

2. Vagoras A. Basics of the microscopy of the genital smears / Vagoras A., Savicheva A., Hallen A., Domeika M. — Kaunas: Kata studio, 2001. — 42 p.
3. Vagoras A. ABC for direct microscopy for "Bed side" testing of genital samples / Vagoras A., Domeika M., Hallen A., Butylkina R. — Kaunas: Kata studio, 2001. — 2 p.
4. Sexually transmitted diseases / Holmes K. K., Mardh P. A., Sparling P. F. [et al.] — N.-Y., 1999. — 39 p.
5. Murray P. R. Neisseria / Murray P. R., Rosenthal K. S., Kobayashi G. S., Pfaller M. A. // Medical microbiology. — 2000. — P. 222–231.
6. UK national guidelines on sexually transmitted infections and closely related conditions. Introduction // Sex Transm. Infect. — 1999. — Vol. 75, suppl. 1. — P. S2–S3.
7. Diagnosis of trichomoniasis. Comparison of conventional wet-mount examination with cytologic studies, cultures, and monoclonal antibody staining of direct specimens / Krieger J. N., Tam M. R., Stevens C. E. [et al.] // JAMA. — 1988. Vol. 259, N 8. — P. 1223–1227.
8. Comparison of four methods to detect *Trichomonas vaginalis* / Thomason J. L., Gelbart S. M., Sobun J. F. [et al.] // J. Clin. Microbiol. — 1988. — Vol. 26, N 9. — P. 1869–1870.
9. Comparison of direct fluorescent antibody, acridine orange, wet mount, and culture for detection of *Trichomonas vaginalis* in women attending a public sexually transmitted diseases clinic / Bickley L. S., Krisher K. K., Punsalang A. Jr. [et al.] // Sex Transm. Dis. — 1989. — Vol. 16, N 3. — P. 127–131.
10. The clinical and laboratory diagnosis of *Trichomonas vaginalis* infection / Spence M. R., Hollander D. H., Smit J. [et al.] // Sex Transm. Dis. — 1980. — Vol. 7, N 4. — P. 168–171.
11. Sexually Transmitted Disease Treatment Guidelines 2002 // MMWR. — 2002. — Vol. 51, N RR-6. — P. 1–77.
12. Manual for physicians: STIs. — Moscow: MEDpress-Inform, 2006. — 256 p.
13. Radcliffe K. W. Introduction. European STD guidelines / Radcliffe K. W. // Int. J. STD AIDS. — 2001. — Vol. 12, Suppl. 3. — P. 2–3.
14. Sexually transmitted diseases / Holmes K. K., Mardh P. A., Sparling P. F. [et al.]. — N.-Y., 1999. — 724 p.
15. Diagnosis and clinical manifestations of bacterial vaginosis / Eschenbach D. A., Hillier S., Critchlow C. [et al.] // Am. J. Obstet. Gynecol. — 1988. — Vol. 158, N 4. — P. 819–828.
16. Statistical evaluation of diagnostic criteria for bacterial vaginosis / Thomason J. L., Gelbart S. M., Anderson R. J. [et al.] // Am. J. Obstet. Gynecol. — 1990. — Vol. 162, N 1. — P. 155–160.
17. Hallen A. Bacterial vaginosis in women attending STD clinic: diagnostic criteria and prevalence of *Mobiluncus* spp / Hallen A., Pahlson C., Forsum U. // Genitourin. Med. — 1987. — Vol. 63, N 6. — P. 386–389.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДА ПРЯМОЙ МИКРОСКОПИИ НА ПРИЕМЕ ВРАЧА АКУШЕРА-ГИНЕКОЛОГА ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ РОДИЛЬНОГО ДОМА ГОРОДА ВЫБОРГА ЛЕНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ

М. М. Антоненко (roddomvyborg@mail.ru), Г. В. Казарова,
Г. А. Культенко, З. В. Филатова, Т. Д. Яскеляйнен, Шевченко С.А.

МУЗ родильный дом города Выборга Ленинградской области, Россия.

Введение

Последствиями инфекций репродуктивного тракта (ИРТ) и частично инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), особенно у женщин, могут быть развитие бесплодия, длительные тазовые боли и образование спаек в области малого таза, иногда требующих оперативного вмешательства [1]. Лечение бесплодия является дорогостоящим процессом, связанным с потерей рабочего времени и снижения работоспособности.

