

УДК 618.146-002-055.26

ЦЕРВИЦИТЫ У БЕРЕМЕННЫХ

Е. С. Свердлова

Иркутский государственный институт усовершенствования врачей, г. Иркутск

Показана роль кольпоскопии в диагностике и лечебном мониторинге цервицитов, ассоциированных с бактериальными и вирусными агентами у беременных. Проанализированы амбулаторные карты 240 женщин, планирующих беременность и имеющих в анамнезе урогенитальную инфекцию (УГИ), 760 обменных карт беременных, выполнено более 5000 расширенных кольпоскопий. Рассмотрены кольпоскопические особенности отдельных УГИ. Показано, что определенные изменения на шейке матки требуют гистологического исследования, которое проводится при подозрении на рак независимо от срока беременности, а при подозрении на дисплазию цервикального эпителия — в сроке 16–18 недель.

Ключевые слова: цервицит, беременность, кольпоскопия, генитальные инфекции.

ВВЕДЕНИЕ

Воспалительные заболевания шейки матки — часто встречающаяся патология у беременных женщин, что связано с распространенностью генитальных инфекций. Практически двое из троих, находящихся на разных сроках гестации, имеют жалобы на выделения из половых путей, зуд или жжение либо замечают какие-то новообразования в области вульвы. Вагиниты и цервициты, ассоциированные с бактериями и вирусами, не только создают определенный дискомфорт у беременных, но также являются одним из основных факторов невынашивания беременности [7]. Как правило, заболевания носят хронический характер, инфекционные агенты длительное время персистируют в организме женщины, а проявления могут обнаружиться только в условиях иммунодефицита, обусловленного вынашиванием беременности [1]. Семейные пары, имеющие негативный опыт в виде замершей беременности, мертворождения или рождения ребенка с внутриутробным инфициро-

ванием (ВУИ), проходят обследование, направленное на выявление инфекционных агентов, и затем соответствующее лечение до наступления беременности [3, 5, 9]. К сожалению, повсеместно такие обследования не приняты, и не все акушеры признают отрицательную роль инфекций в осложнениях беременности, изменениях плаценты, плода и новорожденного [5, 7]. К тому же весьма разнятся методы диагностики и их интерпретация. Опираясь на работы дерматовенерологов [4, 6], ведущих акушеров-гинекологов [2, 8], мы считаем, что одной из первостепенных задач врача-клинициста является своевременная и грамотная диагностика инфекций, передающихся половым путем (ИППП), с использованием клинических, эндоскопических и лабораторных методов.

Цель исследования — определение роли кольпоскопии в диагностике и лечебном мониторинге цервицитов у беременных, ассоциированных с бактериальными и вирусными агентами, а также значимости различных лабораторных тестов.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Проанализированы амбулаторные карты 240 женщин, планирующих беременность и имеющих в анамнезе УТИ, 760 обменных карт беременных, выполнено более 5000 расширенных кольпоскопий, около 7000 различных лабораторных тестов и более 100 манипуляций по удалению полипов и кондилом при беременности. Кольпоскопия выполнялась на аппарате Sensitec 2000 с сохранением данных в ПК, что позволило при последующих визитах объективно оценить происходящие изменения. Лабораторные исследования включали: бактериоскопическое исследование материала, взятого из цервикального канала, влагалища и уретры (окраска метиленовым синим и по Граму), посевы (для обнаружения трихомонад и гонококков), ПЦР-диагностику хламидиоза, генитального микоплазмоза, герпеса и папилломавируса, а также иммуноферментный анализ (ИФА) авидности антител к цитомегаловирусу (ЦМВ) и вирусу простого герпеса (ВПГ).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

