УДК 618.146

ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ШЕЙКИ МАТКИ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Ю. М. Гренкова, М.А. Репина

Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования, Россия

CURRENT APPROACHES TO DIAGNOSIS OF DISEASES OF THE CERVIX IN WOMEN OF EARLY REPRODUCTIVE AGE

Y. M. Grenkova, M. A. Repina

St. Petersburg Medical Academy of Postgraduate Education, Russia

©Коллектив авторов, 2011 г.

Неуклонный рост инфекционно-воспалительных заболеваний нижнего отдела гениталий, наблюдаемый в последние годы, обусловлен как увеличением числа инфекций, передаваемых половым путем (ИППП) – ведущей причиной воспалительных заболеваний нижнего отдела гениталий (н.о.г.), так и совершенствованием методов диагностики. Сложные влагалищные биоценозы определяют тяжесть течения процесса при генерализации инфекции, резистентность к терапии, возникновение рецидивов. Воспалительные заболевания н.о.г. являются фоновой патологией для возникновения рака шейки матки, заболеваемость которым возрастает у женщин раннего репродуктивного возраста, что требует совершенствования методов диагностики, своевременной верификации возбудителя.

Ключевые слова: шейка матки, эндоцервицит, вагинит, вульвокольпоцервикоскопия, воспаление.

Steady growth of infectious-inflammatory diseases of the bottom department of the genitals, observed last years, is caused as increase in number of the infections transferred sexual by - the leading reason of inflammatory diseases of the bottom department of genitals, and perfection of methods of diagnostics. Difficult vaginal biacenosis define weight of a current of process at infection generalisation, resistance to therapy, occurrence of relapses. Inflammatory diseases of the bottom department of genitals are a background pathology for occurrence of a cancer of a neck of a uterus, disease which increases at women of early reproductive age that demands perfection of methods of diagnostics, timely verification of the activator.

Keywords: cervix, endocervicitis, colpitis, vulvocolpocervicoscopia, an inflammation.

В структуре патологических изменений шейки матки ведущее место занимают воспалительные процессы – 92,2%, из них эндоцервициты составляют 73,2% [1, 2]. Экзо- и эндоцервициты выявляют у 70% женщин, обращающихся в поликлинические отделения [3]. В 30% случаев воспаление шейки матки наблюдаются на фоне эктопии [2–4]. По данным ВОЗ, каждый год регистрируются 250 млн новых случаев ИППП [4]. В России наблюдается неуклонный рост инфекционно-воспалительных заболеваний нижнего отдела гениталий, особенно в последние 20 лет. Течение воспалительного процесса н.о.г. обусловлено сложными микробиологическими взаимоотношениями возбудителей ИППП с условно-патогенными аэробными и анаэробными микроорганизмами влагалищной экосистемы [5,6]. Сложные влагалищные биоценозы определяют тяжесть течения процесса при генерализации инфекции, резистентность к терапии, возникновение рецидивов и напрямую связаны с формированием трубно-перитонеального фактора бесплодия, патологией родов и послеродового периода, невынашиванием беременности и т.д. [6, 7].

Воспаление – это комплексная сосудисто-мезенхимальная реакция на повреждение ткани, направленная на уничтожение агента, вызвавшего повреждение ткани. Если защитные механизмы влагалища и шейки матки не справляются с разрешением острого воспаления, то возникает хронический воспалительный процесс, что приводит к дистрофическим изменениям в эпителии, инфильтрации эпителия лейкоцитами и лимфоцитами, нарушению дифференцировки клеток [3, 8]. Факторами, облегчающими возможность инфицирования, являются инородные тела (внутриматочный контрацептив), кровотечения, дефицит эстрогенов [9, 10].

Этиологическими факторами, вызывающими воспаление шейки матки являются инфекционные поражения специфической и неспецифической этиологии, механические травмы, физическое и химическое воздействия, реакции на злокачественное образование, системные заболевания [8,11,12,13].

По данным Быковской О.В. и Прилепской В.Н. (2007), к факторам, способствующим развитию цервицита, относятся отягощенный акушерско-гинекологический и соматический анамнез, в частности в 46,9% случаев – хроническая патология органов мочевыделительной системы.

Острый цервицит в основном наблюдается при инфицировании гонококками, после искусственного прерывания беременности или самопроизвольного выкидыша, при послеродовой инфекции, вызванной стрептококками и стафилококками, при вирусном поражении. На ранней стадии воспалительного процесса наблюдаются полнокровие сосудов, экссудативные явления, интенсивная инфильтрация лейкоцитами, в эпителиальных клетках отмечаются дистрофические изменения с вакуолизацией цитоплазмы и ядер клеток. Следствием некротических изменений являются изъязвления, появление эрозий шейки матки, наличие гнойного или серозно-гнойного экссудата на поверхности эктоцервикса. Репаративный процесс сопровождается развитием грануляционной ткани, постепенной замедленной эпителизацией эрозий [14,15].