Клинические проявления генитальных инфекций неспецифичны. Только на основании анамнеза и проведенного клинического обследования трудно дифференцировать как сами ИРТ, так и возможность наличия неинфекционного процесса. Необходимым условием для

проведения адекватного лечения и консультирования является специфическая лабораторная диагностика.

Инфекционно-воспалительные заболевания половых органов занимают ведущее место в структуре гинекологической заболеваемости (60–65 %). Особое значение имеет нарушение микробиотоза влагалища, встречающееся при скрининговом исследовании у 9–24 % здоровых женщин и у 45–86 % больных гинекологических стационаров. Сочетание инфекций, передаваемых половым путем, и нарушений микробиотоза влагалища достигает 84 %, а у беременных — 68 %. Наблюдается увеличение количества генитальных инфекций среди причин материнской и перинатальной заболеваемости. Таким обра-

зом, практикующим врачам жизненно необходимо внедрение различных методов диагностики ИППП. Сложность и высокая стоимость специфических методов диагностики репродуктивно значимых инфекций не позволяет использовать максимально широкий спектр диагностических средств у всех женщин. Очень важно расширение использования технически и экономически доступных скрининговых исследований, среди которых особенное место занимает метод микроскопии генитальных мазков, проводимый самим врачом на приеме. Врачи акушеры-гинекологи МУЗ «Выборгский родильный дом» применяют метод микроскопии генитальных мазков, который проводят сами на амбулаторном приеме в ежедневной практике с 2003 года.

Цель этой статьи представить опыт использования метода микроскопии мазков урогенитального тракта при обследовании контингентов женщин Выборгского родильного дома.

Материалы и методы

Популяция

Обследованию подверглись две группы пациенток. В первую группу ($n = 6692$) вошли женщины, предъявляющие жалобы на зуд, жжение в области половых органов, а также на выделения из половых путей и др., с выраженными клиническими проявлениями заболевания при гинекологическом осмотре и пациентки из района, то есть территориально удаленные от данного лечебного учреждения. Во вторую группу ($n = 200$) вошли 100 небеременных и 100 беременных женщин, пришедшие на прием в женскую консультацию с разными проблемами.

Приготовление мазков и микроскопия

Исследование вагинальных мазков. Исследовали влажный (нативный) мазок. Микроскопию проводили при увеличении светового микроскопа $\times 100$ и $\times 400$.

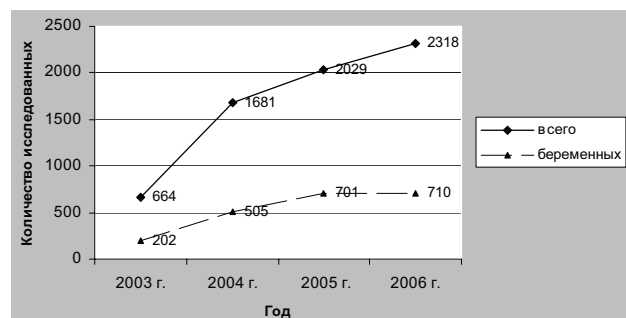


Рис. 1. Динамика нарастания количества исследований методом микроскопии генитальных мазков на приеме врача акушера-гинеколога в Выборгском родильном доме

Исследование цервикальных и уретральных мазков. Мазки наносили на одно стекло, высушивали в течение 5 секунд на воздухе и окрашивали спиртовым раствором метиленового синего по Леффлеру [2, 3]. После этого мазки ополаскивали в проточной водопроводной воде и высушивали салфеткой или струей горячего воздуха. Микроскопию проводили при увеличении микроскопа $\times 100$ и $\times 1000$.

Результаты

Динамика нарастания количества исследований методом микроскопии генитальных мазков на приеме врача акушера-гинеколога в Выборгском родильном доме отражена на рисунке 1.

При помощи микроскопии генитальных мазков на приеме врача, проведенной в 2006 году, в первой группе исследованных выявлено, что 1854 женщины обратились с одной или другой патологией (80 %) и только у 20 % из них имел место нормальный (физиологический) микробиоценоз. Необходимо отметить, что представленная структура заболеваемости не является репрезентативной для всех женщин, посещающих женские консультации, так как контингент пациенток был выборочным и состоял из женщин, предъявляющих жалобы на зуд или жжение в области половых органов, выделения из половых путей и др., с выраженными клиническими проявлениями заболевания при гинекологическом осмотре и пациенток из территориально удаленных от лечебного учреждения районов.