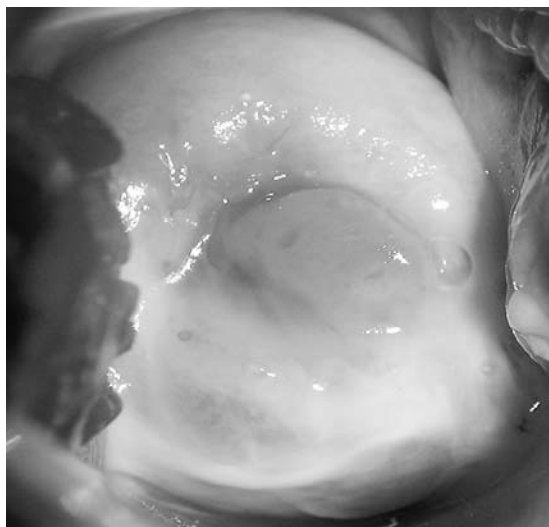
Клинические проявления генитальных инфекций были неспецифичны и в основном выражались в виде выделений разной интенсивности из половых путей, изменении цвета слизистых и появлении дополнительных образований (язвочек, кондилом). Осмотр гениталий позволил диагностировать остроконечные кондиломы вульвы у 43, полипы шейки матки — у 29, патологический характер вагинального содержимого — у 268 беременных. Кольпоскопически воспалению соответствовали отек и гиперемия слизистой экзоцервикса с выраженной кровоточивостью при касании ватным тампоном, смоченным 5%-ным раствором уксусной

кислоты; изменение цвета цервикальной слизи из полупрозрачной белой в непрозрачную желтоватую или даже с зеленоватым оттенком, видимую в приоткрытом наружном зеве; перемещение цилиндрического эпителия (ЦЭ) на экзоцервикс с образованием по периферии множества лимфоидных фолликулов с непрозрачным содержимым и образование участков нетипичного эпителия на границе ЦЭ и многослойного плоского эпителия (МПЭ) или без связи с ЦЭ. Проведенные в последующем бактериоскопические и бактериологические исследования позволили выделить кольпоскопические признаки отдельных урогенитальных инфектов и оценить изменения кольпоскопических картин после назначаемого лечения.

Кольпоскопические особенности отдельных инфекций. При остром трихомонозе шейка имеет вид спелой клубники за счет точечных сосудов, как бы взрывающихся МПЭ. При хронизации процесса из-за множества лимфоидных фолликулов значительно увеличивается влагалищная порция шейки матки. В III зоне экзоцервикса определяются точечные включения типа манной крупы, и вокруг наружного зева формируются крупные зоны желез (ЗЖ) с гнойным содержимым (рис. 1), а также истинные полипы с основанием в цервикальном канале (рис. 2), покры-



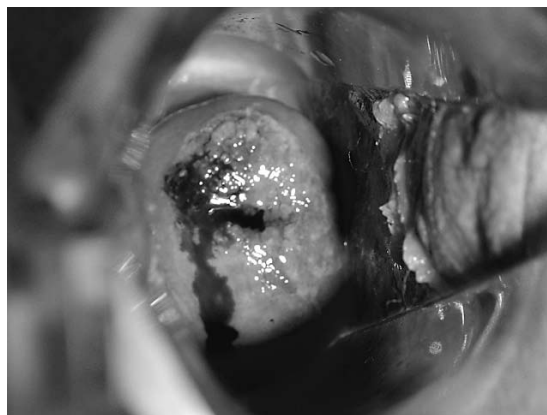
Рис. 1. Хронический цервицит, ассоциированный с трихомонадами



Р и с. 2. Полит цервикального канала

тые железистым или метаплазированным эпителием, в ряде случаев с признаками гиперкератоза на поверхности. Обработка 5%-ным раствором уксусной кислоты не изменяет внешний вид ЗЖ, но сокращаются капилляры, в результате чего слизистая бледнеет, и на этом фоне более четко проступают белые точки в III зоне. Возможны изменения сосудов — они смотрятся в виде отдельных точек, без анастомозов. Шиллер-тест: «леопардовость» шейки после пробы с йодом (проводится до 12 недель беременности). Появление толстой лейкоплакии и других отклоняющихся от нормы состояний эпителия и сосудов (пунктации, мозаики) свидетельствует о сочетании трихомоноза с вирусным поражением и возможным развитием дисплазии цервикального эпителия.

При остром гонорейном цервиците наружный зев приобретает щелевидную форму, а цилиндрический эпителий, равномерно окружающий наружный зев на расстоянии 2—5 мм, имеет насыщенно-красный цвет (рис. 3). При расширенной кольпоскопии верхушки клеток ЦЭ кратковременно белеют, а затем вновь проявляется сеть расширенных извитых сосудов. Вокруг ЦЭ — множество



Р и с. 3. Острый цервицит, ассоциированный с гонококком

открытых желез (ОЖ) с мутным секретом. При хронизации процесса ЦЭ представлен отдельными «островками», разделенными наползающим метаплазированным эпителием. Вокруг «островков» визуализируются сосуды — «звездочки». Зона трансформации (ЗТ) представлена как ОЖ с гиперкератозом, так и мелкими ЗЖ с гнойным содержимым.