Наиболее частой причиной хронического цервицита служит инфицирование хламидиями, почти у каждой второй женщины с хроническим цервицитом выявляются микробные ассоциации [12]. У 35% женщин и 19% мужчин при наличии гонококковой инфекции выявляется и хламидийная инфекция [16]. Среди женщин с инфекциями, передаваемыми половым путем, у 24–40% наблюдается бактериальный вагиноз, частота его у женщин с воспалительными заболеваниями органов малого таза составляет 35% [16,17]. Почти в половине случаев бактериального вагиноза имеются ассоциации с другими возбудителями, при этом у 80% женщин диагностируются воспалительные процессы эктоцервикса [17]. Хронический эндоцервицит, по данным Кондрикова Н.И. (2008), возникает в связи с инфицированием слизистой оболочки цервикального канала, чему способствуют деформация шейки матки вследствие невосстановленных разрывов, наличия эктропиона, опущения матки. Нередко хронический цервицит является следствием вагинита или сопутствует ему [12,18]. Хронический цервицит, по данным Краснопольского В.И, Радзинского В.Е. и соавт. (1997), диагностируется почти у каждой третьей женщины, обращающейся за помощью к гинекологу по поводу лейкореи.

У женщин репродуктивного возраста наличие хронического цервицита связывают и с инфекциями, передаваемыми половым путем, и с ростом числа условно-патогенных микроорганизмов, таких как стафилококки, стрептококки группы А, бактерии рода Enterobacteriaceae (Eschericia coli и др.), анаэробы или микоплазмы, а также с нарушениями микробиоценоза влагалища, и наличием деформаций шейки матки [17,19]. Наблюдаются гиперемия шейки матки, контактная кровоточивость, отек. При хроническом эндоцервиците наблюдаются инфильтрация подэпителиальной ткани лимфоцитами, плазмоцитами, полнокровие сосудов. Наряду с дистрофическими изменениями в эпителии шейки матки при воспалении у женщин репродуктивного возраста также присутствуют процессы пролиферации и гиперплазии резервных клеток, плоскоклеточная метаплазия, митозы. При хроническом эндоцервиците усиливается секреция слизи, в которой находятся отторгшиеся дистрофически измененные клетки эпителия и воспалительного инфильтрата. Иногда поверхность эндоцервикса в результате хронического воспаления имеет вид мелких сосочковых образований, возможно изменение ядер клеток с нарушением ядерно-цитоплазматического соотношения [11,12,13,15]. В подэпителиальной соединительной ткани возможно формирование лимфоидного фолликула, при увеличении числа которых наблюдается фолликулярный цервицит. Часто при хроническом цервиците обнаруживаются дискератозы, характеризующиеся такими изменениями в многослойном плоском эпителии, как гиперкератоз, акантоз, полиморфизм клеток, наблюдается нарушение гликогенизации эпителия [11,12,13]. Подобные изменения при цервиците могут быть ошибочно приняты при цитологическом исследовании за диспластический процесс. Реактивные изменения, обусловленные воспалением, обычно исчезают через 6–8 недель после антимикробной терапии [11,15].

Длительность существования хронического эндоцервицита обусловлена проникновением микроорганизмов в межклеточное пространство крипт слизистой оболочки цервикального канала, где они менее доступны для санации [17].

Симптомы хронического цервицита могут быть слабо выраженными: неровный рельеф поверхности шейки матки, незначительная гиперемия вокруг наружного зева, гипертрофия шейки матки. При кольпоскопии наблюдаются явления диффузного и\или очагового кольпита, за счет локальной дистрофии многослойного плоского эпителия появляются признаки наличия дискератозов шейки матки [18]. Инфекции многослойного плоского эпителия эктоцервикса возникают совместно с инфекциями влагалища, в то время как инфекции цилиндрического эпителия эндоцервикса возникают самостоятельно и вызываются лишь некоторыми микроорганизмами [10].

В большинстве случаев у пациенток с эндоцервицитами выявляют хламидийная инфекция [5,8]. В 75–90% хламидийная инфекция имеет бессимптомное течение или в 35–50% (по данным ВОЗ) протекает под маской других заболеваний [1,6]. Известно, что из 10 заболевших хламидиозом, не более чем у трех инфекция протекает по типу острого воспалительного процесса и имеет клинические проявления [8]. Как правило, выделяется хламидийно-бактериальная и/или хламидийно-вирусная инфекция [17,20]. Для воспалительных процессов хламидийной этиологии характерно длительное хроническое течение, особенно у пациенток старших возрастных групп, когда обнаружить возбудителя достаточно сложно, а активность инфекционного агента определяется только молекулярно-биологическими методами [17, 20, 21]. Наряду с поражением шейки матки хламидиями у большинства пациенток имеется сопутствующий цистит и уретрит той же этиологии [9, 22, 23]. В связи с краткостью жизненного цикла клеток слизистой оболочки цервикального канала хламидии могут сохраняться в шейке матки на протяжении нескольких месяцев, а в маточных трубах – нескольких лет [17]. По данным отечественных авторов Екатеринбургского НИКВИ, урогенитальный хламидиоз диагностируется у каждой второй женщины с хроническими воспалительными заболеваниями, более половины из которых страдают бесплодием и невынашиванием беременности (87%) [8].

