

**ПСЕВДОЭРОЗИИ ШЕЙКИ МАТКИ
(терминология, классификация)**

В статье обобщены литературные данные о терминологии и классификации псевдоэрозий шейки матки.

На основании проведенных многофакторных исследований в онтогенезе предложена собственная этиологически, патогенетически, морфологически и клинически обоснованная классификация псевдоэрозий шейки матки.

Псевдоэрозия шейки матки представляет собой участок призматического эндоцервикального эпителия на влажной части шейки матки вокруг наружного маточного зева [1,2,4,7,27]. В то же время некоторые исследователи [1,2,4,7,12,24] отмечают, что на участке псевдоэрозии всегда присутствуют клетки незрелого многослойного плоского эпителия и вновь образующиеся железы. Поэтому определение псевдоэрозии требует уточнения.

Псевдоэрозии являются наиболее частой патологией среди фоновых процессов шейки матки и составляют 10-12% всех гинекологических заболеваний [2]. По данным Л.Н. Василевской и др. [8], псевдоэрозии выявляются у 38,5% женщин, причем 67% из них - молодые женщины в возрасте до 30 лет. Несмотря на широкую распространенность заболевания, этиология и патогенез его окончательно не выяснены. Отсутствие единого взгляда на этиологию и патогенез не позволило исследователям до сих пор разработать единую терминологию и классификацию псевдоэрозий шейки матки.

В настоящее время в литературе встречаются различные термины для обозначения данного заболевания: эрозия [17,27], псевдоэрозия [1,2,4,7,8,12,18], эктопия [11], эктопические процессы [5], эндоцервикоз [13,23].

В клинической практике под термином "эрозия" принято обозначать участок ярко-красного цвета вокруг наружного зева влажной части шейки матки [16]. Долгое время им пользовались широко, называя так язвы, псевдоэрозии, эктропионы, деформации и воспалительные процессы эктоцервикса. В современной литературе термин "эрозия" практически не

встречается, но он фигурирует в отчетных документах лечебных учреждений и Международной статистической классификации болезней, травм и причин смерти (9-й пересмотр), 1983 г.

В прошлом столетии С. Ruge и J. Veit [31] впервые обратили внимание на то, что большинство эрозий шейки матки в действительности являются не эрозиями, а участками эктоцервикса, перекрытыми цилиндрическим эпителием. Они дали краткое описание этих образований, назвав их "ложными эрозиями". Двумя годами позже W. Fischel [25] предложил называть эти образования аденоматозом. В начале нашего столетия О. Kustner [27] назвал их аденоидными разрастаниями, а S. Gottschalk [26] - псевдоэрозиями шейки матки.

R. Meuzg [29,30] подробно изучил это заболевание шейки матки и как бы узаконил термин "псевдоэрозия шейки матки". Однако Liermann [29] советовал псевдоэрозиями называть только врожденные конгенитальные эрозии, а А.И. Серебров [20] псевдоэрозиями обозначал лишь врожденные аномалии развития (эктропион, эктопия) шейки матки. Псевдоэрозии шейки матки у взрослых женщин он относил к железисто-мышечным гиперплазиям. Е. Опитуц [15] предлагал псевдоэрозию называть "гистологическим выворотом".

По предложению М.Ф. Глазнова [10] и И.А. Яковлевой [23], морфологи псевдоэрозии называют эндоцервикозом, по аналогии с эндометриозом, подчеркивая дисгормональный генез заболевания. Л.А. Черкасский и О.П. Мазуровская [22] использовали понятие "дисгормональный цервикоз со смещением цилиндрического эпителия", а Т.В. Богданова [5] - "эктопичес-

кие процессы шейки матки. А.Б. Деражне [11], Е. Burghardt [24] и многие другие отечественные и зарубежные ученые определяли псевдоэрозию как эктопию цилиндрического эпителия, считая, что только термин "эктопия" наиболее точно отражает суть патологического процесса на шейке матки при данном заболевании. В отечественной научной литературе в последнее время для обозначения смещения цилиндрического эндоцервикального эпителия на влагалищную часть шейки матки используют термин "псевдоэрозия". Использование этого термина было рекомендовано редакцией журнала "Акушерство и гинекология" в 1986 году по итогам дискуссии, посвященной неопухольевым процессам шейки матки.