При хламидийном цервиците стык МПЭ и ЦЭ располагается на видимой части экзоцервикса, чаще на границе первой и второй зон (рис. 4). ЦЭ выглядит как столбики (сосочки) красного цвета длиной 1—2 мм и шириной 0,5—1 мм. После обработки 5%-ным раствором уксусной кислоты через 20 с верхушки сосочков ЦЭ становятся белыми и кажутся более возвышающимися над поверх-



Р и с. 4. Цервицит, ассоциированный с хламидиями

ностью. На вершущке каждого сосочка виден мелкий пузырек воздуха. По периферии ЦЭ возможно появление тонкой лейкоплакии, нежной мозаики и пунктации — эти изменения происходят под воздействием инфекции. Через 40—60 с ЦЭ вновь становится красного цвета. При проведении пробы Шиллера участки метаплазированного и цилиндрического эпителия йод-негативны.

При кандидозном поражении влагалища и шейки перед кольпоскопией необходима обработка 3%-ным раствором перекиси водорода и хлоргексидином, поскольку белый налет значительно затрудняет осмотр. После удаления выделений шейка матки сохраняет яркую гиперемию с явлениями лихенизации, может кровоточить. На экзоцервиксе имеется множество поверхностных дефектов МПЭ, между которыми наблюдаются белые вкрапления (рис. 5). При большем увеличении (в 15—20 раз) видно, что основу белого вкрапления составляет тот же субстрат из грибов, но проникающий в глубь эпителия. Обработка 5%-ным раствором уксусной кислоты не изменяет вид язвочек и белых включений. Проба Шиллера дает пятнистую окраску.

Патологический биоценоз влагалища, формирующийся при преобладании анаэ-

робной микрофлоры, также меняет внешний вид экзоцервикса, в основном за счет воспалительных реакций в сосудах (рис. 6). Капилляры расширены, с замедленным кровотоком вплоть до стаза, при касании сосуды кровоточат за счет выпотевания форменных элементов крови во внесосудистое русло. Реакция эпителия на 5%-ный раствор уксусной кислоты замедленная (через 30 сек) и короткая (30—40 сек). Проба Шиллера, проводимая до 12 недель беременности, — неоднозначная. Если имеется сочетание с другим бактериальным цервицитом (чаще хламидийным), то на поверхности ЦЭ можно увидеть сочетание мелких и крупных везикул. Мелкие — на каждой клетке призматического эпителия, крупные — над ними.

Изолированные поражения шейки матки при генитальном герпесе (ГГ) практически не встречаются. Первичный эпизод ГГ у беременной женщины, как правило, имеет выраженную клиническую картину в виде общего недомогания, лихорадки и появления мелких поверхностных, чаще одиночных прозрачных пузырьков на половых губах, сопровождающихся чувством локального жжения. Через 1—2 дня на месте пузырьков появляются поверхностные язвочки, общее самочувствие нормализуется. Если в этот момент сделана

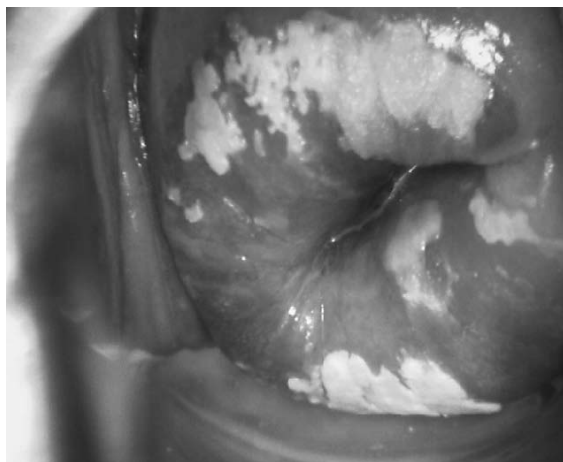


Рис. 5. Цервицит, ассоциированный с *Candida*

кольпоскопия, то на экзоцервиксе также обнаруживаются поверхностные дефекты неправильной формы, окруженные расширенными капиллярами (рис. 7). Шиллер-тест четко очерчивает эти эпителиальные дефекты в виде непрокрашиваемых пятен. Повторные эпизоды ГГ могут не иметь продромы и проявляются в виде отдельных вышеописанных элементов. Носительство ВПГ можно заподозрить при рецидивирующем кандидозе и бактериальном вагинозе, несмотря на проводимое лечение, особенно у лиц с системными заболеваниями, в частности, у ВИЧ-положительных беременных.