В настоящее время эндоцервициты гонорейной этиологии выявляются достаточно редко, частота встречаемости их составляет 0,02–0,2% [6,17]. В мире ежегодно заболевают свыше 200 млн человек. Отмечена тенденция к росту заболеваемости за последние годы в 1,4 раза, особенно среди подростков, начинающих половую жизнь с 11 лет, вследствие алкоголизма, наркомании, проституции [4]. Пик развития заболевания приходится на возрастную группу 20–25 лет [4, 7]. В 50 – 90% случаев заболевание протекает бессимптомно, либо его проявления принимаются за цистит, влагалищный кандидоз [10, 24]. Это связано с тем, что помимо цервикального эпителия гонококк способен поражать любые слизистые оболочки, выстланные цилиндрическим эпителием, например уретру, прямую кишку. Возможно развитие восходящей инфекции (эндометрит, сальпингит) [17]. В течение последних десятилетий изменились клинические проявления гонореи: удлинился инкубационный период и уменьшилась выраженность клинической манифестации процесса [24]. Причины этого явления заключаются в широчайшем распространении самолечения с применением современных антибактериальных средств, в возрастании устойчивости гонококка к целому ряду препаратов, в половой передаче урогенитальных инфекций не в виде одного заболевания, а целым «пакетом» ассоциированных инфекций. Наиболее частые ассоцианты гонококка – трихомонады, вирусные и микоплазменные инфекции [8, 29].

Не имеется тенденции к снижению заболеваемости трихомониазом, сопровождающимся многоочаговыми длительными поражениями урогенитального тракта как у женщин, так и у мужчин. В последнее десятилетие прошлого века в России возрос удельный вес трихомониаза – более 24% в структуре ИППП – и, соответственно, количество субманифестных и асимптомных клинических форм [8, 12]. Установлено, что в 10–65% случаев трихомоноз протекает по типу транзиторного или бессимптомного носительства и сопровождается значительными изменениями в микробиоценозе урогенитального тракта [17, 20].

Трихомонады у женщин могут находиться в различных отделах мочеполовой системы. Мочевая система может поражаться на всем протяжении, но наиболее часто диагностируется уретрит, реже – цистит. Первично развивается воспаление слизистой оболочки влагалища и шейки матки, при осмотре диагностируется экзо- и эндоцервицит [6]. Трихомонады в связи с облитерацией наружного зева и более проксимальных отделов цервикального канала могут повреждать эпителий цервикального канала и вызывать эндоцервицит, который в свою очередь плохо диагностируется при гинекологическом осмотре [4, 22]. Воспалительная реакция в мочеполовых путях находится в прямой зависимости от массивности заражения, т.е. от наличия большого количества паразитов [24]. При трихомониазе истончается многослойный плоский эпителий, обнажается парабазальный слой, где локализуются клетки, имеющие крупное ядро, и тем самым создаются благоприятные условия для развития диспластического процесса [25].

В настоящее время доказано, что первопричинным фактором развития РШМ является ВПЧ [17, 27]. После каждой смены партнера риск инфицирования генитальными типами ВПЧ составляет 10–15% [27]. С ВПЧ 16, 18, 31 и 45 типов – вирусами высокого риска, связано более 80% всех случаев инвазивного рака шейки матки [4, 6, 9]. Чаще всего рак шейки матки является плоскоклеточной карциномой (более 80%), хотя частота аденокарцином в последнее время повышается (15–

27%) [17,27]. В большинстве случаев оба типа рака возникают на фоне предшествующего диспластического процесса [9,18]. Инфицированность ВПЧ превалирует среди женщин 15–25 и с возрастом уменьшается. Наряду с этим элиминация ВПЧ и регресс ВПЧ-ассоциированной патологии у молодых женщин происходит быстрее, нежели у женщин старшей возрастной группы. Процесс элиминации и регресса ВПЧ-ассоциированной патологии зависит во многом от наличия сопутствующих воспалительных процессов и успешности их лечения [2, 17, 27].

