазия от легкой до тяжелой степени
<b>Класс 4</b> – Рак <i>in situ</i>
<b>Класс 5</b> – Подозрение на инвазивный рак

Таблица 5. Американская терминологическая система Бетесда (2001)

Аббревиатура	Английский термин	Перевод
AGC	Atypical glandular cells	Атипичные железистые клетки
AGC, favor neoplastic	Atypical glandular cells, favor neoplastic	Атипичные железистые клетки, похожие на неопластические
ASC	Atypical squamous cells	Атипичные клетки плоского эпителия
ASCUS	Atypical squamous cells undertermined significance	Атипичные клетки плоского эпителия неясного генеза
ASCH	Atypical squamous cells cannot exclude HSIL	Атипичные клетки плоского эпителия, не позволяющие исключить HSIL
CIN I, II, III	Cervical intraepithelial neoplasia grade 1, 2 or 3	Цервикальная интраэпителиальная неоплазия 1, 2 или 3-й степени
CIS	Carcinoma in situ	Карцинома in situ
HSIL	High grade squamous intraepithelial lesion	Высокая степень плоскоклеточного интраэпителиального поражения
LSIL	Low grade squamous intraepithelial lesion	Низкая степень плоскоклеточного интраэпителиального поражения
NOS	Not otherwise specified	Не определенные иначе
TBS	Terminology Bethesda System	Терминологическая система Бетесда

Таблица 6. Критерии цитологической оценки образца по TBS

**Неудовлетворительный для исследования:**

- препарат признан негодным/не обрабатывался;
- препарат обрабатывался и исследовался, но неудовлетворителен для определения патологических изменений эпителия

**Удовлетворительный для исследования:**

- имеет признаки инфекции или воспаления;
- должно быть представлено описание метапластических, эндоцервикальных и других качественных признаков

**Патологические эпителиальные клетки**

**Клетки плоского эпителия**

- Неклассифицируемые атипические клетки плоского эпителия (ASC)
- Атипические клетки плоского эпителия неясного значения (ASCUS)
- Атипические клетки плоского эпителия – нельзя исключить изменения плоского эпителия высокой степени злокачественности HSIL (ASCH)
  - Изменения плоского эпителия низкой степени злокачественности (LSIL), включая инфицированность вирусом папилломы человека (ВПЧ), легкую дисплазию или цервикальную интраэпителиальную неоплазию I степени (CIN I)
  - Изменения плоского эпителия высокой степени злокачественности (HSIL), включая умеренную и тяжелую дисплазию, рак *in situ* (CIS), CIN II или CIN III с подозрением на инвазию
- Плоскоклеточный рак

**Железистые клетки**

- Атипические без дополнительного уточнения (AGC):  
эндоцервикальные клетки;  
эндометриальные клетки;  
железистые клетки
- Атипические, подозрение на злокачественную трансформацию (AGC, favor-neoplastic):  
эндоцервикальные клетки;  
железистые клетки, вероятно неопластические (NOS)
- Аденокарцинома:  
шейки матки;  
эндометрия;  
внематочная;  
другая неустановленная

**Иное злокачественное новообразование**

Согласно **нормативным документам TBS**, традиционные мазки классифицируются как:

- *удовлетворительные для оценки* – в дополнение к отрицательному заключению в последнем ответе должно быть отмечено присутствие метапластических и эндоцервикальных клеток, а также любой другой качественный показатель (например, частично скрытая кровь, воспалительные клетки и др.). Отсутствие эпителиальных клеток из ЗТ должно быть зафиксировано, но не требует немедленного повторного взятия мазка;

*Примечание: «удовлетворительный» образец должен содержать как минимум 8000–12000 хорошо визуализированных плоских клеток в мазке и 5000 плоских клеток в жидкостном образце, не менее 10 метаплазированных или эндоцервикальных клеток; отсутствие эндоцервикальных клеток отмечается цитологом, но не является критерием «неудовлетворительного» мазка при наличии метаплазированных клеток;*

- *неудовлетворительные для оценки* – эти мазки непригодны для исследования по одной из двух причин (причина должна быть отмечена):

- 1) препарат забракован и не принят к исследованию по вине клинициста, берущего мазок (на стекле отсутствует маркировка или оно повреждено);

- 2) препарат после обработки и исследования признан неудовлетворительным для оценки патологии эпителия (недостаточное количество хорошеовизуализированных клеток плоского эпителия; артефакты при подсушивании мазков на воздухе и др.).

Классификация ВОЗ и классификация системы обучающей программы Европейской комиссии представлены в Приложении 4,

Таблица 7. Сравнение различных морфологических классификаций неинвазивных и инвазивных заболеваний шейки матки

Папаниколау	Дисплазии	CIN	ВПЧ – эффект	TBS
Класс 1	Норма	Норма		Норма
Класс 2	Атипия	Атипия		ASC
Класс 3	Легкая дисплазия	CIN I	Койлоцитоз CIN I	LSIL
	Умеренная дисплазия	CIN II		HSIL
	Тяжелая дисплазия	CIN III		
Класс 4	Рак <i>in situ</i>			
Класс 5	Инвазивный рак	Рак		Инвазивный рак

а пример направления на цитологическое исследование в Приложении 5. В табл. 7 приведено соотношение терминов TBS и других морфологических классификаций, а в табл. 8 – управление результатами цитологических образцов.

Таблица 8. Управление результатами на уровне ПМСП у женщин в возрасте с 25–61 год

<p>Неудовлетворительный/Неадекватный</p>	<p>В случае, когда первый или второй результат цитологического теста является неудовлетворительным, повторите тест не раньше, чем через 3 месяца.</p> <p><b>Примечание:</b> В случае, когда женщина ранее проходила лечение от железистой атипии в настоящем цитологическом тесте отсутствуют клетки из ЗТ, тест необходимо объявить как неудовлетворительным (повторить не ранее чем через 3 месяца)</p>
	<p>В случае, когда третий тест подряд получается неудовлетворительным, направьте женщину на кольпоскопию</p>
	<p>Если у женщины было несколько аномальных тестов за 10 предыдущих лет и не было проведено кольпоскопическое исследование, назначьте кольпоскопию</p>
<p>Отрицательный для интраэпителиальных поражений или злокачественных новообразований, аномалии не были обнаружены. Окончательный тест был отрицательным при обычных обследованиях в течение 10 лет, и до следующего вызова женщина превысит возраст, предусмотренный для скрининга</p>	<p>Исключается из Программы Скрининга</p>
<p>Отрицательный для интраэпителиальных поражений или злокачественных новообразований, аномалии не обнаружены</p>	<p>Если женщине исполнилось 25 лет +, и это первый тест, выполненный в программе скрининга, то она приглашается на следующее скрининговое исследование через 3 года</p> <p>Если у женщины отрицательные результаты в скрининге за прошлые годы или она завершила процесс</p>

	мониторинга, окончание диагноза посредством кольпоскопии и лечения, в случае если это было необходимо, она приглашается на следующее обследование в скрининге через 3 года
Отрицательный для интраэпителиальных поражений или злокачественных новообразований, аномалии не были обнаружены – <b>пациентки ВИЧ+ /пациентки после трансплантации/ пациентки с почечным диализом/ пациентки подвергнувшиеся DES/группа подготовки для трансплантации</b>	Ежегодный цитологический тест (с 20 лет)
Отрицательный для интраэпителиальных поражений или злокачественных новообразований, аномалии не были обнаружены/ следующий цитологический тест без проведения кольпоскопии	В случае первого цитологического теста, которые следует после предыдущего результата ASC-US или LSIL, повторите цитологический тест через 12 месяцев
Отрицательный для интраэпителиальных поражений или злокачественных новообразований, аномалии не были обнаружены/ следующий цитологический тест без проведения кольпоскопии	В случае второго цитологического теста, который следует после результата ASC-US или LSIL, женщина возвращается на обычный скрининг, один раз в 3 года. Повторный вызов через 3 года осуществляется, независимо от возраста пациентки
Отрицательный для интраэпителиальных поражений или злокачественных новообразований, аномалии не были обнаружены/ следующий цитологический тест после проведения кольпоскопии	Частота и способ последующего тестирования будут зависеть от рекомендаций на базе кольпоскопии
Отрицательный для интраэпителиальных поражений или злокачественных новообразований, аномалии не были обнаружены/ следующий цитологический тест/ наблюдение <b>после тотальной гистерэктомии</b>	Для женщин, которые участвовали в скрининге на протяжении последних 10 лет до гистерэктомии и CIN не был обнаружен в гистологическом материале шейки матки, не рекомендуется цитологическое исследование влагалища
	Для женщин, участвовавших в скрининге менее 10 лет и CIN не был обнаружен в гистологическом материале шейки матки, не рекомендуется цито-

