

Заболевания шейки матки, ассоциированные с ВПЧ: дифференциальная диагностика и выбор лечения

Заболевания шейки матки, ассоциированные с ВПЧ дифференциальная диагностика и выбор лечения

Дикке Г.Б.

Комплексная профилактика и борьба с РШМ

Первичная: устранение факторов риска и вакцинация против ВПЧ.

Вторичная: цервикальный скрининг и лечение выявленных предраковых заболеваний ШМ.

Третичная: лечение РШМ и паллиативная помощь.

Вторичная профилактика РШМ — выявление и устранение предраковых заболеваний и выявление злокачественных опухолей на ранних стадиях

Основана на скрининге

* **Организованный** — охват не менее 80% популяции (позволяет снизить смертность от РШМ на 70%).

* **Оппортунистический** — только 30% популяции.

Клинические проявления ВПЧ-ассоциированных заболеваний шейки матки

I группа

Латентная форма: бессимптомное вирусоносительство.

Субклинические формы:

* плоские кондиломы: типичная структура с множественными койлоцитами;

* малые формы: поражение метапластического эпителия с единичными койлоцитами (небольшая пунктуация и легкая мозаика);

* кондиломатозный цервицит/вагинит.

II группа

Клиническая форма

Интраэпителиальная неоплазия ШМ (LSIL, HSIL), вызванная онкогенными типами ВПЧ высокого риска и преинвазивный рак in situ.

Морфологическая классификация изменений цервикального эпителия (ВОЗ, Bethesda system, 2002 г.)

Стадии прогрессирования заболевания:

* инфицирование ВПЧ, койлоцитоз, или спустя месяцы — CIN I: плоскоклеточные и интраэпителиальные поражения низкой степени риска (ASCUS, LSIL);

* спустя годы — CIN II и CIN III: плоскоклеточные и интраэпителиальные поражения высокой

Тезисы для лекции «Заболевания шейки матки, ассоциированные с ВПЧ: дифференциальная диагностика и выбор лечения»

степени риска (HSIL);

* спустя десятилетия — рак.

Показания к проведению цитологического исследования мазков с экто- и эндоцервикса

* Все женщины 25-65 лет, которым никогда не проводилось цитологическое исследование или проводилось более 3-х лет назад.

* Наличие патологии шейки матки при осмотре в зеркалах.

* Несоответствие последнего мазка требованиям или наличие незначительных изменений (через 6-12 месяцев).

* Наличие кровянистых выделений: межменструальных, посткоитальных, в постменопаузе.

Цитопатическое действие ВПЧ на эпителиальные клетки

Начальные изменения:

* койлоцитоз — вокруг крупного ядра койлоцитов имеется зона просветления, в цитоплазме — многочисленные вакуоли, выраженная базофилия;

* дискератоз — нарушен процесс ороговения, выражающийся в патологической кератинизации отдельных эпителиальных клеток.

LSIL (CIN1): интраэпителиальная неоплазия низкой степени.

Промежуточные и поверхностные клетки с несколько укрупненными гиперхромными ядрами и неравномерной структурой хроматина. В цитоплазме — вакуольная дегенерация. Встречаются двухъядерные клетки и фигуры митоза.

HSIL (CIN2, CIN3): интраэпителиальная неоплазия высокой степени.

CIN2

Клетки всех слоев с преобладанием промежуточных и парабазальных с умеренно выраженным полиморфизмом и увеличением ядер, более грубой зернистой структурой ядерного хроматина. Цитоплазма клеток четко очерченная, базофильная.

CIN3

Парабазальные и промежуточные клетки с клеточным и ядерным полиморфизмом. Ядерно-цитоплазматическое соотношение изменяется в сторону ядра. Ядра гиперхромные, структура хроматина в них зернистая и местами неравномерна.

В настоящее время классификация CIN используется только для гистологического диагноза.

При выборе метода цитологического исследования, предпочтение отдается жидкостному методу.