ВПГ-инфекция выявляется у 70% пациенток с воспалительными заболеваниями нижнего отдела гениталий. ВПГ в виде моноинфекции встречается в 22% случаев, в сочетании с хламидиозом и трихомониазом – в 58%, в сочетании с условно-патогенной флорой – в 93% [20, 26]. При отсутствии клинических проявлений вирус герпеса обнаруживают в слизистой оболочке шейки матки у 15% женщин [24]. Изолированное поражение шейки матки ВПГ следует ожидать лишь в случае рецидивирующего генитального герпеса. При первичном эпизоде генитального герпеса влагалищная часть шейки матки поражается довольно часто, однако степень воспалительной реакции остается почти неизвестной вследствие отказа пациентками от осмотра в зеркалах из-за выраженного болевого синдрома в области вульвы [9, 26].

Поражения цитомегаловирусом, входящим в семейство герпетических вирусов, могут оказать выраженное неблагоприятное воздействие в антенатальном и постнатальном периодах, способствовать развитию уродств и поражений центральной нервной системы [11]. Среди женщин, обратившихся в клинику по лечению ИППП, при цитологическом исследовании мазков из шейки матки в 6,6 % случаев выявлялись признаки ЦМВ, тогда как приблизительно 50–85% женщин к моменту наступления беременности уже имеют антитела к цитомегаловирусу [11, 18]. В настоящее время не получено доказательств этиологической принадлежности ЦМВ в развитии РШМ [27].

Первичный период сифилиса, возбудителем которого является Treponema Pallidum, характеризуется образованием твердого шанкра (безболезненной при контакте язвы с приподнятыми краями, плотноватыми, обычно без признаков выраженной воспалительной реакции), чаще обнаруживаемого на вульве и редко фиксируемом на шейке матки. Шанкр при локализации на шейке матки чаще располагается на передней губе, единичный, эрозивный, ярко-красного цвета, с четкими границами [4,17]. Позднее, по данным Роговской С.И. (2011), при сифилисе на шейке матки возможно образование широких кондилом, имеющих красноватый цвет и плотную структуру.

Исследование случай/контроль в Испании и Колумбии показали отсутствие связи между инфицированием ЦМВ, трепонемой, ВПГ2 с CIN3 или инвазивным цервикальным раком. Женщины с антителами против C.trachomatis или N. gonorrhoeae показали умеренный/высокий риск для CIN3. Пациентки, имевшие высокий титр антител к C.trachomatis или N. gonorrhoeae, показали высокий риск для инвазивного цервикального рака [27].

Согласно современным представлениям, микоплазмы, обнаруживаемые в урогенитальном тракте, относятся к комменсалам и могут проявлять свои инфекционные потенции преимущественно при микст-инфекциях: гонорейно-микоплазменных, хламидийно-микоплазменных и других, также свидетельствуют о нарушении в экосистеме вагинального биотопа [8, 9]. У женщин генитальные микоплазмы выявляются при уретрите, вагините, цервиците, фоновых заболеваниях шейки матки, эндометрите, сальпингоофорите, преждевременных родах, самопроизвольных выкидышах, мертворождениях [5, 28]. Выделение микоплазм из канала шейки матки у женщин репродуктивного возраста вне беременности не превышает 13,3%, при вагинитах достигает 23%, при наличии эктопии шейки матки –37,9% [4, 5, 6, 28].

M. genitalium является абсолютным патогеном и вызывает патологические состояния, приводящие к нарушению репродуктивной функции как у женщин, так и у мужчин [4, 28]. При изучении женщин с уретритами и цервицитами частота выявления M. genitalium составила 6%, при этом у половых партнеров M. genitalium определяли в 56% наблюдений, что свидетельствует о половом пути передачи микроорганизма [5, 19]. Согласно исследованию, проведенному в США, M. genitalium значительно чаще (в 11 % случаев) выявлялась у женщин с цервицитом, чем у женщин без цервицита (5%). При исключении из группы пациенток с цервицитом случаев инфицирования C.trachomatis и/или N.gonorrhoeae, наблюдалась четкая взаимосвязь M. genitalium с цервицитом, что свидетельствовало в пользу независимой роли M. genitalium в развитии цервицита [5, 29]. Для M.genitalium установлено наличие специализированного механизма паразитирования (органелла), способствующего колонизации и инвазии в клетку. Наблюдается избирательная адгезия M. genitalium к муцину цервикального канала, приводящая к длительной персистенции и реплика-

ции in vivo M.genitalium в течение длительного времени [5 , 9, 28].

Воспаление может явиться источником патологических импульсов и причиной трофических изменений многослойного плоского эпителия, сопровождается нарушением функции и созревания его клеточных элементов, что и создает фон для развития диспластического процесса [11]. У каждой седьмой женщины рак шейки матки развивается на фоне травмы, хронического воспаления [27]. В основе всех злокачественных процессов лежит сочетание дегенеративных и/или регенеративных процессов, вызванных воспалением, дистрофией, травмой, застойными явлениями в шейке матки [4].