Цитомегаловирусная инфекция не имеет специфических кольпоскопических проявлений. Наши наблюдения за беременными и ретроспективная оценка состояния цервикального эпителия женщин, детям которых выставлен диагноз цитомегаловирусной инфекции (ЦМВИ), показали значимость лабораторных тестов (авидность антител, определение иммуноглобулинов в динамике) без возможности кольпоскопического подтверждения.

Папилломавирусная инфекция имеет следующие кольпоскопические картины: участки ацетобелого эпителия (АБЭ), проявляющиеся после уксусной пробы (рис. 8); зоны лейкоплакии с прозрачными пузырьками на поверхности; участки пунктации или мозаики разной степени выраженности (от нежной до грубой); йод-негативные зоны и типичные экзофитные кондиломы в виде цветной капусты или петушиного гребня, состоящие из возвышающегося МПЭ с просвечивающими в нем древовидными сосудами, имеющие ножку или широкое основание (рис. 9). На основании 678 кольпоскопий, выполненных беременным с папилломавирусной инфекцией (ПВИ), подтвержденной ПЦР, нами установлено, что ПВИ проявляется в виде нетипичного цервикального эпителия, выявляемого в основном за зоной трансфор-

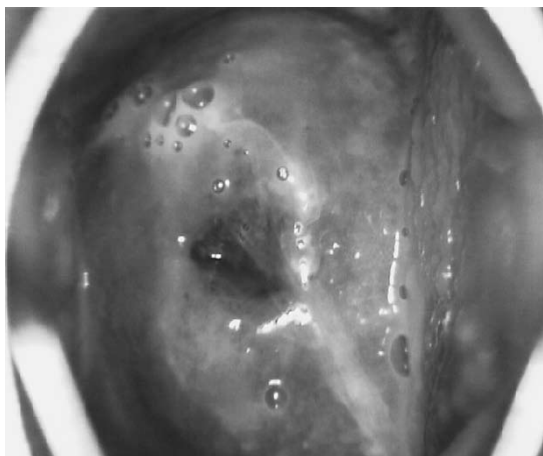


Рис. 6. Бактериальный вагиноз

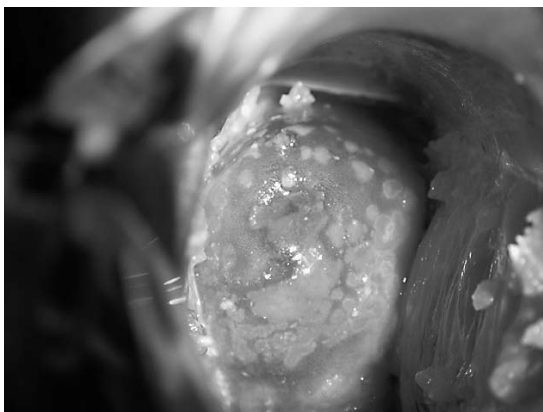


Рис. 7. Цервицит, ассоциированный с вирусом простого герпеса-2

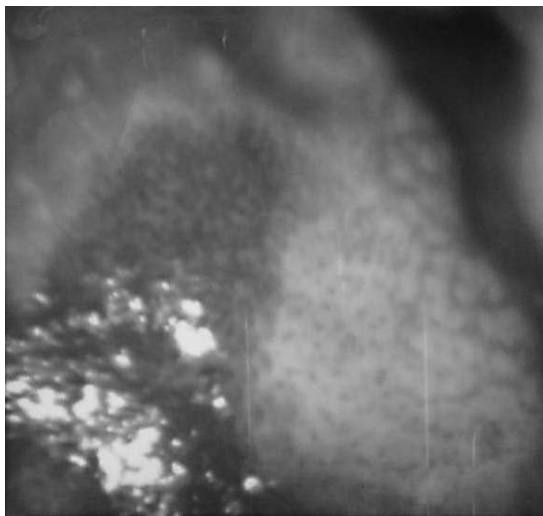


Рис. 8. АБЭ + пунктации при ВПЧ-инфекции

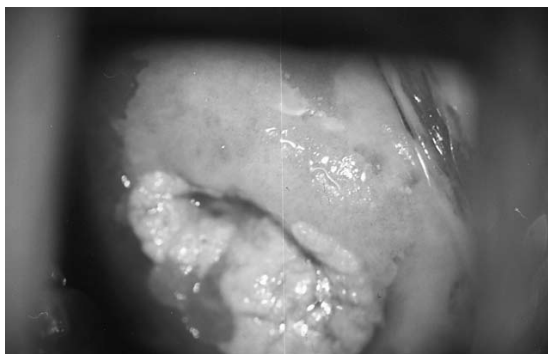


Рис. 9. Плоская кондилома шейки матки

мазии при изолированном поражении вирусом папилломы человека (ВПЧ) и в пределах ЗТ при сочетании с другими бактериальными инфекциями.

1520 беременным кольпоскопия выполнена в первом триместре, при обнаружении каких-либо из вышеописанных изменений проведен целенаправленный поиск инфекционных агентов с помощью лабораторных исследований. Наши предположения подтвердились у 1488 (97,8%) женщин, что позволяет считать кольпоскопию одним из диагностических методов при выявлении генитальных инфекций.

При обнаружении бактериальных инфектов в первом триместре беременности проводились санация влагалища хлоргексидином и лечение кандидоза пимафуцином; во втором триместре для лечения трихомоноза использовался метрогил-гель, для борьбы с хламидиями применялся вильпрафен. Контроль за эффективностью лечения включал не только данные лабораторного исследования, но и кольпоскопический осмотр. Если после лечения кандидоза на шейке сохранялись белые точки, то через короткий промежуток времени возобновлялись жалобы на «творожистые» выделения из половых путей, зуд, дискомфорт, что требовало продолжения антимикотической терапии. При сохранении сосудистой реакции в виде кровянистых выделений при проведении уксусной про-