Преимущества жидкостной цитологии: улучшенное качество материала, длительный срок хранения биоматериала, можно приготовить несколько цитологических препаратов, приготовление стандартизированного монослойного мазка, стандартизированные методики окрашивания.

ASCUS

Это атипичные клетки плоского эпителия неясного значения: аномальные клетки, которые нелегко²

2018 © АНО «Открытые Медицинские Коммуникации».

<https://openmedcom.ru/lections/1146>

Тезисы для лекции «Заболевания шейки матки, ассоциированные с ВПЧ: дифференциальная диагностика и выбор лечения»

классифицировать как реактивные или предраковые.

Женщины с ASCUS требуют наблюдения (в 20% случаев после тщательного исследования обнаруживается дисплазия).

Кольпоскопия

Это не метод скрининга. Количество пациентов, которым выполняется кольпоскопия, должно быть ограничено.

Показания: аномальные результаты цитологического исследования, наличие подозрительных визуальных аномалий, выявление ВПЧ ВКР (высокого канцерогенного риска).

Задачи: оценка состояния эпителия ШМ и влагалища, выявление очага поражения, дифференциация доброкачественных изменений от подозрительных, прицельная биопсия (в 25% случаев без контроля кольпоскопии не позволяет обнаружить интраэпителиальные поражения).

Классификация кольпоскопической картины

По международной терминологии (принятой на 7-м всемирном съезде по патологии ШМ и кольпоскопии (IFCPC) в Риме, пересмотрена в 2001 и 2014 гг.).

I. Нормальные кольпоскопические картины

* Оригинальный многослойный плоский эпителий.

* Цилиндрический эпителий.

* Нормальная зона трансформации (ЗТ).

Именно ЗТ является наиболее уязвимой для проникновения ВПЧ, поэтому должна оцениваться тщательно.

Признаки ЗТ: переходный эпителий различной степени зрелости, открытые и закрытые железы.

Кольпоскопическая картина

* Адекватная: видна граница (стык) между плоским и цилиндрическим эпителием (внешняя и внутренняя) — тип 1.

* Неадекватная: видна внешняя граница — тип 2, стык не виден — тип 3.

В ряде случаев, когда зона стыка находится внутри цервикального канала, ее можно визуализировать отделением боковых губ ШМ палочками с хлопковым наконечником или пинцетом.

При кольпоскопии необходимо определить, является ли ЗТ нормальной или атипичной.

Компоненты нормальной ЗТ

* Островки цилиндрического эпителия.

* Открытые железы (углубления); закрытые железы (ovuli **Nabothi**).

Компоненты атипичной ЗТ

* 1 степень тяжести: тонкий ацето-белый эпителий, тонкие мозаика и пунктация, нерегулярные географические границы.

Тезисы для лекции «Заболевания шейки матки, ассоциированные с ВПЧ: дифференциальная диагностика и выбор лечения»

* 2 степень тяжести: плотный ацето-белый эпителий, быстрое появление ацетообразования, четкая граница, знак гребня, грубые мозаика и пунктация, возвышающиеся отверстия желез.

II. Аномальные кольпоскопические результаты с локализацией изменений в пределах или вне зоны трансформации

Атипичная ЗТ 1 (LSIL) и 2 (HSIL) степени тяжести.

Аномальные признаки LSIL

- * Нежный ацето-белый эпителий.
- * Нежные мозаика и пунктация.
- * Йод-негативная зона (с частичным прокрашиванием).

Особенности

- * 28% женщин с LSIL имеют CIN 2, 3, поэтому проведение биопсии в этом случае является **необходимым**.
- * 20% LSIL ассоциировано с ВПЧ низкого онкогенного типа.
- * Все методы диагностики — низкоинформативные.
- * Регресс — 6-9 месяцев, прогресс 4-16%.
- * Время наблюдения — не более 2-х лет.

Клинические проявления HSIL

Аналогичны таковым при LSIL, но имеют более грубый характер: плотный АБЭ, нерегулярная грубая мозаика (булыжная мостовая), йоднегативная зона с резкими краями и высокой контрастностью.