Диагностика инфекций, передаваемых половым путем, занимает ведущее место в комплексе клинико-лабораторных мероприятий, направленных на санацию организма человека. Часто (до 40%) встречаются сочетанные заболевания урогенитального тракта (микст-инфекции), увеличиваются количество «стертых» случаев течения инфекционного процесса, протекающих без манифестных клинических проявлений, что существенно влияет на своевременность и точность постановки диагноза, эффективность лечения [17, 20].

Тщательный сбор анамнестических данных и жалоб пациенток, полноценный визуальный осмотр – обнаружение гиперемии эпителия, отека, контактной кровоточивости, изменение количества и характера выделений (слизисто-гнойные, гнойные) из цервикального канала – помогают заподозрить наличие у них воспалительного процесса шейки матки, явления вульвовагинита, наличие герпетических высыпаний, кондиломатоза, в большинстве случаев сопровождающихся воспалительной реакцией со стороны эктоцервикса или экто- и эндоцервикса [6, 10].

Диагностическими критериями цервицита при микроскопическом исследовании мазков на флору являются увеличение количества лейкоцитов более 10 в поле зрения при увеличении × 1000 и просмотре не менее 5 полей зрения в сочетании со слизисто-гнойными выделениями из цервикального канала. При наличии клинических проявлений цервицита в сочетании с большим числом полиморфно-ядерных лейкоцитов в препарате из цервикального канала (более 30 в поле зрения микроскопа при увеличении × 1000 и просмотре не менее 5 полей зрения) следует исключать наличие хламидийной или гонококковой инфекции [6,17]. При микроскопическом методе диагностики возможно обнаружение таких патогенных микроорганизмов, как Trichomonas vaginalis и Neisseria gonorrhoeae. По данным О.К. Хмельницкого (2004), при воспалении усиливается эксфолиация эпителиальных клеточных элементов, наблюдается отек и экссудация клеток воспаления. За счет этих изменений мазки, полученные у пациенток с воспалительными заболеваниями, как правило, «толстые».

При расширенной вульвокольпоцервикоскопии возможно определение патогномоничных для инфекции процессов и их локализацию: фолликулярный кольпит, «лунный ландшафт» – для хламидиоза; очаговый кольпит – для трихомониаза; диффузный кольпит – для неспецифической бактериальной инфекции; симптом «манной крупы» – для герпетической инфекции [26].

При воспалении морфологически наблюдаются дегенеративные (альтеративные), экссудативные и репаративные изменения. Для воспаления характерно наличие большого количества нейтрофильных гранулоцитов, ядра в них располагаются по периферии клетки, отмечаются явления фагоцитоза, имеются разрушенные формы, «обломки» нейтрофилов. Хронический лимфоцитарный (фолликулярный) цервицит при цитологическом исследовании характеризуется обнаружением большого количества лимфоидных клеток различной степени зрелости, встречается у женщин с эктропионом в менопаузе. Некоторые исследователи считают, что лимфоцитарный цервицит может быть обусловлен хламидиозом или микоплазменной инфекцией [11,12]. Хотя в задачи цитологического исследования не входит выявление микроорганизмов, тем не менее и при традиционном, и при жидкостном методах исследования может быть идентифицирован целый ряд микроорганизмов (бактерии, грибы, паразиты, вирусы) [13].

В последние годы лабораторная диагностика ИППП вышла на новый качественный уровень, что связано с усовершенствованием диагностических технологий: разработкой молекулярно-биологических методов, появлением автоматизированных систем верификации микроорганизмов, индикацией возбудителя в минимальном количестве исследуемого материала, а также созданием новых питательных сред и усовершенствованием техники культивирования микроорганизмов [8, 10]. Молекулярно-биологические методы диагностики дают возможность оценить состояние влагалищной микрофлоры и выявить патологические микроорганизмы во влагалище и цервикальном канале [5,17].

До недавнего времени стандартом в лабораторной диагностике инфекций, вызванных

Chlamydia trachomatis, считался метод культуральной диагностики. Однако, по данным ряда исследований, чувствительность данного метода колеблется в пределах 60-80%. Кроме того, выделение микроорганизма для получения положительного результата занимает от 3 до 7 дней. Важно соблюдение строгих температурных режимов хранения и специальные транспотные среды поскольку этим методом выделяются только жизнеспособные микроорганизмы [8]. По данным Савичевой А.М. (2006), вероятность обнаружения хламидий увеличивается при использовании специальных щеточек для взятия эндоцервикальных мазков (не используются во время беременности). Вероятность обнаружения хламидий и гонококков увеличивается при одновременном использовании для выявления Chlamydia trachomatis уретральных мазков, а для Neisseria gonorrhoeae – ректальных [6, 4]. Наиболее чувствительным (92–97%) и специфичным в диагностике хламидий является полимеразная цепная реакция или другие методы амплификации нуклеиновых кислот. В настоящее время для постановки диагноза хламидиоза применяют совместно ПЦР и культуральный методы или метод NASBA, позволяющий одновременно получить информацию о количественном содержании возбудителя [6, 9,17].