Первую морфологическую классификацию псевдоэрозий шейки матки опубликовали С. Ruge и J. Veit еще в 1878 году [32]. На основе морфологических исследований авторы разделили псевдоэрозии на простые, фолликулярные и сосочковые. Позднее некоторые авторы [6,9,14,19] стали выделять железисто-сосочковую и железисто-кистозную формы псевдоэрозий. Приведенная классификация используется до сих пор во многих лечебных учреждениях России. Она основывается на гистологической картине псевдоэрозий и носит описательный характер.

И.А. Яковлева [23] в 1969 году, учитывая функциональное состояние эпителия эктоцервикса, тенденцию в развитии псевдоэрозий, предложила новую классификацию, согласно которой псевдоэрозия относится к фоновым процессам и обозначается термином "эндоцервикоз". Эндоцервикозы подразделяются на пролиферирующие (прогрессирующие), стационарные (простые) и заживающие (эпидермизирующиеся).

В 1976 году Я.В. Бохман [3] предложил классификацию патологических процессов шейки матки. В этой классификации псевдоэрозии относятся к группе фоно-

вых процессов дисгормональной природы и делятся на железистые, папиллярные и эпидермизирующиеся. Л.Н. Василевская и др. [8] в 1986 году предложила классификацию с учетом этиологических факторов. Псевдоэрозии разделены на врожденные, посттравматические и дисгормональные.

Перечисленные классификации построены с учетом морфологических данных и тенденций развития, но не учитывают формы клинического течения псевдоэрозий шейки матки.

Проведенные нами многофакторные исследования псевдоэрозий в онтогенезе позволили предложить свою терминологию и классификацию псевдоэрозий шейки матки.

Материалы и методы исследования

Нами изучено становление границы эпителиев экто- и эндоцервикса в онтогенезе с помощью гистологических и гистохимических методов на 167 матках плодов, новорожденных и девочек до 14-летнего возраста, в зависимости от гормональной насыщенности. О гормональной насыщенности организма плодов, новорожденных и девочек судили по функциональному состоянию их эндометрия. Проводили изучение биоптатов из шейки матки 494 женщин, больных псевдоэрозией шейки матки. Морфологическую картину при различных типах псевдоэрозий изучали в зависимости от состояния гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы. Радиоиммунологическим методом изучали содержание в плазме крови фолликулостимулирующего, лютеинизирующего гормонов, пролактина, эстрадиола, тестостерона и прогестерона при различных типах псевдоэрозий шейки матки (пролиферирующем, стационарном и заживающем).

Изменения характера проявлений местных иммунных реакций при псевдоэрозиях изучали с помощью иммунологических и иммуноморфологических методов ис-

следования (определение содержания иммуноглобулинов А, М и G в секрете цервикальных желез и в строме эктоцервикса) у 133 больных псевдоэрозией шейки матки. Особенности клинического течения псевдоэрозий шейки матки оценивали при динамическом наблюдении и обследовании 502 пациенток.

Результаты исследования и их обсуждение

Установлено, что характер местных иммунных реакций зависит от фазы менструального цикла и выраженности воспалительного процесса в эктоцервиксе. По клиническому течению псевдоэрозии разделены на неосложненные и осложненные. К заболеваниям, осложняющим течение псевдоэрозий, относятся воспалительные процессы (эндоцервициты, цервициты), дисплазия эпителия шейки матки, фоновые заболевания шейки матки (полипы, лейкоплакия, эритроплакия, эндометриоз и др.) и кровотечения.