	<p>логическое исследование влагалища – цитология из обрезанного влагалища рекомендуется через 6 месяцев после хирургического лечения, и, в случае, когда результат будет отрицательным, не рекомендуется цитологическое исследование влагалища</p> <p>Для женщин, у которых подтвердился CIN в гистологическом препарате после тотальной гистерэктомии, цитология с обрезанного влагалища показана в 6,12, и 18 месяцев после хирургического лечения и если все три результата будут отрицательными, больше рекомендовать не будет</p>
Отрицательный для интраэпителиальных поражений или злокачественных новообразований, аномалии не были обнаружены/ шейка матки с визуальными патологическими изменениями описана в направлении на цитологию	Направление на кольпоскопию
ASC-US – Плоскоклеточная атипия неопределенной значимости	<p>В случае первого результата ASC-US – повторить цитологический тест через 12 месяцев</p> <p>В случае второго результата ASC-US-направление на кольпоскопию.</p> <p>В случае третьего результата ASC-US за последние 10 лет и, если пациентка не проходила кольпоскопическое исследование – направление на кольпоскопию</p>
ASC-US – следующий тест-контроля без кольпоскопического исследования	В случае, когда предыдущие тесты показывали ASC-US или LSIL, и пациентки не возвращались на обычный скрининг-направление на кольпоскопию
ASC-US – кольпоскопическое исследование, рекомендуемое ежегодное наблюдение	<p>В случае первого теста с результатом ASC-US – назначен повторный цитологический тест через 12 месяцев</p> <p>В случае второго или более результатов тестов с ASC-US и, если женщину не возвращали на обычный скрининг – направление на кольпоскопию</p>

LSIL – Дисплазия шейки матки легкой степени	В случае первого результата LSIL- повторить цитологию через 6 месяцев
	В случае второго цитологического теста с результатом LSIL – направление на кольпоскопию
	В случае третьего результата цитологического теста LSIL за последние 10 лет и пациентка не была на цитологическом исследовании – направление на кольпоскопию
LSIL – результат в следующий цитологический тест выполненный без кольпоскопического исследования	В случае, когда предыдущие тесты показывали ASC-US или LSIL, и пациентки не была снова внесена в обычный скрининг- направление на кольпоскопию
LSIL – следующий рекомендуемый тест на основании кольпоскопического исследования через год	Направление на кольпоскопию, если не было рекомендовано повторное включение в обычный скрининг
LSIL – пациентки ВПЧ+ /пациентки после трансплантации/ пациентки с почечным диализом/ пациентки подвергнувшиеся DES/ группа подготовки для трансплантации	Направление на кольпоскопию
ASC-H- Атипичные клетки плоско-го эпителия, не позволяющие исключить железистое интраэпителиальное поражение высокой степени	Направление на кольпоскопию
HSIL – Плоскоклеточное интраэпителиальное поражение высокой степени	Направление на кольпоскопию
Подозрение на Плоскоклеточный рак	Направление в Онкологический Институт
AGC – Атипичные клетки железистого эпителия – изменение границ в клетках железистого эпителия	Направление на кольпоскопию
AGC – Атипичные клетки железистого эпителия – подозрение на злокачественные образования	Направление на кольпоскопию
Подозрение на Аденокарциному	Направление в Онкологический Институт
Разбитая/поврежденная/ истек срок годности виалы	Повторить тест не раньше, чем через 3 месяца

Эндометриальные клетки у женщин в возрасте старше 40 лет (в менопаузе)	Направление на консультацию к врачу гинекологу
Клинические признаки ненормальных кровотечений	Направление на консультацию врача специалиста

### ***КОЛЬПОСКОПИЯ***

Этот метод представляет собой визуальный осмотр с помощью оптического прибора при большом увеличении всего цервико-вагинального отдела, включая вульву (вульвоскопия), как логическое завершение этого исследования. Расширенная кольпоскопия (РКС) включает осмотр и оценку состояния поверхности влажной части шейки матки, влагалища и вульвы при увеличении в 7–30 раз и применение ряда эпителиальных тестов, при которых оценивается реакция тканей в ответ на обработку растворами Люголя и 3 % уксусной кислоты. Для детальной оценки сосудистой сети применяются различные фильтры.

**Показаниями** для проведения РКС являются профилактические осмотры, обследование на приеме у гинеколога и наличие изменений на шейке матки.

#### ***Проведение РКС позволяет:***

- изучить состояние эпителия и сосудов;
- определить состояние стыка эпителиев шейки матки и цервикального канала;
- выявить наличие патологических очагов и их границы;
- определить место биопсии, чтобы она была наиболее эффективной;
- определить метод терапии с целью достижения наибольшей эффективности и сохранения максимального объема шейки матки, особенно у нерожавших женщин.

**Кольпоскопические признаки, подлежащие оценке:** состояние эпителия и зоны трансформации, рельеф поверхности шейки матки, состояние подлежащей соединительной ткани. Обязательным является проведение пробы с 3% раствором уксусной кислоты и раствором Люголя.

РКС может проводиться в любой день менструального цикла, но не во время менструации или в период другого кровотечения.

Оценка данных РКС осуществляется согласно Международной кольпоскопической классификации, которая была принята в 1990 г. в Риме, пересмотрена и улучшена в 2002 г. в Барселоне (табл. 9).

Кольпоскопическая номенклатура, утвержденная Международной федерацией по патологии шейки матки и кольпоскопии (IFCPC) на Всемирном конгрессе в Рио-де-Жанейро (июль, 2011 г.),

Таблица 9. Классификация IFCPC (Рим, 1990; Барселона, 2002)

**Нормальная кольпоскопическая картина**

A – Оригинальный сквамозный эпителий (МПЭ)

B – ЦЭ

C – Нормальная зона трансформации (ЗТ)

**Патологическая кольпоскопическая картина**

A – На уровне ЗТ

1. Ацетобелый (ацидофильный) эпителий

2. Мозаика

3. Пунктация

4. Лейкоплакия

5. Йод-негативная зона

6. Атипическая васкуляризация

B – Вне ЗТ

**Подозрение на инвазивный рак**

**Неудовлетворительные результаты исследования**

A – Стык МПЭ и ЦЭ не визуализируется

B – Воспаление или тяжелая атрофия

C – Шейка не визуализируется

**Различные поражения**

A – Микрососочковая поверхность неацидофильная

B – Экзофитная кондилома

C – Воспаление

D – Атрофия

E – Язва

F – Другие

**Зона трансформации, требующая уточнения:**

Тип 1: локализация ЗТ на экзоцервиксе, визуализируется полностью, может быть маленьких и больших размеров;

Тип 2: эндоцервикальный компонент, который визуализируется полностью и экзоцервикальный компонент, может быть маленьких и больших размеров;

Тип 3: эндоцервикальный компонент, который визуализируется не полностью и не исключает экзоцервикальный компонент маленький и большой.