III. Кольпоскопическая картина, подозрительная на инвазивную карциному

В первую очередь, отмечается выраженная измененность сосудов шейки матки.

Атипичные сосуды

- * Измененная форма: короткие, искривленные, разной толщины с неравномерным просветом.
- * Разветвленная неоднородная структура.
- * Отсутствие реакции на тест с раствором уксуса.
- * Ломкость сосудов (контактные кровотечения).

IV. Неудовлетворительная (сомнительная) кольпоскопия

- * Граница эпителиев не визуализируется.
- * Деформация.
- * Сильное воспаление или атрофия.
- * ШМ не визуализируется.

V. Другие результаты (смешанные)

- * Не белая микропапиллярная поверхность.

Тезисы для лекции «Заболевания шейки матки, ассоциированные с ВПЧ: дифференциальная диагностика и выбор лечения»

- * Экзофитная кондилома.
- * Кератоз (лейкоплакия тонкая и толстая).
- * Воспаление, атрофия, язва, децидуоз, полип, прочие.

Биопсия ШМ

Проводится из участков экзоцервикса (и других локусов) в области наиболее измененного эпителия с захватом участка здоровой ткани (под контролем кольпоскопа) с целью уточнения морфологических критериев поражения.

Показания: выраженные аномальные кольпоскопические картины, положительный ВПЧ-тест на высокоонкогенные типы, аномальная цитограмма, расхождение результатов цитологии и расширенной кольпоскопии.

Противопоказания: воспалительные процессы нижних отделов гениталий.

Методы: ножевая, специальными биопсийными щипцами, электрохирургическая биопсия петлей.

Тип 3Т и биопсия

Тип 1 — прицельная биопсия.

Тип 2 — петлевая электроэксцизия/прицельная биопсия.

Тип 3 — петлевая электроэксцизия.

Материал после биопсии должен быть достаточного размера (не менее 3 мм), удовлетворительного качества без следов ожога. Должен быть фиксирован в максимально короткие сроки после процедуры, до его высыхания.

Требования к проведению биопсии методом петлевой электроэксцизии

- * Перед вмешательством необходимо расширить ЦК до 6 мм.
- * После выполнения эксцизии из канала ШМ взять соскоб для морфологического исследования адекватности границы иссечения.
- * Подбор энергии для избегания коагуляции границ среза.
- * Контроль заживления проводится через 2-3 недели и 1-1,5 месяца после операции.

Детали, которые уточняются в расшифровке морфологического исследования

- * Дифференцировка эпителия, подразумевающая структурные различия между слоями клеток.
- * Факт ороговения и его степень.
- * Состояние ядра и цитоплазмы, формы и размеров клеточных элементов, присутствие атипии.
- * Митозы — активность деления.
- * Наличие воспаления и лейкоцитарной инфильтрации в результате инфекции.
- * Состояние базальной мембраны, распространение за ее границы атипичных клеток.
- * Состояние сосудов.
- * Расположение и особенности 3Т, наличие метаплазии.

Тезисы для лекции «Заболевания шейки матки, ассоциированные с ВПЧ: дифференциальная диагностика и выбор лечения»

Тактика ведения ASCUS при ВПЧ+ у женщин 25+ лет

Нормальная кольпоскопическая картина → Ко-тест (ВПЧ + цитология) через 1 год:

- * При ASCUS- и ВПЧ-, женщина выбывает в обычный 5-летний скрининг.
- * При ASCUS- и ВПЧ+ или ASCUS+ и ВПЧ- → Ко-тест через год.
- * При ASCUS+ и ВПЧ+, определяется белок p16. При его отрицательном значении Ко-тест через год, при положительном — биопсия и лечение.

Аномальная кольпоскопическая картина → биопсия и лечение.

Необходимость лечения ИППП и восстановления микробиоценоза влагалища

У многих женщин с интраэпителиальными неоплазиями обнаруживается воспаление, которое способствует утяжелению процесса или маскирует имеющиеся изменения в сторону ложно+ или ложно- результатов.