Стабильные результаты по обнаружению трихомонад дает изучение нативного препарата, что осуществляется в лабораториях далеко не всегда, в микроскопе с темнопольным конденсором, так как при этом обнаруживаются единичные и малоподвижные особи в скоплениях клеточных элементов за счет визуализации движения жгутиков. При исследовании нативных препаратов необходимо дифференцировать трихомонады от жгутиковых простейших семейства бодонидов, для которых характерны меньшие размеры, наличие двух жгутиков, быстрое движение по прямой. К ошибкам диагностики трихомонад можно отнести наличие в препарате лейкоцитов в сочетании с большим числом хорошо подвижных палочек, прикрепляющихся к ним, что создает впечатление присутствия подвижных трихомонад, приводя к ложному лабораторному диагнозу. Широко распространено применение окрашенных мазков: метиленовым синим, бриллиантовым зеленым, по Граму, Романовскому–Гимзе, Лейшмана–Романовского и других. Окраски метиленовым синим и бриллиантовым зеленым позволяют детектировать наличие трихомонад, гонококка, кокко-бациллярной и другой флоры. Эти способы окраски препаратов используют как отборочные, ориентировочные, а затем следует «специфическое» микроскопирование по способу Грама или другими красителями. Неопытные микроскописты за трихомонады могут принять эпителиальные клетки и макрофаги. В связи с недостаточно высокой чувствительностью, субъективизмом при микроскопической постановке диагноза «трихомониаз» проводят идентификацию Trichomonas vaginalis культуральным методом, являющимся, по мнению большинства исследователей, «золотым стандартом»: высокочувствительным и специфическим, однако эффективность его зависит от качества используемых питательных сред. Серологические исследования в диагностике трихомониаза, с учетом их существенных недостатков – длительность постановки реакции, использование нестандартного антигена, субъективизм, невозможность ее применения, так же как и при других нозологиях в качестве критерия излеченности – в настоящее время не используется. ИФА, ПЦР-анализ могут использоваться в диагностике трихомониаза преимущественно как информативные, дополнительные методы [8, 15, 17].

Наиболее частые ассоцианты гонококка – трихомонады, вирусные инфекции, уреамикоплазмы [8,17]. Культуральный метод исследования, обладающий высокими показателями чувствительности и специфичности признан «золотым стандартом» диагностики гонореи во всем мире. Не получено каких-либо доказательств, подтверждающих, что биологическая провокация повышает чувствительность культурального метода диагностики гонореи [20, 24]. Таким образом, основными методами лабораторной диагностики в настоящий момент являются комплексное бактериологическое и культуральное исследования «подозрительных» очагов с проведением дифференциации видов Neisseria (сахаролитические свойства) и изучением морфологических и тинкториальных свойств возбудителя [8–10].

M.genitalium относят к трудно культивируемым видам, для выявления которого следует использовать молекулярно-биологические методы: ПЦР и другие МАНК. Для других микоплазм используют методы, позволяющие произвести количественную оценку содержания микроорганизмов в исследуемом материале. К таким методам относят культуральные методы, преимущественно с использованием плотных питательных сред и определением КОЕ (количество колониеобразующих единиц), а также ПЦР в реальном времени. При использовании жидких питатель-

ных сред следует определять количество микоплазм [5, 6, 7, 28].

Диагностика первичного и вторичного сифилиса во многом основана на клинической картине, серологические реакции подтверждают диагноз [10, 17].

Диагностика и лечение герпес-вирусных поражений эктоцервикса трудна в связи с кратковременностью и быстрым регрессом проявлений инфекции и практической бессимптомностью при данной локализации [17]. Манифестация рецидивов герпес-вирусной инфекции с появлением везикулярно-эрозивных изменений на коже и слизистый оболочках гениталий в 75% случаев наблюдается в предменструальный период, на фоне переохлаждения, после сексуальных контактов и психофизического стресса [26]. При типичных высыпаниях диагноз основан на клинической картине. В неясных случаях применяют выделение вируса в культуре клеток, полимеразную цепную реакцию, иммунохимический анализ (например, ИФА).

При постановке диагноза цервицит и обнаружении роста условно-патогенных бактерий, таких как кишечная палочка, стрептококки, стафилококки, анаэробные кокки и др. необходимо обязательно произвести бактериологическое исследование отделяемого цервикального канала и влагалища, причем клинически значимым является рост микроорганизмов в количестве более чем 104 степени КОЕ/мл [4, 17].