Таблица 10. Гистологическая классификация опухолей женских половых органов (ГКО, 1994)

### **I. Эпителиальные опухоли**

**1. Плоскоклеточные образования:** папиллома, остроконечные кондиломы с признаками ВПЧ (CIN I), плоскоклеточная метаплазия, плоскоклеточная атипия (наблюдается при воспалении), CIN (I, II, III)

1.1. Цервикальная интраэпителиальная неоплазия (соответствует термину «дисплазия»):

CIN I – слабая дисплазия;

CIN II – умеренная дисплазия;

CINIII – тяжелая и рак *in situ*;

CIN с кератинизацией (соответствует лейкоплакии с атипией)

Для оценки тяжести диспластических изменений употребляется гистологический термин «SIL» (плоскоклеточные интраэпителиальные поражения — squamous intraepithelial lesion). Эти поражения подразделяются на низкую LSIL (CIN I) и высокую HSIL (CIN II, CIN III) степени;

1.2. Плоскоклеточный рак: ороговевающий, неороговевающий, бородавчатый с признаками ВПЧ, папиллярный

**2. Железистые образования:** полип эндоцервикса; железистая папиллома; атипия эндоцервикального эпителия, обусловленная воспалением

2.1. Железистая дисплазия и аденокарцинома *in situ* (CIN I, II, III)

2.2. Аденокарциномы шейки: муцинозная, эндометриоидная, серозная, светлоклеточная, мезонефроидная, низкодифференцированная железисто-плоскоклеточная

### **II. Стромальные (мезенхимальные) опухоли**

#### **1. Лейомиома**

**2. Лейомиосаркома**, эндоцервикальная стромальная, ботриоидная (эмбриональная), эндометриоидная стромальная саркомы

**3. Смешанные опухоли** (стромальный и эпителиальный компоненты): аденофиброма, аденомиома, аденосаркома, злокачественная мезодермальная опухоль (карциносаркома)

#### **4. Голубой невус, злокачественная меланома**

#### **5. Метастатические опухоли шейки матки** (вторичные)

### **III. Опухолоподобные образования**

Кисты шейки матки, железистая гиперплазия, кистозная гиперплазия, метаплазии (мерцательноклеточная, кишечноклеточная, эпидермальная), эндометриоз, эктопическая децидуа, стромальный полип, эктропион, эктопия, лейкоплакия

### **IV. Воспалительные изменения (МНБ)**

#### **1. Цервицит острый и хронический**

**2. Эндо- и экзоцервициты**, обусловленные специфической инфекцией: туберкулезом, сифилисом, гонореей, хламидиозом, гарднереллезом

# ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

---

## 1. Для истинной эрозии характерно:

- 1) отсутствие клинических симптомов;
- 2) наличие дефекта МПЭ ярко-красного цвета;
- 3) длительность существования 2 нед.;
- 4) наличие поверхностных и промежуточных клеток.

## 2. Степень вовлеченности МПЭ в патологический процесс при CIN I:

- 1) 1/3 эпителиального пласта;
- 2) 1/2 эпителиального пласта;
- 3) 2/3 эпителиального пласта;
- 4) >2/3 эпителиального пласта;
- 5) повреждение всех слоев МПЭ, в том числе поверхностных клеток.

## 3. Наиболее часто при дисплазии поражается:

- 1) задняя губа шейки матки;
- 2) наружный зев;
- 3) передняя губа шейки матки;
- 4) цервикальный канал;
- 5) все перечисленное верно.

## 4. Методы лечения дисплазии шейки матки:

- 1) криодеструкция;
- 2) лазерная вапоризация;
- 3) конизация шейки матки;
- 4) ампутация шейки матки;
- 5) все перечисленное верно.

## 5. При дисплазии шейки матки показаниями к криодеструкции являются:

- 1) CIN I-II;
- 2) крупные очаги дисплазии;
- 3) поражение только влагалищной части шейки матки;
- 4) отсутствие поражений протоков желез;
- 5) отсутствие изменений в цервикальном канале.

**6. При дисплазии показаниями к экстирпации матки являются:**

- 1) неровная поверхность шейки матки;
- 2) переход дисплазии на своды влагалища;
- 3) наличие дисплазии в краях резекции после конизации шейки матки;
- 4) поражение протоков желез;
- 5) ничего из перечисленного.

**7. Вторичная профилактика предраковых заболеваний шейки матки включает в себя:**

- 1) цитологический скрининг;
- 2) не раннее начало половой жизни;
- 3) использование барьерных методов контрацепции;
- 4) своевременное лечение инфекционных заболеваний органов малого таза;
- 5) все перечисленное верно.

**8. К патологическим процессам шейки матки дисгормонального характера относят**

- 1) эктопию;
- 2) эктропион;
- 3) полип;
- 4) атрофию;
- 5) эндометриоз.

**9. Возможности расширенной кольпоскопии:**

- 1) взаимосвязь эпителия с подлежащей стромой;
- 2) оценка клеточного состава;
- 3) определение степени распространенности патологического процесса;
- 4) все перечисленное верно.
- 5) изучение состояния эпителия и сосудов;

**10. Для атрофии МПЭ шейки матки характерно:**

- 1) наличие клеток железистого эпителия эндометриального типа;
- 2) реактивные изменения базальных клеток;
- 3) поверхностные клетки МПЭ с признаками пролиферации;
- 4) клетки МПЭ с явлениями гиперкератоза.

**11. Лечебная тактика при наличии эктопии шейки матки в репродуктивном периоде:**

- 1) динамическое наблюдение.
- 2) противовоспалительная терапия;
- 3) лечение Фerezолом;
- 4) криодеструкция;
- 5) конизация шейки матки;

**12. Микроорганизмы, обладающие тропизмом к клеткам МПЭ и ЦЭ:**

- 1) хламидии;
- 2) гонококки;
- 3) трихомонады;
- 4) ВПЧ.

**13. Факторы риска развития простой лейкоплакии:**

- 1) дисфункция яичников;
- 2) олигоменорея;
- 3) недостаточность лютеиновой фазы;
- 4) медикаментозное воздействие на шейку матки.

**14. Характерные изменения в клетках при ВПЧ-инфекции:**

- 1) дискераноциты;
- 2) признаки воспаления;
- 3) койлоцитоз;
- 4) все ответы верны.

**15. Кольпоскопические признаки, подозрительные в отношении малигнизации:**

- 1) атипические сосуды;
- 2) наличие незаконченной ЗТ;
- 3) ацетобелый эпителий;
- 4) йод-негативные участки.

**16. Этиопатогенетические факторы развития предраковых заболеваний шейки матки:**

- 1) ВПЧ-инфекция;
- 2) травматические повреждения шейки матки;
- 3) наличие урогенитальной инфекции;
- 4) все перечисленное верно.

**17. Рекомендуемое время взятия мазков с шейки матки для цитологического исследования:**

- 1) во время менструации;
- 2) после влагалищного исследования;
- 3) в период лечения инфекционных заболеваний органов малого таза;
- 4) ничего из перечисленного.

**18. Скрининговое исследование для выявления патологии шейки матки:**

- 1) расширенная кольпоскопия;
- 2) УЗИ;
- 3) определение маркера SCC;

## СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

---

**ЗАДАЧА 1.** У пациентки 24 лет на профилактическом осмотре у гинеколога диагностирована эктопия шейки матки. Из анамнеза: менструальная функция без особенностей, беременностей не было, гинекологические заболевания отрицает.

**ВОПРОС 1.** ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА, ХАРАКТЕРНАЯ ДЛЯ ЭКТОПИИ ШЕЙКИ МАТКИ:

- 1) гиперплазия мышечных волокон, наличие фиброзной ткани;
- 2) наличие клеток эндометриального происхождения;
- 3) клетки МПЭ и ЦЭ, плоскоклеточная метаплазия;
- 4) утолщение эпителиального пласта, гиперкератоз, акантоз.

**ВОПРОС 2.** ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА:

- 1) динамическое наблюдение, контроль за результатами цитологического исследования;
- 2) лазерная вапоризация шейки матки;
- 3) конизация шейки матки;
- 4) криодеструкция.