Выявлена взаимосвязь между тяжестью заболевания с распространенностью разнообразных микробиомов и низким уровнем *Lactobacillus spp.*

Роль других инфекций в развитии папилломавирусной инфекции

- * Вызывают иммунодефицит, снижая противовирусную защиту.
- * Способствуют персистенции ВПЧ в клетках эпителия.

Тактика ведения LSIL

Тактику ведения определяет: тип и размеры ЗТ, наличие или отсутствие рецидивов, возраст и репродуктивные планы, состояние иммунной системы, сопутствующие заболевания.

Наблюдение

- * Наблюдение: повтор ПАП-теста через 6-12 месяцев (регресс в 60% случаев в течение 2 лет).
- * Triage: ВПЧ+ — более активная тактика, ВПЧ- — наблюдательная.

Лечение (показания к активной тактике)

- * Большая ЗТ.
- * Неудовлетворительная кольпоскопическая картина, ЗТ тип 3.
- * Персистенция CIN I более 18 месяцев.
- * Женщины старше 35 лет.
- * Невозможность наблюдения.

Показания и условия для абляции

- * Небольшая ЗТ с аномальным эпителием на экзоцервиксе при удовлетворительной кольпоскопии (ЗТ полностью визуализируется).
- * Отсутствие позитивных данных цитологии из цервикального канала (нет данных о железистой патологии и инвазии).
- * Нет расхождения данных цитологии и гистологии (множественная точечная биопсия).

Тезисы для лекции «Заболевания шейки матки, ассоциированные с ВПЧ: дифференциальная диагностика и выбор лечения»

- * Возраст — моложе 30 лет.
- * Планирование беременности.

Показания для эксцизии

- * Неудовлетворительная кольпоскопическая картина ЗТ тип 3.
- * Крупные поражения.
- * Возраст > 35 лет;
- * Расхождение данных гистологии и цитологии.

Аргонплазменная абляция ШМ — предпочтительный метод

Это воздействие на ткани плазмой, формируемой ионизированным аргонном.

Достоинства:

- * отсутствие непосредственного контакта электрода с тканью, что исключает ее налипание на электрод и его микробное обсеменение;
- * контролируемая глубина коагуляции — от 0,5 и до 3 мм;
- * быстрый на надежный гемостаз при капиллярных кровотечениях;
- * аргон вытесняет кислород — не обугливаются ткани, что способствует быстрому заживлению послеоперационной раны;
- * отсутствует задымленность — хорошая визуализация операционного поля.

Показания: гиперкератоз (поражения не глубже 2 мм), эктропион, плоские и мелкие остроконечные кондиломы, CIN 1 (при ЗТ 1 типа).

Противопоказания: наличие водителя ритма.

Для визуализации патологически измененной зоны — проба Шиллера.

Европейские стандарты качества лечения CIN

Абляция не применяется при неудовлетворительной визуализации ЗТ, наличии данных о железистой патологии и инвазивном заболевании, расхождении в данных цитологии и гистологии.

Криотерапия используется только при LSIL.

Эксцизия является предпочтительной ввиду возможности наилучшей гистологической оценки по сравнению с консервативными методами.

ВПЧ и иммунитет

Течение ВПЧ-инфекции (персистенция и развитие до клинически значимых форм или регресс) зависит от активности иммунной системы.

Нормативно-правовая база применения иммуотропных/противовирусных препаратов

* КР РОАГ, МЗ РФ 2017 г. — лечение патогенетически оправдано в дополнение к эксцизии. Показан ряд положительных результатов в отношении инозин пранобекса, интерферонов и некоторых других препаратов в исследованиях с низким уровнем доказательности.

Тезисы для лекции «Заболевания шейки матки, ассоциированные с ВПЧ: дифференциальная диагностика и выбор лечения»

* Приказ 572н (Приложение №20) — интерфероны.