бы в мазках обнаруживались ключевые клетки в большом количестве. С помощью кольпоскопии был оценен эффект лечения урогенитального хламидиоза до контрольного ПЦР-исследования, которое по стандартам рекомендуется проводить только через месяц после окончания терапии. Уменьшение отека, адекватная сосудистая реакция на уксусную кислоту, исчезновение пузырьков воздуха на вершущке каждой призматической клетки свидетельствуют о положительном результате и, наоборот, сохранение кольпоскопических изменений подтверждается впоследствии сохранением бактериального инфицирования.

Более сложной является оценка папилломавирусных поражений шейки матки. Наиболее типичным кольпоскопическим проявлением ВПЧ у ВИЧ-позитивных беременных явились участки густого возвышающегося уксусно-белого эпителия (УБЭ), имеющего на поверхности вдавления, напоминающие следы на высыхающем песке, — у 12, распространенная толстая лейкоплакия — у 6, грубая пунктация — у 4. При проведении Шиллер-теста участки гиперкератоза оставались непрокрашенными, а участки МПЭ, воспринимающие йод, накапливали его в виде отдельных более темных и возвышающихся точек. Онкогенные штаммы ВПЧ присутствовали у 18 беременных, причем у 15 их количество превышало 10×5 копий. Морфологические заключения соответствовали данным кольпоскопии более, чем заключениям цитолога, которому в ряде случаев мешали элементы воспаления, не позволяющие оценить дифференцировку эпителиального пласта. По данным биопсии, хронический цервицит с формированием инвертирующих кондилом установлен у 5, цервикальная интраэпителиальная неоплазма (ЦИН) 1 — у 15, ЦИН 2 — у 2 ВИЧ-позитивных беременных. В данной группе проводилась антиретровирусная терапия, назначаемая врачами-

инфекционистами, с последующей оценкой вирусной нагрузки. Удаление кондиломатозных разрастаний было признано нецелесообразным.

Кроме этого, нами обследованы и пролечены 92 беременные женщины с различными вариантами проявления ВПЧ: от мелких остроконечных кондилом вульвы до гигантских кондилом шейки матки. Диагноз был установлен на основании осмотра (84 беременные), данных кольпоскопии (92 беременные). ПЦР-диагностика выявила ВПЧ у 86 (93,5%) женщин, генотипирование вируса показало, что у 56 (65,1%) беременных присутствовал ВПЧ низкого онкогенного риска (6, 11-й генотипы). У них преобладали поражения вульвы и нижней трети влагалища. У 30 (34,9%) беременных обнаружены 16, 18, 35-й и другие генотипы высокого онкогенного риска. Основными проявлениями ВПЧ в этих случаях были экзофитные кондиломы шейки матки (24 беременные), инвертирующие кондиломы (2 беременные), а у 4 женщин диагноз установлен только после морфологического исследования кусочка шейки матки, взятого с участка возвышающегося АБЭ (1 беременная), лейкоплакии (1 беременная) и грубой мозаики (2 беременные). При этом из 92 цитологических мазков цитогарма без особенностей была у 42 (45,7%) беременных, койлоциты визуализированы у 30 (32,6%), дискератоциты — у 8 (8,7%), у 12 (13%) беременных была цитогарма воспаления.