**ЗАДАЧА 2.** Пациентка 45 лет обратилась в стационар с жалобами на кровянистые выделения из половых путей в течение 1 мес. Отмечает нарушение менструальной функции по типу ациклических маточных кровотечений в течение 5 лет, к врачу не обращалась. Из анамнеза: двое родов (без осложнений), два аборта (без осложнений). 10 лет назад криодеструкция шейки матки по поводу эктопии шейки матки. Влагалищное исследование: передняя губа шейки матки сглажена, задняя губа плотной консистенции, кровянистые выделения умеренные, тело матки несколько больше нормы, плотное, ограниченное в подвижности, безболезненное, придатки с обеих сторон четко не определяются из-за инфильтрации параметриев с обеих сторон, не доходящей до стенок таза, слизистая оболочка прямой кишки «на высоте пальца» подвижная.

**ВОПРОС 1.** НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫЙ ДИАГНОЗ У ДАННОЙ ПАЦИЕНТКИ:

- 1) тяжелая дисплазия шейки матки;
- 2) рак шейки матки I стадии;

- 3) рак шейки матки II стадии;
- 4) рак шейки матки III стадии, параметральный вариант.

**ВОПРОС 2. ДЛЯ УТОЧНЕНИЯ СТЕПЕНИ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ОПУХОЛЕВОГО ПРОЦЕССА СЛЕДУЕТ ИСПОЛЬЗОВАТЬ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ:**

- 1) рентгенологическое исследование грудной клетки;
- 2) цистоскопию;
- 3) ректороманоскопию;
- 4) внутривенную урографию.

**ВОПРОС 3. ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА.**

- 1) экстирпация матки с придатками;
- 2) операция Вертгейма;
- 3) лучевая терапия;
- 4) комбинированное лечение.

**ЗАДАЧА 3.** На профилактическом осмотре у гинеколога у пациентки 58 лет по данным расширенной кольпоскопии диагностирован участок ацетобелого эпителия с четкими контурами на 12 часах.

**ВОПРОС 1. НЕОБХОДИМЫЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ:**

- 1) цитологическое исследование;
- 2) ножевая биопсия шейки матки, РДВ матки;
- 3) определение содержания опухолевого маркера Ca-125;
- 4) бактериологическое исследование отделяемого из цервикального канала и влагалища.

**ВОПРОС 2. НАЛИЧИЕ АЦЕТОБЕЛОГО ЭПИТЕЛИЯ НА ШЕЙКЕ МАТКИ ЯВЛЯЕТСЯ:**

- 1) признаком, подозрительным в отношении малигнизации;
- 2) вариантом нормы для постменопаузы;
- 3) проявлением незрелой метаплазии;
- 4) проявлением ВПЧ-инфекции;
- 5) ничего из перечисленного.

**ВОПРОС 3. ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ШЕЙКИ МАТКИ, ВОЗМОЖНЫЕ У ДАННОЙ ПАЦИЕНТКИ:**

- 1) плоскоклеточный неороговевающий рак шейки матки;
- 2) пролиферация базального и парабазального слоев МПЭ, нарушены ядерно-цитоплазматического соотношения в сторону ядра, акантоз;
- 3) гиперкератоз и паракератоз поверхностных клеток МПЭ, лейкоцитарно-лимфоцитарная инфильтрация стромы;
- 4) аденокарцинома шейки матки.

**ЗАДАЧА 4.** Пациентка 42 лет обратилась в женскую консультацию для профилактического осмотра. Менструальная функция не нарушена. В анамнезе одни роды и ушивание разрывов шейки матки. Неделю назад перенесла искусственный аборт на сроке беременности 7 нед. По данным УЗИ органов малого таза патологических изменений не выявлено. При осмотре шейки матки при помощи зеркал: по передней губе на 12-14 часах дефект МПЭ ярко-красного цвета с четкими контурами, с завернутыми краями. По данным цитологического исследования мазков с экто- и эндоцервикса – клетки всех слоев МПЭ, преимущественно парабазальные и базальные, резервные клетки, эритроциты.

**ВОПРОС 1. ВАШ ДИАГНОЗ:**

- 1) эктопия шейки матки;
- 2) истинная эрозия шейки матки;
- 3) цервицит;
- 4) эктропион.

**ВОПРОС 2. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНАЯ ПРИЧИНА ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ ШЕЙКИ МАТКИ У ДАННОЙ ПАЦИЕНТКИ:**

- 1) травматическое повреждение шейки матки в родах;
- 2) наличие ВПЧ-инфекции;
- 3) гипофункция яичников;
- 4) разрыв шейки матки во время родов.

**ВОПРОС 3. ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ДАННОЙ ПАЦИЕНТКИ:**

- 1) динамическое наблюдение;
- 2) динамическое наблюдение в течение 2-4 нед., при сохранении дефекта эпителия – ножевая биопсия шейки матки и РДВ матки;
- 3) криодеструкция шейки матки;
- 4) конизация шейки матки;
- 5) ампутация шейки матки.

**ЗАДАЧА 5.** Пациентка 38 лет обратилась в женскую консультацию с жалобами на ациклические кровянистые выделения из половых путей. Менструальная функция не нарушена. В анамнезе двое родов и три аборта. Вторые роды оперативные с наложением акушерских щипцов, осложнившиеся разрывом шейки матки. Год назад лечилась по поводу эктопии шейки матки и цервицита – диатермокоагуляция шейки матки. При влагалищном исследовании: шейка матки деформирована послеродовыми разрывами, гипертрофирована, наружный зев зияет, вокруг наружного зева эктопия, кровоточащая при контакте, матка и придатки без патологических изменений. По данным цитологического исследования мазков с экто- и эндоцервикса – CIN II-III в цервикальном канале.

**ВОПРОС 1. ВЕРОЯТНЫЕ ПРИЧИНЫ ЗАБОЛЕВАНИЯ ШЕЙКИ МАТКИ У ДАННОЙ ПАЦИЕНТКИ:**

- 1) травма шейки матки в родах;
- 2) воспалительный процесс шейки матки в анамнезе;
- 3) неправильная диагностика и лечение эктопии и цервицита в прошлом;
- 4) все перечисленное верно.

**ВОПРОС 2. ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ДАННОЙ ПАЦИЕНТКИ:**

- 1) комплексная противовоспалительная терапия;
- 2) ножевая биопсия шейки матки и РДВ матки;
- 3) конизация шейки матки;
- 4) криодеструкция шейки матки.

**ПРАВИЛЬНЫЕ ОТВЕТЫ К ЗАДАЧАМ**

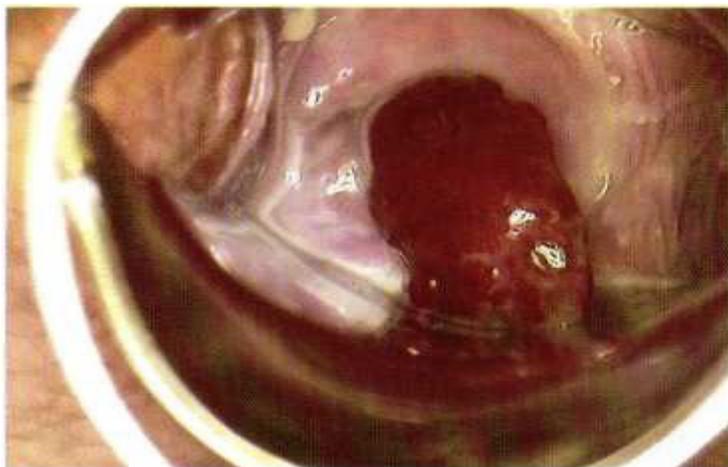
№ задачи	№ вопроса	Правильный ответ
1	1	3
	2	1
2	1	4
	2	1, 2, 3
	3	4
3	1	2
	2	1
	3	1, 2, 3, 4
4	1	2
	2	1
	3	2
5	1	4
	2	2