* РЛС (по состоянию на 23.08.2017): разрешено использование препаратов, зарегистрированных на территории РФ в соответствии с инструкцией по медицинскому применению.

Согласно данным исследований, очень ограниченное количество лекарственных средств имеют доказанный эффект в отношении CIN и ВПЧ.

Общие подходы к ведению женщин с HSIL

Выжидательная тактика

* Беременные женщины.

* Очень молодые пациентки с CIN 2 при небольшом поражении и удовлетворительной кольпоскопии.

Пациенток с CIN 3 и карциномой следует направить к онкологу.

При отсутствии других показаний для гистерэктомии, данная процедура считается неприемлемой в качестве первичной терапии для CIN 2 и 3.

Поскольку нет доказанных приоритетных консервативных методов лечения HSIL, петлевая эксцизия является предпочтительной ввиду возможности наилучшей гистологической оценки.

Ведение женщин

1. Петлевая электроэксцизия (ПЭЭ). Ткань удаляется на глубину не менее 6 мм.

2. Абляция применяется редко и только при ситуациях:

* визуализация ЭТ на кольпоскопии;

* нет данных о железистой патологии, инвазивном заболевании и атипии желез;

* нет расхождения данных гистологии и цитологии.

Требования к проведению:

* возраст \geq 30 лет;

* выраженная аномальная кольпоскопическая картина;

* аномальная картина без четких границ у зева при ВПЧ+;

* аномальная цитограмма;

* неудовлетворительная кольпоскопия с подозрением на поражение ЦК.

Противопоказания: воспалительные процессы нижних отделов гениталий или наличие кардиостимулятора.

Анестезия: кратковременная в/в общая или местная инфильтрационная 2% р-ром лидокаина. Для снижения кровопотери в анестетик можно добавить 2% р-р адреналина.

Предпочтительно удаление одним образцом. При большой зоне поражения, возможно применение нескольких пазов.

Европейские стандарты качества лечения CIN

Тезисы для лекции «Заболевания шейки матки, ассоциированные с ВПЧ: дифференциальная диагностика и выбор лечения»

* Очаг удаляется одним образцом. Гистологическое заключение должно содержать информацию о его размере и статусе краев.

* Наличие CIN в краях — свидетельство высокого риска рецидива, но не является поводом для повторной процедуры, если ЗТ визуализируется, нет признаков железистой патологии и инвазии, возраст женщины < 50 лет.

Осложнения ПЭЭ

Ранние: кровотечения (2%), неэффективное удаление пораженных тканей и рецидив (10%).

Отдаленные: преждевременные роды, рождение маловесных детей, разрыв ШМ в родах.

Папилломавирусная инфекция у беременных женщин (поражения ШМ)

1. При наличии поражения ШМ LSIL у беременных женщин проводится кольпоскопия (предпочтительно, но допустимо отсрочить до 6 недель и провести после родов).

2. При отсутствии LSIL по данным кольпоскопии — обследование после родов.

3. При наличии LSIL — ведение согласно клиническим рекомендациям.

На амбулаторном этапе (приказ 572н)

* При обнаружении экзофитных образований, эрозии ШМ — кольпоскопия.

* При дисплазии ШМ II-III степени — биопсия с гистологическим исследованием.

* По показаниям — консультация онколога.

Тактика при РШМ у беременных женщин

Изложена в Национальном руководстве по Акушерству под редакцией: Г. М. Савельевой, Г. Т. Сухих, В. Н. Серова, В. Е. Радзинского. 2-е издание переработанное и дополненное. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. 1080 с.

Вопросы

ЗТ 3 тип в менопаузе. Тактика?

Мазок на цитологию из цервикального канала и с влагалищной части шейки матки. При нормальной цитологии и ВПЧ-, женщина переводится на обычный скрининг. При наличии изменений, действия — соответственно алгоритму.

Женщине 25 лет, не замужем. Активная половая жизнь. Обнаружены ВПЧ 16 и 18 типы. Кольпоскопия — Н-SIL. Цитология — умеренная дисплазия. Беременность в ближайшие 3 года не планирует. Предохраняется ОК. Какова тактика?