При изучении развития шейки матки у плодов, новорожденных и девочек до 14-летнего возраста нами установлено, что граница эпителиев экто- и эндоцервикса в онтогенезе не остается постоянной. Начиная с 30-32-й недели развития, она располагается на влагалищной части, образуя так называемую врожденную эрозию шейки матки. У доношенных плодов, развивавшихся при неосложненной беременности, она встречается в 50% случаев. При осложнениях беременности, сопровождающихся увеличением продукции эстрогенов в фетоплацентарной системе, врожденные эрозии отмечены у всех новорожденных, а при развитии в условиях сниженной выработки эстрогенов они выявлены только у 8,5% доношенных новорожденных. Полученные данные позволяют нам высказать мнение о дисгормональной природе врожденных эрозий. Учитывая механизм их образования, считаем правильным называть их врожденной эктопией цервикального эпителия.

Мы считаем врожденную эктопию цервикального эпителия нормальным этапом развития шейки матки. Возникновение ее зависит от гормональных влияний, так как смещение границы эпителиев экзоцервикса в сторону сводов влагалища совпадает с началом пролиферативных изменений в эндометрии этих плодов.

Методом световой микроскопии исследованы биоптаты шейки матки 494 пациенток. При описании морфологической картины псевдоэрозии учитывали функциональное состояние эпителиев экзоцервикса и тенденцию развития псевдоэрозий в соответствии с рекомендациями И.А. Яковлевой [23]. Нами использован принятый в клинической практике термин "псевдоэрозия шейки матки" вместо термина "эндоцервикоз", предложенного автором. У 124 (25,1%) из 494 больных выявлена пролиферирующая, у 218 (44,1%) - стационарная и у 152 (30,8%) - эпидермизирующаяся псевдоэрозия.

Псевдоэрозии шейки матки у плодов, развивавшихся при избыточном содержании эстрогенов, мы отнесли к прогрессирующим, а у плодов, развивавшихся в условиях сниженной выработки эстрогенов, - к стационарным псевдоэрозиям.

При изучении морфологической картины выявлено, что псевдоэрозии не являются застывшими образованиями на поверхности экзоцервикса, а в них происходят процессы формирования железистых структур и метаплазия резервных клеток. Это диктует необходимость пересмотра классического определения псевдоэрозии шейки матки как очага цилиндрического эпителия на влагалищной части шейки матки, поскольку на этом очаге всегда присутствуют клетки метапластического эпителия и вновь образующихся желез. Поэтому правильнее псевдоэрозией называть **участок цилиндрического эпителия на поверхности экзоцервикса вокруг наружного маточного зева с происходящими на нем процессами образования железистых структур и метаплазии резервных клеток.**

При изучении анамнеза и клинического обследования 502 пациенток (средний возраст $26,4 \pm 0,96$ года) у 61 (12,15%) выявлена врожденная псевдоэрозия. При обследовании же 554 молодых женщин (средний возраст $13,2 \pm 1,3$ года) они выявлены у 122 (22,02%) из них. У остальных женщин выявлена приобретенная псевдоэрозия. Диагноз врожденной псевдо-