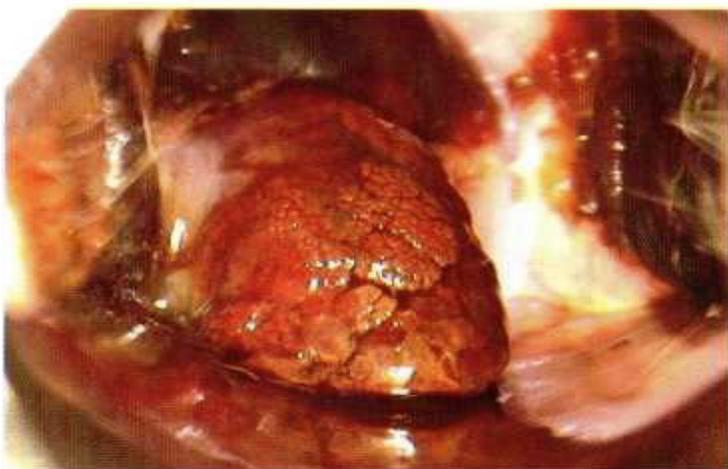
**Рис.1.** Эктопия шейки матки (гроздевидная структура). Видимый выворот шейки матки и наружного зева, обусловленный широким разведением зеркал. На границе с неизменным эпителием виден узкий участок ЗТ



**Рис. 2.** Эктопия в сочетании с тотальным воспалением шейки матки. Небольшой участок красного цвета на передней и задней губе возле наружного зева. ЗТ вновь сформировавшегося плоского эпителия. Множество округлых пятен, соответствующих фокальной клеточной инфильтрации округлой формы, покрывают шейку матки



А



Б

**Рис. 3.** Истинный полип шейки матки. А. Поверхность его неровная, происхождение эпителия неясно. Б. Проба Шиллера не помогла выявить характер эпителия. Гистологическое исследование выявило полип слизистой цервикального канала с акантозным эпителием на поверхности



Б



Б

**Рис. 4.** Истинный полип цервикального канала с признаками ороговевания. А. Кровоточащее полиповидное образование выступает из наружного зева. Б. Зона ороговевания с частично бугристой поверхностью в области тела полипа



**А**



**Б**



**В**

**Рис. 5.** Истинный полип цервикального канала и кисты шейки матки.  
**А.** Полиповидное образование с гладкой поверхностью на узкой ножке. Наботовы железы с тонкими, не вызывающими подозрение сосудами на поверхности. **Б.** Лентовидная форма полипа позволяет предположить наличие ножки в верхней трети цервикального канала. **В.** Проба Шиллера позволяет предположить наличие ЦЭ на поверхности и железистый характер полипа



**Рис. 6.** Эндометриоз шейки матки. Небольшие очаги эндометриоза на задней губе шейки матки, просвечивающие через эпителий



**А**



**Б**

**Рис. 7.** «Клубничная» шейка матки при кольпите. **А.** Поверхность шейки матки покрыта множеством округлых пятен, соответствующих фокальной клеточной инфильтрации. **Б.** После проведения пробы Шиллера зоны воспаления имеют нечеткие контуры и разделены участками так называемого кондиломатозного кольпита

# Цервикальная интраэпителиальная неоплазия (CIN)

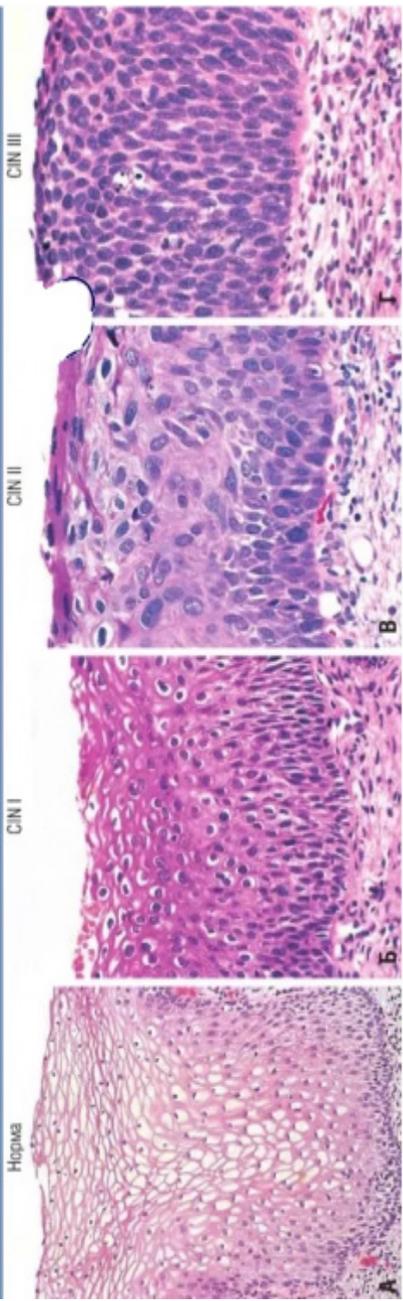


Рис. 8. Гистологическая картина при норме и цервикальной интраэпителиальной неоплазии шейки матки



**Рис. 9.** Нормальная шейка матки во время беременности. Неизменный МПЭ.  
Поверхность шейки матки абсолютно гладкая, цианотичная



А

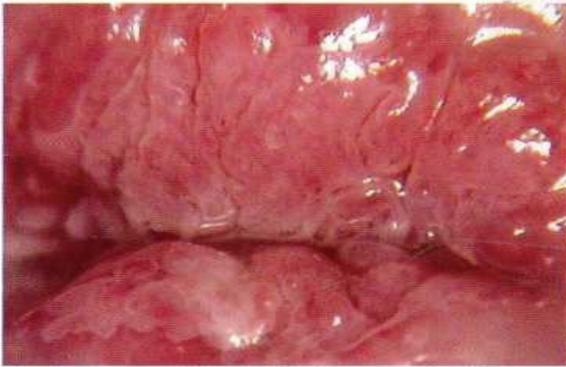


Б

**Рис. 10.** Эктопия в сочетании с децидуальным псевдополипом. А. Шейка матки цианотична, в цервикальном канале определяется децидуальный псевдополип. Граница неизменного плоского и цилиндрического эпителия при раскрытой шейке матки наиболее четкая. Б. При проведении пробы Шиллера на задней губе визуализируется участок ЗТ. Хорошо видна складчатая структура слизистой оболочки цервикального канала



А



Б



В

**Рис. 11.** Эктопия шейки матки. А. Виноградоподобная структура покрытого слизью ЦЭ. Типичная ЗТ с различными стадиями развития МЭ.

Б. Нормальные сосуды сократились под действием 3 % раствора уксусной кислоты. В. ЦЭ не окрасился раствором Люголя

А



Б



**Рис. 12.** Единичный истинный полип цервикального канала с развитой капиллярной сетью и признаками воспаления шейки матки. **А.** Поверхность шейки матки тотально воспалена, характер эпителия поверхности полипа неизвестен. **Б.** Проведение пробы Шиллера позволяет подтвердить наличие воспаления и железистый тип полипа

## РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА

---

Апгар Б.С., Броцман Г.Л., Шпицер. Клиническая кольпоскопия. Практическое руководство. – М.: Практическая медицина, 2014. – 384 с.

Давыдова М.И., Летягина В.П., Кузнецов В.В. Опухоли женской репродуктивной системы.- М.: МИА, 2007. – 376 с.

Коханевич Е.В. Патология шейки и тела матки. Руководство для врачей. – Нежин: Гидромакс, 2009. – 352 с.

Минкина Г.Н., Манухин И.Б., Франк Г.А. Предрак шейки матки. – М.: Аэрографмедиа, 2001. — 112 с.

Подистов Ю.И., Лактионов К.П., Петровичев Н.Н. Эпителиальные дисплазии шейки матки (диагностика и лечение). – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. -138 с.

Роговская С.И., Липова Е. В. Шейка матки, влагалище, вульва. Руководство для практикующих врачей.- М.: Издательство журнала Status Praesens, 2016- 832 с.

Роговская С.И. Практическая кольпоскопия. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 256 с.

Сидорова И.С., Леваков С.А. Фоновые и предраковые процессы шейки матки. – М.: МИА, 2006. -92 с.

Сухих Г.Т., Прилепская В.Н. Профилактика шейки матки: Руководство для врачей. – М.: МЕДпресс-информ, 2012. – 192 с.

Хмельницкий О.К. Цитологическая и гистологическая диагностика заболеваний шейки и тела матки. – СПб.: Сотис, 2000. – 336 с.

Шабалова И.П., Полонская Н.Ю. Основы клинической цитологической диагностики. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 136 с.