Показана активная тактика — электроэксцизия. Однако учитывая 25-летний возраст и отсутствие беременностей, можно какое-то время за ней понаблюдать.

Для подозрения на РШМ при атипичных сосудах, обязательно ли должен присутствовать плотный ацето-белый эпителий, пунктация и мозаика или атипичные сосуды могут быть отдельным симптомом?

Могут быть отдельным симптомом. Бывают ситуации, когда при кольпоскопии отсутствуют другие признаки, кроме атипичных сосудов, а по данным гистологии — РШМ.

Тезисы для лекции «Заболевания шейки матки, ассоциированные с ВПЧ: дифференциальная диагностика и выбор лечения»

Ранее всех женщин с выявленной эрозией ШМ брали на Д-учет. При нормальной флоре выполняли биопсию и РДВ. ДЭК — при получении гистоответа или направление к онкогинекологу. Через 3 месяца пациентку уже нужно было снять с учета, что считалось хорошим показателем работы врача. Способствовала ли такая тактика снижению частоты РШМ или выявлению его на ранних стадиях?

Нет данных о результатах такого ведения женщин 30 лет назад. Но за последние 10-15 лет отмечается рост заболеваемости и смертности от РШМ. Маловероятно, что подобная активная тактика в отношении всех женщин влияла на заболеваемость РШМ, но с учетом большого охвата, возможно, были включены и женщины действительно требовавшие лечения.

Определяем ДНК ВПЧ только 16 и 18 типов?

16-18 типы встречаются в популяции в 80-86% случаев, остальные — другие типы ВПЧ высокого онкогенного риска (14-15 типов). Нужно всегда помнить об этом. ВПЧ 16 и 18 типов обязательно определяются количественным методом, остальные — суммарно. Если 16 и 18 типы не выявлены, но положительный результат при суммарном ВПЧ-тесте, применяется соответствующая тактика.

Через какое время после использования Инозина Пранобекса можно рекомендовать передачу ПЦР на ВПЧ?

В обычные сроки скрининга вне зависимости от применения препарата.

Женщине 38 лет, неполное выпадение матки. Частичная атрезия ЦК после радиоволновой эксцизии по поводу дисплазии ШМ 2 ст. Какова тактика? Нужно ли бужировать или оставить как есть?

Оставить как есть.

С какого возраста начинать цитологический скрининг? Нужно ли учитывать «стаж» половой жизни (случай РШМ в 24 года при дебюте половой жизни в 15 лет)?

Рекомендации: цитологический скрининг — с 21 года, с 26 лет — ВПЧ-тестирование. Или цитологический скрининг спустя 3 года от начала половой жизни.

С какого момента ЗТ 1 типа будет называться врожденной эктопией?

Диагноза врожденная эктопия нет в МКБ.

Рекомендуете ли вы вакцинацию женщинам уже ведущим ПЖ с ВПЧ+ высокоонкогенного типа (Изопринозин +вакцинация)?

В социальном плане для снижения заболеваемости и смертности от РШМ должны вводиться госпрограммы вакцинации против ВПЧ. Сроки должны быть внесены в календарь прививок. Вакцинация должна охватывать подростков соответствующих возрастов.

При индивидуальном решении вопроса для женщин, ведущих ПЖ, показано применение квадριвалентной ВПЧ-вакцины. Вакцинация не эффективна против уже имеющегося типа ВПЧ, но женщина будет защищена от инфицирования остальными 3-мя высокоонкогенными типами ВПЧ.

За рубежом используется 9-ти валентная вакцина, которая, возможно, скоро будет зарегистрирована в РФ. Именно такая прививка показана женщинам, ведущим ПЖ.

Согласно Приказу № 572, 1 раз в год кольпоскопия показана всем обратившимся женщинам. Оправдано ли это?

2018 © АНО «Открытые Медицинские Коммуникации».