При эндоцервиците при ультразвуковом исследовании у пациенток без патологических изменений шейки матки эндоцервикс (М-эхо шейки матки) имеет вид центрально расположенной гиперэхогенной линейной структуры шириной около 1,5 мм. Ультразвуковым признаком эндоцервицита является увеличение толщины М-эхо шейки матки более пороговой величины – 4 мм в виде расширения цервикального канала, утолщения его стенок и реактивного отека подэпителиальных отделов [30].

Заключение

Адекватное лечение патологических состояний шейки матки, и особенно воспалительных заболеваний, напрямую зависит от правильности поставленного диагноза. В настоящее время регламентированы возможности применения тех или иных антибактериальных препаратов соответственно их эффективности при той или иной инфекции [5,6,10]. По данным исследования зарубежных ученых, проведенного в 1999 году, были получены данные, что если популяцию взрослых женщин принять за 100%, то у 40% от всей популяции выявляются какие-либо ИППП, у 20% – имеются субъективные проявления заболевания, 10% – получают лечение, 5% – получают адекватное лечение, 2,5% – излечиваются, менее 1% половых партнеров обследуются и получают лечение. Причем менее 50% женщин с ИППП понимают их значение, 50% из них обращаются к врачу, 50% из числа последних получают адекватное лечение [17, 20].

Недопонимание этиопатогенеза, путаница в терминологии патологических состояний шейки матки приводят к неправильному ведению пациенток и чрезмерной оперативной активности. При выявлении ИППП необходимо лечение половых партнеров. Ни цервицит со слизисто-гнойными выделениями, ни эктопия шейки матки с отеком пораженных участков слизистой не являются показаниями к криодеструкции или лазерной терапии [10,18]. Комплексное обследование экто- и эндоцервикса способствует адекватному лечению, используя, по показаниям, в одних случаях терапевтическое лечение, а в других – современные хирургические методики.

Активно и своевременно применяемые меры по профилактике, включающие в себя медико-санитарную пропаганду сексуального здоровья и информирование населения, направленные на профилактику раннего сексуального дебюта, изменение мотивации и пропаганду моногамных отношений, широкое применение вакцинации для предотвращения заражения ВПЧ, позволят сократить потери от диагностики, лечения и реабилитации пациентов с воспалительными заболеваниями н.о.г., способствуя профилактике онкопатологии [6, 9, 10, 17 ,19 , 25].

Литература

1. Практическая гинекология : клинич. лекции / под ред. В. И. Кулакова, В. Н. Прилепской. – М. : МЕДпресс-информ, 2001. – 715 с.

2. Прилепская В. И. Эктопии и эрозии шейки матки / В. И. Прилепская, Е. Б. Рудакова, А. В. Кононов. – М. : МЕДпресс-информ, 2002. – 176 с.

3. Кулаков В. И. Гинекология : учебник для студентов мед. вузов / В. И. Кулаков, В. Н. Серов, А. С. Гаспаров. – М. : Мед. информ. агентство, 2006. – 613 с. : ил.

4. Заболевания шейки матки, влагалища и вульвы : клин. лекции / В. И. Кулаков [и др.] ; под ред. В. Н. Прилепской ; ГУ Науч. центр акушерства, гинекологии и перинатологии РАМН. – 4-е изд. – М. : МЕДпресс-информ, 2005 – 431с.: ил. – Библиогр.: с. 428–431.

5. Инфекция, вызванная Mycoplasma genitalium : клиника, диагностика, лечение / А. М. Савичева, Е. В. Шипицына, А. С. Бенькович,

Е. В. Соколовский // Гинекология. – 2008. – Т. 10, № 1. – С. 23–29.

6. Инфекции, передаваемые половым путем : руководство для врачей / Е. В. Соколовский [и др.]. – М. : МЕДпресс-информ, 2006. – 256 с.

7. Larsen B. Microbiology of the female genital tract / B. Larsen // Obstetric and gynecologic infections disease / ed. by J. Pastorek. – New York : Raven Press, 1994. – P. 11–24.

8. Дмитриев Г. А. Лабораторная диагностика бактериальных урогенитальных инфекций / Г. А. Дмитриев. – М. : Мед. книга, 2007. – 332 с. : ил.

9. Петерсен Э. Э. Инфекции в акушерстве и гинекологии : пер. с англ. / Эйко Э. Петерсен ; под общ. ред. В. Н. Прилепской. – М. : МЕДпресс-информ, 2007. – 352 с. : ил. – Библиогр. : с.342–350.

10. Хандсфилд Х. Заболевания, передающиеся половым путем : цветной атлас-справ. / Х. Хандсфилд ; пер. с англ. Д. В. Левина ; под ред. М. М. Васильева ; под общ. ред. А. А. Кубановой.- М. : БИНОМ, 2006 – 295 с. : ил. – Библиогр. : с.277–284.