Blanc B., Benmoura D. Colposcopie et pathologie genitale. – Paris: Arnette, 1993. – 283 p.

Comprehensive Cervical Cancer Control. A guide to essential practice. – WHO, Geneva, 2006. – 284 p.

EAGC Course Book on Colposcopy / P.Bocze, D.M.Luesley (Eds). – Primed-x Press, Budapest, 2003.-220 p.

Szalay L., Ungar L. Cervical Pathology. Colposcopy and Cytology. Tutorial. – Cytosza Publishing, Gybr, Hungary, 2007. – 444 p.

Wright V.C. Principles of Cervical Colposcopy-A Text and Atlas CD-ROM. – Houston: Biomedical Communications, 2004.

# ПРИЛОЖЕНИЯ

## Приложение 1. Кольпоскопическая номенклатура (IFCPS, Рио-де-Жанейро, 2011)

Общая оценка	Адекватная/неадекватная кольпоскопия по причине воспаления, кровотечения, рубцовой деформации. Граница ЗТ: визуализируется полностью, частично, не визуализируется. ЗТ типов 1, 2, 3.
Нормальная кольпоскопическая картина	Оригинальный сквамозный эпителий: зрелый; атрофичный. ЦЭ: эктопия. Метапластический плоский эпителий: наботовы кисты; открытые железы. Децидуальная трансформация при беременности
Аномальная кольпоскопическая картина	Общие принципы Локализация поражения: внутри или вне ЗТ, локализация по условному циферблату. Размер поражения: число поражений по квадрантам, размер поражения в процентах от размера шейки матки
Степень I (малая)	Тонкий ацетобелый эпителий; неровная граница; мелкая мозаика; мелкая пунктация
Степень II (большая)	Плотный ацетобелый эпителий; быстрое появление ацетобелого эпителия; валикообразный ободок вокруг выводных протоков желез; крупная мозаика; крупная пунктация; четкая граница; признак внутренней границы; признак гребня

Неспецифическая кольпоскопическая картина	Лейкоплакия (кератоз, гиперкератоз). Эрозия. Окрашивание раствором Люголя (проба Шиллера): позитивный/негативный
Подозрительная на инвазию	Атипические сосуды. Дополнительные признаки: хрупкие сосуды, неровная поверхность. Экзофитное поражение. Некроз. Изъязвление (некротическое). Опухоль/растущие новообразования
Разные результаты	Врожденная ЗТ. Кондилома. Полип (эктоцервикальный/эндоцервикальный). Воспаление. Стеноз. Врожденные пороки развития. Состояние после лечения. Эндометриоз

**Приложение 2. Протокол кольпоскопии «РЦМиР» КДП ЦРЗ и ПС**

«Республиканский центр матери и ребенка» КДП ЦРЗ и ПС

**ПРОТОКОЛ КОЛЬПОСКОПИИ №**

от \_\_\_\_\_

**ФИО** \_\_\_\_\_ **возраст** \_\_\_\_\_

**ЖАЛОБЫ:** нарушение цикла, боли, бесплодие, вульводиния, другие \_\_\_\_\_

**ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ИССЛЕДОВАНИЯ:** скрининг, цитологические изменения, визуальные изменения, ПВИ, выявленные ранее кольпоскопические изменения, постлечебный мониторинг, другое \_\_\_\_\_

Результаты дополнительного обследования: ИППП \_\_\_\_\_

ВПЧ \_\_\_\_\_

Онкоцитология (ПАП-ТЕСТ) \_\_\_\_\_

Месячные с \_\_\_\_\_ (не)регулярные, скудные, умеренные, обильные, через \_\_\_\_\_ дней по \_\_\_\_\_ дней Последние месячные \_\_\_\_\_

Роды \_\_\_\_\_

Аборты \_\_\_\_\_ Выкидыши \_\_\_\_\_

В анамнезе патология ш.м.: дисплазия, лейкоплакия, эрозия, другие \_\_\_\_\_

Лечение (не) проводилось: лазер, крио, ДЭК, ПЭЭ, другое \_\_\_\_\_

Контрацепция: ВМС \_\_\_\_\_, КОК \_\_\_\_\_, БМК \_\_\_\_\_, ППА \_\_\_\_\_, другое \_\_\_\_\_

Аллергия на йод \_\_\_\_\_ Курение: не курит, < 10 сигарет в день, алкоголь \_\_\_\_\_

Прием препаратов: гормоны, антибиотики, другие \_\_\_\_\_

Соматический анамнез \_\_\_\_\_

**Описание кольпоскопии:**

Сухим ватным шариком выделения удалены с поверхности ш/м. 1. Шейка матки обработана 3 % раствором уксусной кислоты

Общие положения	Шейка матки	Цилиндрическая	Коническая	(Не) гипертрофирована		
	Кольпоскопия	Удовлетворит.	Неудовлетворит.	Стык эпителиев виден, не виден		
	Нормальное состояние	Оригинальный плоский эпителий		Зрелый	Атрофический	
	Зона трансформации (ЗТ)	Нет	Есть		Тип I, II, III	
			Зона	Условный циферблат		
Нормальная картина	Открытые железы (ОЖ)	Нет	Есть		Без ороговения	
	Ретенционные кисты (ЗЖ)	Нет	Есть		Единичные	Множественные
	Эктопия (Эк)	Нет	Есть		Большая	Небольшая
	Децидуоз при беременности	Нет	Есть		Полиповидный	Опухолевидный
	Сосуды (С)	Нет	Есть		Типичные	

Аномальная картина	Лейкоплакия (Л) Кератоз (К)	Нет	Есть			Тонкая	Толстая
	Мозайка (М)	Нет	Есть			Нежная	Грубая
	Пунктация (П)	Нет	Есть			Нежная	Грубая
	Атипичные сосуды (АС)	Нет	Есть				
	Ацето-белый эпителий (АБЭ)	Нет	Есть			Нежный	Грубый
	Открытые железы с ороговением	Нет	Есть				
	Внутри поражения контуры более плотного АБЭ	Нет	Есть				
	Признаки гребня (Г)	Нет	Есть				
	Границы аномального эпителия	Нет	Есть			Четкие	Нечеткие
	Йод-негативная зона (ЙНЗ)	Нет	Есть			Нерезкая	Резко-контрастная
Зеленый фильтр							

**Неспецифические признаки:** лейкоплакия, эрозия, проба Шиллера (йод позитивная/йод негативная).

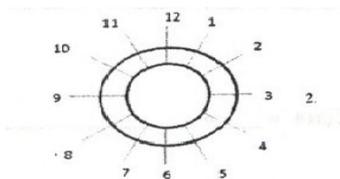
**Другие результаты:** врожденная зона трансформации, кондилома, полип (экзо- /эндоцервикальный), воспаление, врожденные аномалии, постлечевые изменения, эндометриоз.

**Подозрение на инвазию:** атипичные сосуды; дополнительные признаки: хрупкие сосуды, неравномерная поверхность, экзофитное поражение, некроз, изъязвление (некротическое), опухоль/макроскопическое образование.

**КОЛЬПОСКОПИЧЕСКОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ:**

Кольпоскопия адекватная/неадекватная, ЗТ I, II, III типа

1. Нормальная кольпоскопическая картина
2. Абнормальная кольпоскопическая картина, 1 степень (НАЗТ)
3. Абнормальная кольпоскопическая картина, 2 степень (ВАЗТ)
4. Абнормальная кольпоскопическая картина, неспецифические признаки
5. Подозрение на инвазию
6. Разные результаты, экзоцервикс без патологии



1. Мазки на флору
2. Мазок на онкоцитологию
3. Биопсия шейки матки
4. Эндоцервикальный соскоб
5. ВПЧ-тест
6. Аспират из полости матки

**Контроль с результатами**

Дата « \_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. Врач \_\_\_\_\_

### Приложение 3 А. Пример клинического наблюдения

Пациентка П., 25 лет, обратилась по поводу наличия эрозии ШМ. Жалоб нет. Анамнез заболевания: эрозия впервые обнаружена 12 месяцев назад. Лечения не было.