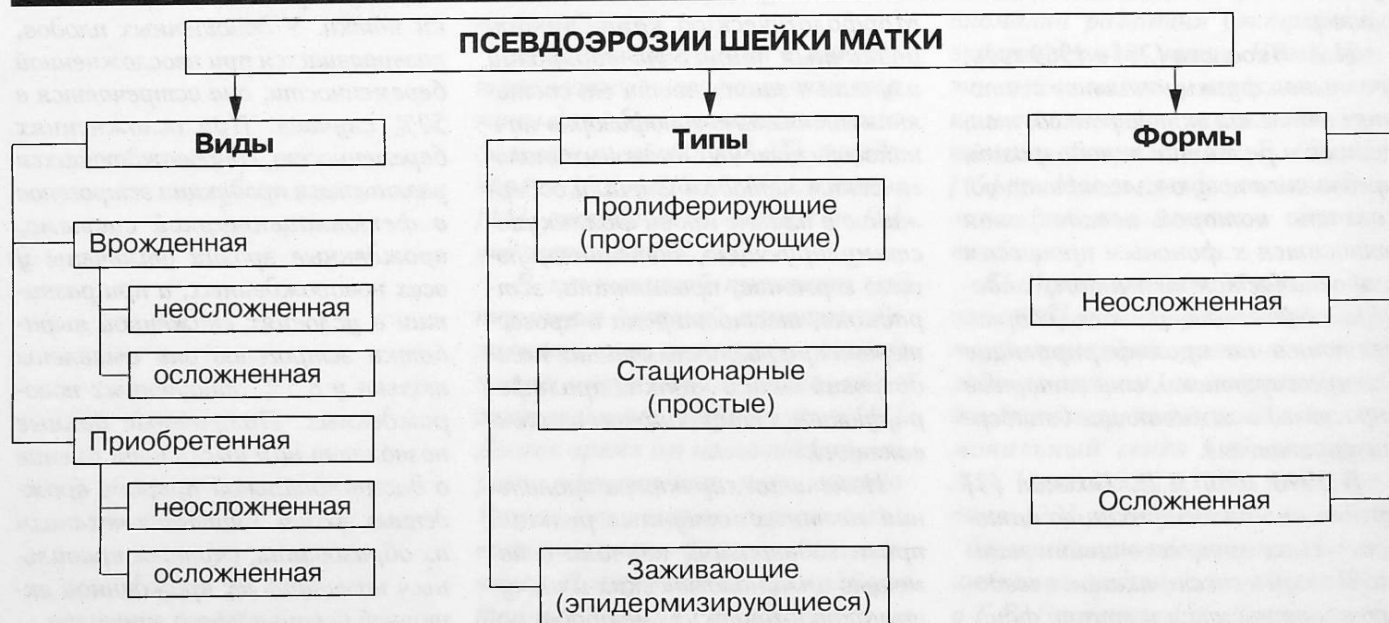
эрозии устанавливали в тех случаях, когда она выявлялась вскоре после начала половой жизни и имела характерные для нее кольпоскопические и морфологические признаки.

Нами выявлены различия в состоянии гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы при различных типах псевдоэрозий. Так, при прогрессирующей псевдоэрозии имеется лишь тенденция к повышению секреции эстрадиола, а при эпидермизирующейся псевдоэрозии - к повышению секреции эстрадиола ($p < 0,05$) в первой фазе менструального цикла. При этих типах псевдоэрозии выявлено снижение секреции прогестерона ($p < 0,05$) во второй фазе менструального цикла.

При стационарном типе псевдоэрозии секреция эстрадиола снижена ($p < 0,05$) и в первой и во второй фазах менструального цикла. Секреция прогестерона во второй фазе цикла остается нормальной, но несколько снижена в первой.

Таким образом, выявлено увеличение секреции эстрадиола в первой фазе и снижение секреции прогестерона во второй фазе менструального цикла в тех случаях, когда идет образование или заживление псевдоэрозии. При стационар-

Классификация псевдоэрозий шейки матки



нарном типе, когда стабилизируются морфофункциональные взаимоотношения на границе эпителиев экзоцервикса, выявлено снижение секреции эстрадиола в первой фазе при нормальной секреции прогестерона во второй фазе менструального цикла. Следовательно, изучение особенностей становления границы эпителиев экзоцервикса в онтогенезе в зависимости от гормональной насыщенности, функционального состояния гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы при различных типах псевдоэрозий позволяет нам высказать мнение о дисгормональном генезе псевдоэрозий шейки матки.

При клиническом обследовании 502 пациенток установлено, что псевдоэрозия сочеталась с воспалительными заболеваниями нижнего отдела гениталий - вагинитом, экзоцервицитом - у 328 (65,5%) женщин. При этом экзоцервицит на фоне вагинита обнаружен у 189 (37,6%), а экзоцервицит без поражения влагалища - лишь у 64 (12,8%) женщин. Из сопутствующих гинекологических заболеваний у пациенток с псевдоэрозией преобладал вагинит, выявленный у 264 (52,8%) женщин, из них у 96 (36,4%) - неспецифический, у 37 (14%) - трихомонадный, у 29 (10,9%) - кандидозной этиологии. У 18 (6,8%) женщин выявлен бактериальный вагиноз, полип цервикального канала обнаружен у 16 (3,2%), лейкоплакия - у 19 (3,8%), эндометриоз - у 12 (2,4%) пациенток.