<https://openmedcom.ru/lections/1146>

Тезисы для лекции «Заболевания шейки матки, ассоциированные с ВПЧ: дифференциальная диагностика и выбор лечения»

Да. Хотя по современным представлениям это не имеет большого смысла и приводит к удорожанию приема. Однако, пока положение прописано в Приказе №572, процедуру необходимо выполнять.

Девушке 27 лет. ВПЧ-. Жидкостная цитология — норма. На кольпоскопии — эктопия с метаплазией. Тактика?

Патологии нет. Это вариант нормы, не требующей никаких действий.

Женщине 25 лет. ВПС, кардиостимулятор, искусственный клапан сердца. Принимает Варфарин. Выраженная деформация ШМ после РДВ по поводу менометроррагии. Приобретенный эктропион. Планирует беременность. Каким методом проводить лечение ШМ?

Если ВПЧ-тест отрицательный, по данным цитологии в ЗТ метапластический эпителий, по гистологии нет атипии, лечение не проводится,

Ваше мнение о Фотек?

Хорошее. Аппарат конкурентоспособен с зарубежными аналогами для радиоволновой и аргоноплазменной терапии.

Женщине 30 лет. Лимфома Ходжкина. Репродуктивная функция не выполнена. Лечение эрозии ШМ весной 2017 г. (метод не помнит). ВПЧ-. Жидкостная цитология — атипичные клетки не выявлены. На кольпоскопии — ЗТ 2 типа, атипичные сосуды. Какова тактика?

Наблюдение с контролем через 6-12 месяцев — ВПЧ + цитология (co-testing).

ВПЧ 16 типа, NILM. Следует ли назначать Изопринозин для лечения ВПЧ ассоциированного цервицита?

Согласно клиническим рекомендациям, утвержденным МЗ РФ, применение Изопринозина или других препаратов с подобным действием показано только в сочетании с деструктивными методами терапии ШМ. В данном случае от использования препарата следует воздержаться.

ВПЧ-, но имеются койлоциты в мазках. Какова тактика?

Наличие койлоцитов — не патогномоничный признак ВПЧ. Диагноз ВПЧ-инфекции основывается только на результатах ПЦР исследования. Если ВПЧ-, но присутствуют койлоциты, возможно, их появление обусловлено воспалительным процессом.

Профилактика кровотечений во время и после биопсии?

Можно воспользоваться 2% адреналином. Если сосуды стали кровить после биопсии, сразу провести их коагуляцию.

Пациентке 26 лет. Планирует беременность. Биопсия — LSIL. ВПЧ 31 тип. Цитология — без патологии. ЗТ 2 типа. Тактика?

Только наблюдение с повтором цитологии через 6-12 месяцев.

Пациентке 23 года, нерожавшая. ПЖ — с 15 лет. ПП — более 3-х. Цитология — CIN1-2. ВПЧ 16 + более 5. Резко выраженное воспаление. На кольпоскопии — цервицит, эктопия. Проведено лечение системными А/Б и местными противовоспалительными препаратами + 2 курса Изопринозина по 28 дней, планируется 3 и 4 курсы. После терапии для контроля набрана цитология — ASCUS. Какова дальнейшая тактика?

Тезисы для лекции «Заболевания шейки матки, ассоциированные с ВПЧ: дифференциальная диагностика и выбор лечения»

Необходим контроль 1 раз в год с повтором цитологического исследования. Если ASCUS будет сохраняться в течение 2-х лет, возможно, нужно будет пересмотреть тактику в зависимости от результатов обследования.

Женщине 25 лет, нерожавшая. На ШМ в эндоцервиксе — полип. Цитология — атипии не выявлено. ВПЧ-. Дальнейшая тактика?

Удалить полип. Цитология — 1 раз в год.

Беременность 14-15 недель. Обширная эктопия. На кольпоскопии — нет атипичных сосудов. Цитология — метаплазия эпителия, воспаление. ВПЧ 16 тип отриц. Как поступить?

Наблюдать. После родов повторить цитологию и кольпоскопию.