Анамнез жизни: не замужем, курит 20 сигарет в день, соматически неотягощена, лечения по поводу других заболеваний не получает, в остальном без особенностей.

Гинекологический анамнез: менструальный цикл без особенностей, половая жизнь с 17 лет, родов не было, аборт 1 в сроке 6 недель без осложнений. Дважды отмечает эпизоды бактериального вагиноза, по поводу которых получила лечение Клионом Д. Других ИППП не было. Половых партнеров – 5. Контрацепция- барьерный метод.

Данные обследования: ВПЧ ПЦР- тест положительный, выявлен ВПЧ тип 16, бактериоскопия- норма.

Гинекологический осмотр: НПО, влагалище без особенностей. Матка не увеличена, область придатков без особенностей. Выделения из влагалища- слизистые, умеренные.

Диагноз кольпоскопический: ПВИ с носительством высокоонкогенного типа (16) ВПЧ. LSIL?

Рекомендовано: цитологическое исследование мазка с ШМ.

Результат цитологии: мазок типа LSIL.

Диагноз клинический: ПВИ. Плоскоклеточное поражение низкой степени.

Рекомендовано: учитывая молодой возраст пациентки, впервые выявленную патологию, наличие ВПЧ и вредных привычек, рекомендовано наблюдение, прекращение курения, использование презерватива с целью барьерной контрацепции. Явка через 6 и 12 месяцев.

Осмотр через 1 год: ВПЧ- тест негативный, цитологический мазок- норма, КС- норма.

Приложение 3 Б. Пример протокола кольпоскопии

«Республиканский центр матери и ребенка» КДП ЦРЗ и ПС

**ПРОТОКОЛ КОЛЬПОСКОПИИ №121**  
от 19.03.17

**ФИО** \_\_\_\_\_ Иванова А.А. \_\_\_\_\_ **возраст** 25 лет \_\_\_\_\_

**ЖАЛОБЫ:** отрицает

**ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ИССЛЕДОВАНИЯ:** скрининг, ПВИ

Результаты дополнительного обследования: ВПЧ 16+

Онкоцитология (ПАП-ТЕСТ) \_\_\_\_\_

Месячные с \_\_\_\_12 лет\_\_(не) **регулярные**, скудные, **умеренные**, обильные, через 31 день

Дней по 3-5 дней Последние месячные \_\_\_\_12.03.17\_\_\_\_ Роды-0; Аборты-1;

Выкидыши-0

В анамнезе патология ш.м.: дисплазия, лейкоплакия, **эрозия**, другие \_\_\_\_\_  
лечение (не) проводилось: лазер, крио, ДЭК, ПЭЭ, другое \_\_\_\_\_

ПЖ с 17 лет.

Контрацепция: ВМС \_\_\_\_\_, КОК \_\_\_\_\_, БМК \_\_\_\_\_, ППА \_\_\_\_\_, другое \_\_\_\_\_

Аллергия на йод- отр. Курение: не курит, **10 сигарет в день и более**, алкоголь

Прием препаратов: гормоны, антибиотики, другие- ваг. таб. Клион Д

Соматический анамнез \_\_\_\_\_

**Описание кольпоскопии:**

Сухим ватным шариком выделения удалены с поверхности ш/м. 1. Шейка матки обработана 3 % раствором уксусной кислоты

Общие положения	Шейка матки	Цилиндрическая	Коническая	(Не) гипертрофирована	
	Кольпоскопия	Удовлетворит.	Неудовлетворит.	Стык эпителиев виден, не виден	
	Нормальное состояние	Оригинальный плоский эпителий		Зрелый	Атрофический
	Зона трансформации (ЗТ)	Нет	Есть	Тип I, II, III	
Нормальная картина			Зона	Условный циферблат	
	Открытые железы (ОЖ)	Нет	Есть	Без ороговения	
	Ретенционные кисты (ЗЖ)	Нет	Есть	Единичные	Множественные
	Эктопия (Эк)	Нет	Есть	Большая	Небольшая
	Децидуоз при беременности	Нет	Есть	Полиповидный	Опухолевидный
	Сосуды (С)	Нет	Есть	Типичные	

Аномальная картина	Лейкоплакия (Л) Кератоз (К)	Нет	Есть			Тонкая	Толстая
	Мозайка (М)	Нет	Есть			Нежная	Грубая
	Пунктация (П)	Нет	Есть			Нежная	Грубая
	Атипичные сосуды (АС)	Нет	Есть				
	Ацето-белый эпителий (АБЭ)	Нет	Есть			Нежный	Грубый
	Открытые железы с ороговением	Нет	Есть				
	Внутри поражения контуры более плотного АБЭ	Нет	Есть				
	Признаки гребня (Г)	Нет	Есть				
	Границы аномального эпителия	Нет	Есть			Четкие	Нечеткие
	Иод-негативная зона (ЙНЗ)	Нет	Есть			Нерезкая	Резко-контрастная
	Зеленый фильтр						

**Неспецифические признаки:** лейкоплакия, эрозия, проба Шиллера (йод позитивная/йод негативная).

**Другие результаты:** врожденная зона трансформации, кондилома, полип (экзо- /эндоцервикальный), воспаление, врожденные аномалии, посттравматические изменения, эндометриоз.

**Подозрение на инвазию:** атипичные сосуды; дополнительные признаки: хрупкие сосуды, неравномерная поверхность, экзофитное поражение, некроз, изъязвление (некротическое), опухоль/макроскопическое образование.

**КОЛЬПОСКОПИЧЕСКОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ:**

Кольпоскопия адекватная/неадекватная, **ЗТТ** типа

7. Нормальная кольпоскопическая картина

**8. Абнормальная кольпоскопическая картина, 1 степень (НАЗТ)**

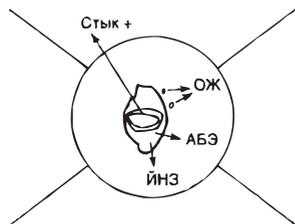
9. Абнормальная кольпоскопическая картина, 2 степень (ВАЗТ)

10. Абнормальная кольпоскопическая картина, неспецифические признаки

11. Подозрение на инвазию

12. Разные результаты, экзоцервикс без патологии

Диагноз: ПВИ гениталий (ВПЧ 16 +). LSIL?



1. Мазки на флору
2. Мазок на онкоцитологию
3. Биопсия шейки матки
4. Эндоцервикальный соскоб
5. ВПЧ – тест
6. Аспират из полости матки

**Контроль с результатами**

Дата « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

Врач \_\_\_\_\_

Приложение 4. Направление на цитологическое исследование  
«РЦМиР» КДП ЦРЗ и ПС

Республиканский центр матери и ребёнка  
Клинико-диагностическая лаборатория

Направление на цитологическое исследование

Ф.И.О ..... Возраст..... Адрес.....

Клинический диагноз: .....

Дата последней менструации: .....менопауза.....лет.

Проводимое лечение:

Оперативное: (уточнить какое, год): .....

Противовоспалительное.....

Лучевое: .....

Гормональное: .....

Прочие клинические данные: .....

Материал получен (нужное подчеркнуть): с поверхности шейки матки, н/З  
цервикального канала, влагалище, НПО, полость матки

Дата забора «.....» ..... 20 ..... г. Ф.И.О. врача.....Подпись.....

Цитологическое заключение

- Материал полноценный
- Недостаточно полноценный: железистый эпителий не обнаружен
- Неудовлетворительный для оценки: единичные эпителиальные клетки, лизис клеток

I. Цитограмма в пределах нормы (нужное подчеркнуть)

- Клетки плоского многослойного и железистого эпителия без особенностей;
- Цитограмма с возрастными изменениями:
- Атрофический тип мазка (в пределах нормы);
- Эстрогенный тип мазка;

II. Воспаление (нужное подчеркнуть)

• Трихомониаз, Грибы типа *Candida*, кокки (бактериальный вагиноз), флора типа *Lepthotrix*;

- Клеточные изменения, связанные с вирусами *Herpes simplex*,HPV;

III. Воспаления с реактивными изменениями эпителия: (воспалительная атипия, плоскоклеточная метаплазия, гиперкератоз, паракератоз, дискератоз).