11. Хмельницкий О. К. Цитологическая и гистологическая диагностика заболеваний шейки матки и тела матки / О. К. Хмельницкий. – СПб. : Сотис, 2000. – 332 с.

12. Кондриков Н. И. Патология матки / Н. И. Кондриков. – М. : Практ. медицина, 2008. – 334 с. : ил.

13. Титмуш Э. Шейка матки. Цитологический атлас / Э. Титмуш, К. Адамс ; пер. с англ. под ред. Н.И. Кондрикова. – М. : Практическая медицина, 2009. – 251 с.

14. Сидорова И.С. Фоновые и предраковые процессы шейки матки / И.С. Сидорова, С.А. Леваков. – М.: ООО «Медицинское информационное аганство», 2006. – 96 с.: ил.

15. Патология шейки матки и тела матки : рук. для врачей / под ред. Е. В. Коханевич. – Нежин : Гидромакс, 2009. – 352 с.

16. Тихомиров А. Л. Лечение воспалительных заболеваний органов малого таза / А. Л. Тихомиров, С. И. Сарсания // Consilium medicum. – 2005. – Т. 7, № 7. – С. –541–545.

17. Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines / Prepared by Kimberly A. Workowski, Stuart M. Berman // Morbidity and Mortality Weekly Report [Электронный ресурс] / Center for Disease Control and Prevention. – Электрон. текстовые дан. – 2006. – 4 August. – Режим доступа: http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5511a1.htm

18. Роговская С. И. Практическая кольпоскопия / С. И. Роговская. – М. : ГЭОТАР. – Медиа, 2010. – 240 с.

19. Быковская О. В. Клинические аспекты хронических цервицитов, ассоциированных с уреа- и микоплазмами / О. В. Быковская // Гинекология : журнал для практикующих врачей. - 2008. – Т. 10, № 1. – С. 11–12.

20. Журнал акушерства и женскихъ болезней. – 2006. – Т. LV, спец. вып. : Международная конференция, посвященная 80-летию лаборатории микробиологии ГУ НИИ АиГ им. Д. О. Отта РАМН «Репродуктивно значимые инфекции: Европейские стандарты диагностики, терапии и профилактики», Санкт-Петербург, 12 октября 2006 г. – 100 с.

21. Козлова В. И. Вирусные, хламидийные и микоплазменные заболевания гениталий : рук. для врачей / В. И. Козлова, А. Ф. Пухнер. – М. : Триада-Х, 2003. – 439 с.

22. Костава М. И. Лечение заболеваний шейки матки, обусловленных воспалительными процессами нижнего отдела генитального тракта / М. И. Костава // Гинекология. – 2000. – Т. 2, № 3. – С. 89.

23. Липова Е. В. Урогенитальные инфекции женщин : методологические, клинико-лабораторные подходы к диагностике и терапии : автореф. дис. ... д-ра мед. наук : спец. 14.00.46 ; спец. 14.00.11 / Е. В. Липова ; [Рос. мед. акад. последиплом. образования МЗ РФ]. – М., 2004. – 63 с. : ил. – Библиогр. : с. 56-63.

24. Рищук С. В. Половые пары и половые инфекции / С. В. Рищук, Д. Ф. Костючек. – СПб. : Мед. пресса, 2005. – 272 с.

25. Бохман Я. В. Рак шейки матки = Cervical cancer / Я. В. Бохман, У. К. Лютра. – Кишинев: Штиинца, 1991. – 239 с. : ил. – Библиогр. .: с. 210–233

26. Сафронова М. М. Значение герпес-вирусной инфекции в патологии нижнего отдела гениталий : автореф. дис. д-ра мед. наук : спец. 14.00.01 / М. М. Сафронова ; [СПб. мед. акад. последиплом. образования МЗ РФ]. – СПб., 2003. – С. 41.

27. Apgar B. S. Colposcopy-Atlases. Colposcopy, principles and practice / Barbara S. Apgar, Mark Spitzer, Gregory L. Brotzman. – [S. l. : S. n.], 2008. – 560 p.

28. Judlin P. Genital mycoplasmas / P. Judlin // Gynecology Obstetrique & Fertilite. – 2003. – Vol. 31, № 11. – P. 954–959.

29. Тец В. В. Микроорганизмы и антибиотики. Заболевания, передающиеся половым путем / В. В. Тец. – СПб. : «Левша», 2004. – 244 с.

30. Сафронова М. М. Клинико-эхографическая диагностика эндоцервицитов / М. М. Сафронова, Л. Е. Шарова // Радиология-практика. – 2005.–N 2.– С.15–18.

Гренкова Юлия Михайловна
Тел: 8–921–354–75–24