Вывод

Таким образом, при использовании метода кольпоскопии в качестве индикатора инфекционных поражений возможны их своевременная диагностика и контроль за эффективностью назначаемого лечения. Кроме этого, определенные изменения на шейке матки в ряде случаев требуют гистоло-

гического исследования, которое проводится при подозрении на рак (непрозрачный АБЭ, толстая лейкоплакия (Л), грубые мозаика (М) и пунктуация (П) независимо от срока беременности, а при наличии более нежных изменений (Л, М, П) — в сроке 16–18 недель.

Библиографический список

1. Иммунологические показатели в дифференциальной диагностике хронических активных и неактивных эндоцервицитов/*В. Ф. Долгушина, Л. Ф. Телешева, В. М. Гольцфарб, В. П. Евтушенко, А. Ю. Савочкина, В. А. Тушиков*//Журнал микробиологии, эпидемиологии и иммунобиологии.— 2006.— № 4.— С. 109—113.
2. *Минкина Г. Н.* Мониторинг цервикальных интраэпителиальных неоплазий/*Г. Н. Минкина*//Патология шейки матки и генитальные инфекции.— М.: МЕДпресс-информ, 2008.— С. 8—15.
3. Профилактика перинатальной патологии при инфекционно-воспалительных заболеваниях гениталий у беременных: пособие для врачей/*В. И. Краснопольский, Т. Г. Тареева, И. О. Шугинин, В. В. Малиновская*.— М., 2004.— 20 с.
4. *Рахматулина М. Р.* Папилломавирусная инфекция как фактор риска патологических процессов шейки матки/*М. Р. Рахматулина, И. А. Нечаева*//Вестник дерматологии и венерологии.— 2007.— № 2.— С. 18—22.
5. *Русакевич П. С.* Заболевания шейки матки у беременных/*П. С. Русакевич*.— Киев: Геолік, 2009.— 144 с.
6. *Савичева А. М.* Краткое руководство по микроскопической диагностике инфекций, передаваемых половым путем/*А. М. Савичева, Е. В. Соколовский, М. Домейка*.— СПб.: Фолиант, 2004.— 128 с.
7. *Сидельникова В. М.* Привычная потеря беременности/*В. М. Сидельникова*.— М.: Триада-Х, 2000.— 304 с.

8. Human papillomavirus (HPV), human immunodeficiency virus (HIV)/A. Agarossi, E. Casolati//Ital. J. Gynaecol. and Obstet.— 2006.— Vol. 18.— № 1.— С. 32—36.
9. Попова Т. В. Роль уrogenітальних інфекцій при патології шийки матки у ВІЛ-інфікованих жінок/Т. В. Попова//Одеськ. мед. ж.— 2004.— № 3.— С. 86—88, 121, 122.

E. S. Sverdlova

CERVICITES IN PREGNANT WOMEN

The role of colposcopy in diagnosis and therapeutic monitoring of cervicites associated with bacterial and viral agents in pregnant women is shown in the paper. Ambulatory cards of 240 women planning pregnancy and having genital infections in anamnesis, 760 exchange cards of pregnant

women, were analyzed. More than 5000 advanced colposcopies were fulfilled. Colposcopic peculiar features of some genital infections are considered. It was shown that certain uterine cervix abnormalities need histological investigation that is performed in suspicion to cancer independently of pregnancy terms and in suspicion to cervical epithelium dysplasia — in the terms of 16—18 weeks.

Keywords: cervicitis, pregnancy, colposcopy, genital infections.

*Контактная информация:
Свердлова Елена Семеновна,
канд. мед. наук, доцент кафедры
акушерства и гинекологии
Иркутского государственного института
усовершенствования врачей,
664079, г. Иркутск, м/р Юбилейный, 100,
тел. 8 (3952) 602-603*

Материал поступил в редакцию 20.07.2010