• Атрофический кольпит – лучевые изменения эпителия клетки, пл. эпителия с атипией неясного значения ASC-US и ASC-H

- Плоское интраэпителиальное поражение эпителия слабой степени L-SIL
- Плоское и интраэпителиальное поражение эпителия тяжелой степени H-SIL
- Плоскоклеточный рак

IV. Цитологические изменения железистого эпителия

- Железистая гиперплазия
- AGUS (клетки железистого эпителия неясного значения)
- Подозрение на неоплазию
- Аденокарцинома

Дата исследования «...» .....20..... г. Врач: .....

**Приложение 5. Противомикробные препараты (антибактериальные, вирусостатические, противогрибковые, противопаразитарные, антисептические средства, иммуноглобулины)**

Группа препаратов	Препараты (наиболее распространенные торговые названия)	
<i><b>Антибактериальные средства</b></i>		
Пенициллины	Пенициллин G Бензатин-пенициллин V Амоксициллин Пиперациллин	
Пенициллины + ингибиторы β-лактамаз	Амоксициллин + клавуланат (Аугментин) Ампициллин + сульбактам (Уназин) Пиперациллин + тазобактам (Тазоцин)	
Цефалоспорины (внутривенные или пероральные)	Первое поколение	Цефазолин (Анцеф)
	Второе поколение	Цефамандол (Мандол) Цефокситин (Мефоксин) Цефуроксим (Зинацеф) Цефотиам (Халоспор)
	Третье поколение	Цефотаксим (Клафоран) Цефтриаксон (Роцефин) Цефтазидим (Фортазим, Фортум)
	Четвертое поколение	Цефепим (Максипим) Цефпиром (Цефром)
Карбапенемы	Цефалексин (Кефлекс) Цефаклор (Цеклор) Цефадроксил (Дурацеф) Цефуроксима аксетил (Цефтин) Цефиксима (Супракс) Цефтибутен (Цедекс) Имипенем + циластатин (Тиенам) Меропенем (Меронем)	
Тетрациклины	Доксициклин (Вибрамицин)	
Аминогликозиды	Гентамицин (Гарамицин) Амикацин (Амикин) Тобрамицин (Тобрекс)	
Макролиды	Эритромицин (Эритроцин) Рокситромицин (Рулид) Азитромицин (Зитромакс) Джозамицин (Вильпрафен) Спирамицин (Ровамицин) Кларитромицин (Биаксин)	

Группа препаратов	Препараты (наиболее распространенные торговые названия)	
Линкозамиды	Линкомицин Клиндамицин (Клеоцин)	
Гликопептиды	Ванкомицин (Ванкоцин)	
Фторхинолоны	Первое поколение	Норфлоксацин (Нороксин) Пефлоксацин (Пефлацине)
	Второе поколение	Ципрофлоксацин (Ципро, Цилоксан) Офлоксацин (Флоксин, Окуфлокс)
	Третье поколение	Левифлоксацин (Левакин) Спарфлоксацин (Загам)
	Четвертое поколение	Моксифлоксацин (Авелокс) Клинафлоксацин Гемифлоксацин Гатифлоксацин (Зарквин)
5-нитроимидазолы	Метронидазол (Флагил)	
Сульфаниламиды	Триметоприм+сульфаметоксазол (Котримаксазол, Бактрим)	
Оксазолидиноны	Линезолид	
<b>Вирусостатические препараты</b>		
Аналоги ДНК, ингибирующие репликацию ДНК (эффекты против ВПГ, ЦМВ и ВИЧ)	Ациклогуанозин (Ацикловир) Валацикловир Фамцикловир Рибавирин Фосфоноформат (Фоскарнет) Ганцикловир Цидофовир Азидотимидин (Зидовудин, АЗТ) Дидезоксинозин (Диданозин, ДДИ) Ламивудин Ставудин Дидезоксицинозин (Зальцитабин, ДДЦ) Карбовир Абакавир	
Нуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы (ННИОТ) (эффективны в отношении ВИЧ)	Невирапин Эфавиренз Делавирдин	

Группа препаратов	Препараты (наиболее распространенные торговые названия)
Ингибиторы протеаз: угнетение созревания и сборки вирионов (Эффективны в отношении ВИЧ)	Сакинавир Индинавир Ритонавир Ампренавир Лопинавир
Другие группы препаратов, используемые для лечения вирусных инфекций	Интерферон- $\alpha$ 2a или - $\alpha$ 2b Занамивир Амантадин Панавир Фомивирсен
Препараты для элиминации генитальных папиллом (ВПЧ)	Подофиллотоксин (Подофилокс)
<b><i>Противогрибковые препараты</i></b>	
Полиены	Амфотерицин В Нистатин Натамицин
Производные имидазола	Клотримазол Миконазол Эконазол Изоконазол Терконазол Тиоконазол Бифоназол Фентиконазол Кетоконазол
Триазолы	Флуконазол Итраконазол Вориконазол
Пиридоны	Циклопирокс оламин
Пиримидины	5-фторцитозин (Флуцитозин)
Другие соединения (красители)	Георгин фиолетовый (Пиоктанин) Генциан виолет Бриллиантовый зеленый Раствор перманганата калия

Группа препаратов	Препараты (наиболее распространенные торговые названия)
<b><i>Противопаразитарные препараты</i></b>	
Малярия	Хинин Хлорохин Мефлохин Прогуанил Доксициклин Атовакон Галофантрин
Токсоплазмоз	Сульфадиазин Хлорохин
	Спирамицин Клиндамицин
Противоглистные препараты	Мебендазол Ивермектин Працикантель
Лобковые, головные вши и клещи	Перметрин Эмульсия линдана Месульфен Пиретрины Малатион
<b><i>Антисептики</i></b>	
Производные Фенила	Раствор карболовой кислоты Раствор гексилрезорцина Хлоргексидин Гексетидин
Альдегиды	Формальдегид
Кислоты	Борная кислота 2 – 3 % Салициловая кислота 0,1 – 0,3 % Уксусная кислота 0,5 – 3 % Аскорбиновая кислота
Окислители	Перекись водорода 0,05 – 0,5 % Перманганат калия 0,01 – 0,5 %
Галогены	Поливидон-йод Натрия гипохлорит Хлорамиин
Сурфактанты	Бензалконий Деквалиния хлорид
Соли тяжелых металлов	Соединения ртути Нитрат серебра Протеинат серебра

Группа препаратов	Препараты (наиболее распространенные торговые названия)
Производные акридина и хинолина	Этакридин 0,1 – 0,5 %
Спирты	Этиловый спирт 70 % Пропиловый спирт 10 %
<b><i>Иммуноглобулины</i></b>	
Стандартные (поливалентные) препараты иммуноглобулина	Интраглобин Ф Интрагект Иммуноглобулин человека нормальный для внутривенного введения Хумаглобулин Октагам Иммуновенин Габриглобин Эндобулин
Гипериммунная сыворотка	Неоцитотект Неогепатект
Внутривенные препараты иммуноглобулина	Пентаглобин

---

Учебное издание

Азбукина Людмила Николаевна  
Чебан Оксана Сергеевна  
Марц Ольга Олеговна  
Ячкова Наталья Николаевна  
Ликий Игорь Николаевич

### **ЗАБОЛЕВАНИЯ ШЕЙКИ МАТКИ**

Учебное пособие

*Издается в авторской редакции*

Компьютерный набор *О.О. Марц, Н.Н. Ячкова, И.Н. Ликий*  
Компьютерная верстка *С.В. Олейников*

ИЛ № 06150. Сер. АЮ от 21.02.02.

Подписано в печать 22.04.19. Формат 60х90/16. Бумага офсетная.

Уч. изд. л. 7,0. Тираж 50 экз. Заказ № \_\_\_\_

Отпечатано в Изд-ве Приднестр. ун-та.  
MD 3300, г. Тирасполь, ул. 25 Октября, 128