Структура патологии, выявленной при обследовании 2318 женщин, обратившихся в Выборгский родильный дом, представлена на рисунке 2.

Как видно из представленного рисунка, большинство женщин обращались по поводу бактериального вагиноза (49 %), затем по поводу кандидозного вульвовагинита (25 %), цервицита (11 %), трихомониаза (8 %) и неспецифического цервицита и уретрита (7 %).

Результаты, полученные при исследовании 100 гинекологических пациенток, обратившихся в женскую консультацию города Выборга и 100 беременных женщин из двух участков женской консультации города Выборга, представлены в таблице 1. В целях получения информации о состоянии микробиоценоза влагалища и цервикального канала шейки матки во время беременности обследование методом микроскопии проводилось у данной группы женщин трижды в стандартные сроки обследования беременных: при постановке на учет по беременности, при сроке беременности 30 недель и при сроке беременности 36/37 недель.

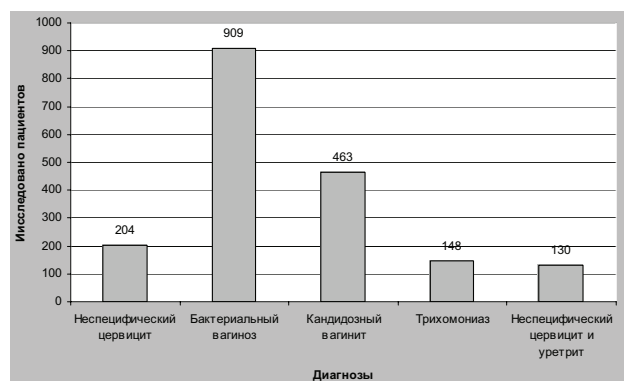


Рис. 2. Структура патологии, выявленной при обследовании 2318 женщин, обратившихся в Выборгский родильный дом

Обсуждение

Анализируя структуру заболеваемости в первой группе, выявлено лидирование неспецифических изменений микробиоценоза влагалища (неспецифический вагинит, бактериальный вагиноз и кандидозный вульвовагинит) — 78 %. Трихомонадный кольпит выявлен у 5 % исследованных. Уретрит и цервицит обнаружен у 17 % женщин (этим пациенткам проводилось дополнительное обследование для установления этиологии заболевания).

Результаты обследования группы беременных женщин выявили высокую степень изменений микробиоценоза влагалища и цервикального канала шейки матки на момент постановки на учет по беременности — 44 %. Из них неспецифические состояния были обнаружены у 77 %, что соответствует данным обследования первой группы пациенток.

С прогрессированием беременности наблюдается достоверное снижение общей заболеваемости — при сроке беременности 30 недель до 37 %, при сроке беременности 36/37 недель до 22 %. По нашему мнению, это свидетельствует об эффективной терапии заболеваний влагалища и шейки матки во время беременности. Обращает на себя

внимание незначительное уменьшение кандидозных вагинитов по мере прогрессирования беременности, что, по-видимому, связано с иммунными и гормональными факторами в организме беременной женщины.

Выводы

(а) микроскопия генитальных мазков, проведенная на приеме врача, является частью клинического исследования, позволяющая определить причину жалоб пациентки уже во время первого приема. При наличии определенных навыков врач может провести исследование, пока пациентка одевается после гинекологического осмотра;

(б) в большинстве случаев уже во время первого посещения может быть установлен специфический диагноз и назначено адекватное лечение. Обязательный в настоящее время процесс консультирования пациентов врачом может быть проведен более целенаправленно;

(в) специфичность метода микроскопии в руках опытного врача достигает 100 %;

(г) использование метода одновременно с осмотром пациентки экономично, позволяет экономить время как врача, так и пациентки;

(д) микроскопия, проводимая врачом, позволяет более целенаправленно использовать лабораторные ресурсы для проведения качественных исследований;

(е) врач, выполняющий микроскопическое исследование сам, овладевает инструментом контроля качества по взятию мазков и, в случае неудачи, всегда может повторно взять материал;

(ж) как показал опыт, врачи, применяющие метод микроскопии, пользуются большим авторитетом у своих пациентов.