Нами выявлено, что воспалительные заболевания гениталий до появления псевдоэрозий имели место только у 29,8% женщин, а в остальных 70,2% случаев воспалительный процесс возник после заболевания псевдоэрозией шейки матки. Все это позволило нам выделить две клинические формы заболеваний - неосложненную и осложненную.

В настоящее время известно, что изучение иммунной системы как в норме, так и при патологи-

ческих состояниях, способствует пониманию этиологии и патогенеза заболевания [19]. В связи с этим нами проведено изучение содержания иммуноглобулинов А, М и G в цервикальной слизи, сыворотке крови и строге экзоцервикса у здоровых женщин, больных неосложненной и осложненной псевдоэрозиями шейки матки. Установлена зависимость содержания иммуноглобулинов всех классов от фазы менструального цикла и выраженности воспалительного процесса в экзоцервиксе. Различия в содержании иммуноглобулинов у здоровых женщин и больных неосложненной псевдоэрозией статистически недостоверны. Полученные данные подтверждают отсутствие воспалительного процесса в экзоцервиксе при неосложненной псевдоэрозии шейки матки и позволяют предположить, что воспалительный процесс в экзоцервиксе не является ведущей причиной в образовании псевдоэрозий шейки матки, а присоединяется к уже имеющемуся заболеванию. Косвенным подтверждением этого является то, что псевдоэрозии встречаются чаще, чем цервициты, которым придается решающее значение в возникновении псевдоэрозий. Так, при осмотре 2032 женщин (средний возраст $29,4 \pm 1,5$ года) псевдоэрозии нами выявлены у 122 (6%), а цервициты - у 94 (4,6%) из них. Среди молодых женщин (средний возраст $18,2 \pm 1,3$ года) псевдоэрозии диагностированы у 122 (22,02%), а цервициты - только у 16 (2,8%).

Проведенные многофакторные исследования в онтогенезе позволили нам предложить этиологически, патогенетически, морфологически и клинически обоснованную классификацию псевдоэрозий шейки матки, представленную на рисунке.

Таким образом, проведенные многофакторные исследования позволили с новых позиций подойти к решению вопросов терминологии и классификации псевдоэрозий шейки матки. Изложенные представления об этиологии и па-

тогенезе псевдоэрозии шейки матки предполагают неоднозначный подход к клиническим формам данного заболевания. Неосложненные формы псевдоэрозии являются результатом ответа (реакцией) эпителия шейки матки на изменения гормонального синтеза в яичниках. По морфологической картине они являются эктопией цервикального эпителия и не могут рассматриваться как патологический процесс. Осложненная форма псевдоэрозии, приводящая к нарушению состояния и функций женского организма, должна рассматриваться как патологический процесс. Такой взгляд на псевдоэрозию шейки матки требует дифференцированной врачебной тактики.

ЛИТЕРАТУРА

1. Александреску Д., Лука В., Паску Ф., Илиеску Л. Атлас кольпоскопии. - Бухарест. - Мед. изд-во, 1963, - 22 с.
2. Бодяжина В.И. Псевдоэрозия влагалищной части шейки матки // Акушерство и гинекология. - 1976, - № 9, - С. 68-71.
3. Бохман Я.В. Клиника и лечение рака шейки матки. - Кишинев: Штиница. - 1976, - 234 с.
4. Бохман Я.В. Руководство по онкогинекологии. - Л.: Медицина, 1989. - 464 с.
5. Богданова Т. В. Лечение эктопических процессов шейки матки гелий-неоновым лазером и особенности функционального состояния яичников и гонадотропной функции гипофиза: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - Киев, 1986, - 16 с.
6. Брауде И.Л., Беляева Е.Ф. Раннее распознавание рака матки (микроскопическая диагностика). - М. - Л.: Госиздат, 1938. - 218 с.
7. Василевская Л.Н. Кольпоскопия. - М.: Медицина, 1986. - 156 с.
8. Василевская Л.Н., Винокур М.Л., Никитина Н.И. Предраковые заболевания и начальные формы рака шейки матки. - М: Медицина, 1987. - 160 с.