Проблемами внедрения этого метода (в качестве скринингового исследования) является недостаток времени на приеме в женской консультации, это не позволяет врачам использовать

Таблица 1

Результаты микроскопического исследования генитальных мазков врачом на приеме среди посетительниц ЖК и беременных женщин города Выборга

Состояние микробиоценоза влагалища и цервикального канала шейки матки	Посетители ЖК (%)	Группа беременных женщин двух ЖК города Выборга		
		при постановке на диспансерный учет (%)	при сроке 30 недель (%)	при сроке 36/37 недель (%)
Бактериальный вагиноз	46	9	3	5
Генитальный кандидоз	20	10	17	12
Трихомониаз	5	1	1	1
Неспецифический кольпит	12	15	13	3
Цервицит	12	9	4	1
Норма	15	56	63	78

микроскопию для обследования всех пациенток, недостаточное оснащение кабинетов инструментами, необходимыми для качественного проведения этого исследования.

Литература

1. Global prevalence and incidence estimates of selected curable STDs / Gerbase A. C., Rowley J. T., Heymann D. H. [et al.] // *Sex Transm. Infect.* — 1998. — Vol. 74, suppl. 1. — P. S12–6.

2. Вагорас А. Основы микроскопии мазков мочеполового тракта / Вагорас А., Савичева А., Галлен А., Домейка М. Kaunas: Kata studio, 2001. — 42 p.

3. Савичева А. М. Краткое руководство по микроскопической диагностике инфекций, передаваемых половым путем / Савичева А. М., Соколовский Е. В., Домейка М. — СПб.: Фолиант, 2004. — 128 с.

ДИАГНОСТИКА ПАПИЛЛОМАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ В СКРИНИНГЕ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ

Е. В. Шипицына, Е. А. Золотоверхая, Е. С. Юшманова, А. М. Савичева (savitcheva@mail.ru)

ГУ НИИ акушерства и гинекологии им. Д. О. Отта РАМН, Санкт-Петербург, Россия.

■ Подтверждение этиологической роли вируса папилломы человека (ВПЧ) в развитии рака шейки матки привело к тому, что диагностика папилломавирусной инфекции наряду с цитологическими исследованиями стала рассматриваться как важнейший элемент скрининга и профилактики этого заболевания. Многочисленные исследования продемонстрировали, что тест на ВПЧ обладает гораздо более высокой чувствительностью для выявления цервикальных интраэпителиальных неоплазий, чем цитологическое исследование. В данной статье рассматриваются основные положения, обосновывающие эффективность тестирования на ВПЧ в скрининге в сочетании с цитологией или в качестве самостоятельного теста, для разрешения неопределенных результатов цитологического исследования, а также для контроля терапии цервикальных поражений высокой степени. Кроме того, приводится краткая характеристика тестов, применяемых в настоящее время для выявления и типирования ВПЧ.

■ **Ключевые слова:** вирус папилломы человека; рак шейки матки; скрининг

Введение

По данным Всемирной организации здравоохранения, ежегодно в мире выявляется около 500 тысяч случаев и регистрируется приблизительно 250 тысяч случаев смерти от рака шейки матки [13]. На сегодняшний день самым эффективным средством профилактики этого заболевания является тотальное обследование (скрининг) женского населения с целью диагностики и лечения заболевания на стадии предрака. Эффективность

скрининга подтверждена во многих странах: так, в Европе и Северной Америке в результате реализации скрининговых программ показатели смертности от рака шейки матки снизились на 20–60 % [6]. Основным методом скрининга в течение нескольких десятилетий является цитологическое исследование эпителия шейки матки. Однако считается, что до 30 % случаев рака развивается у женщин, которые регулярно проходили цитологический скрининг [10]. Вследствие ограниченной чувствительности цитологического метода ложноотрицательные результаты регистрируются даже в лучших скрининговых программах. Все это доказывает необходимость поиска новых скрининговых технологий, в первую очередь, с применением теста на ВПЧ.

На основании данных, полученных во многих крупных международных исследованиях, были сформулированы следующие рекомендации по применению теста на ВПЧ в скрининге рака шейки матки [5, 9, 14]:

- в первичном скрининге у женщин старше 30 лет в сочетании с цитологическим исследованием или в качестве самостоятельного теста (в странах, где плохо организованы программы цервикального цитологического скрининга);
- при ведении пациенток, у которых при цитологическом исследовании выявлены атипичные клетки неопределенной значимости (ASC-US, Atypical Squamous Cells of Undetermined Significance);
- для мониторинга терапии цервикальных интраэпителиальных неоплазий (CIN, Cervical Intraepithelial Neoplasia) высокой степени (CIN 2/3).

Во многих странах Европы, Америки, Азии уже накоплен положительный опыт применения