

С.И. Кулинич, Е.С. Свердлова

РОЛЬ КОЛЬПОСКОПИИ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ШЕЙКИ МАТКИ

*Иркутский институт усовершенствования врачей,
664003, ул. Горького, 36, тел.: 8(3952)-33-57-45, г. Иркутск*

Резюме

В статье освещены проблемы эндоскопической диагностики и дифференцированного подхода к инфекционным заболеваниям шейки матки: бактериальной, протозойной и вирусной природы, оценка кольпоскопических символов согласно последней Международной классификации кольпоскопистов (РИМ, 1990). Параллельно приведены сведения о цитологии и морфологии при вышеназванных инфекциях. Информационная насыщенность статьи позволяет получить практическому врачу полноценные сведения по диагностике инфекционных заболеваний шейки матки.

Ключевые слова: шейка матки, инфекция, кольпоскопия.

S.I. Kulinich, E.S. Sverdlova

THE ROLE OF COLPOSCOPY IN DIFFERENTIAL DIAGNOSTICS OF UTERUS CERVIX INFECTIOUS DISEASES

*The department of obstetrics and gynecology SEE APF
(The state educational establishment of Additional
post diploma education) ISI (Irkutsk state institute)
for continuing education of healthcare providers, Irkutsk*

Summary

In the article the authors have highlighted the problems of endoscope diagnostics and the differential approach to infectious diseases of cervix: of bacterial, protozoan and virus nature, as well as the assessment of colposcopy symbols according to last International classification of colposcopist (Rome, 1990). Significance of cytology and morphology in case of these infections is also stressed. The information presented in the article allows receiving valuable knowledge's on diagnostics of cervix's infectious diseases that may be useful for practicing doctors.

Key words: cervix of the uterus, infection, colposcopy.

Кольпоскопия (КПС) как метод диагностики невизуализируемых глазом форм предрака и рака шейки матки вошла в практику гинекологов с 30-х годов прошлого столетия [9] и, казалось бы, прочно заняла свою нишу в гинекологии: изданы атласы, монографии, созданы новые классификации. Однако ежедневно используя КПС при обследовании женщин, обратившихся с жалобами, а также при скрининговых осмотрах во время беременности (при взятии на учет и в 20-24-недельные сроки гестации) нарабатывается опыт по дифференциальной диагностике инфекционных заболеваний шейки матки, подтвержденных при углубленном дообследовании лабораторными и, по показаниям, морфологическими методами. Кольпоскопия помогает отличить нормальный эпителий от пораженного воспалительным или опухолевым процессами, прицельно выбрать участок для цито- и гистологического исследований.

Нами используется цифровой видеокольпоскоп «Sensitec», модель SLC-2000, изображение шейки матки передается на экран монитора, на котором «замораживается» и затем либо фотографируется, либо сохраняется в базе данных ПК.

Методика выполнения простой КПС состоит из обнажения шейки матки зеркалами, удаления слизи с ее поверхности, фокусированного осмотра при освещении и увеличении (в 7, 10, 15 и более раз); затем проводится расширенная КПС, заключающаяся в обработке эпителия шейки 5% раствором уксусной кислоты в течение 30 с для четкого отграничения многослойного плоского эпителия (МПЭ) от цилиндрического (ЦЭ), который беллет от уксуса (положительная реакция на уксус). После оценки уксусной пробы выполняется Шиллер-тест: МПЭ окрашивается тотально в коричневый цвет за счет поглощения йода гликогеном (J+), а ЦЭ йод не поглощает (т.е. выглядит как белое пятно) (J-). Йоднегативные зоны возникают так же при потере функции гликогенообразования плоским эпителием при его заболевании. Затем заполняется протокол (рисунок) с описанием кольпоскопических символов и заключением согласно кольпоскопической классификации, с рекомендациями по спектру обследования на ИППП и указанием на рисунке участка, где взятая ткань (биопсия) будет наиболее информативна для морфологического диагноза.

Согласно III Международной классификации, переход ЦЭ за пределы наружного зева обозначается как «ЦЭ», ранее называемый «эктопией». Чем шире продвижение ЦЭ от наружного зева к сводам, тем большее беспокойство вызывает это состояние у гинекологов. Однако у 60% женщин переход ЦЭ на экзоцервикс сопровождается резким отеком и гиперемией, что означает наличие острого или хронического воспаления. Нам очень импонирует мнение А.Н. Стрижакова (1996), что эктопия или

переход ЦЭ — это первый этап инфицирования шейки матки. В зависимости от фазы воспаления и типа микроорганизмов, его вызывающих, эпителий шейки матки отвечает различными процессами: перемещением стыка эпителиев, изменением формы наружного зева (даже у нерожавших приобретает щелевидную форму с выворотом), гипертрофией шейки, формированием открытых и закрытых желез, потерей функций эпителия (исчезновением гликогена), изменением характера сосудистой сети (т.е. появлением причудливых обрывочных сосудов, стаза), гипертрофией плоского эпителия (пара- и гиперкератозом, акантозом), продуцированием различного типа

секретов. Все эти процессы выявляются двумя реакциями на обработку 5% раствором уксуса и раствором Люголя.

При КПС ЦЭ отличается по цвету, характеру (сосочки, складки), форме наружного зева, виду сосудов, реакциям на уксус (побеление) и йод (J-). Переходная зона (от ЦЭ к МПЭ) представлена ОЖ и (или) ЗЖ.

Хроническое течение воспалительных процессов и вирулентность микроорганизмов приводят к нарушениям клеточного деления, формированию аномальных участков эпителия или дисплазии, полипов разного типа и рака. Все эти процессы, идущие по принципам воспаления (альтерации, пролиферации, фиброобразования), сопровождаются нарушениями иммунных, биохимических процессов, различными промоциями онкогенных белков и развитием злокачественной трансформации покровного эпителия.

Отсюда несомненна роль кольпоскопического метода диагностики инфекционных, в том числе опухолевых поражений шейки матки. Чем чаще мы подвергаем женщин эндоскопии, тем лучше выявляем инфекционные заболевания шейки, влагалища и вульвы и рак шейки матки. Необходимо отметить, что кольпоскопия помогает дифференцировать различные заболевания, передающиеся половым путем, и выбрать, каким пациентам показано дообследование бактериологическими, бактериоскопическими методами и ВПЧ-тестирование (ПЦР, ПЦР-real-time, Hybrid Capture II, ВПЧ-Digene-тест). При этом мы уверены, что наиболее достоверный метод — это ДНК-типирование, а культуральный, называемый «золотым стандартом», требует наличия в материале для посева большого количества активных микроорганизмов, которые дадут рост на средах, и невозможен при ВПЧ-поражении.

В мазках с шейки матки, оцениваемых цитологами, при воспалениях наблюдается увеличение размеров ядер, гиперхроматоз с равномерным распределением хроматина и дистрофические изменения клеток. При хроническом воспалении повышается число нейтрофилов и выявляются изменения цитоплазмы: при бактериальных инфекциях с выраженной дистрофией и некробиозом; при вирусных — с формированием клеток-койлоцитов (полость, пузырь, со смещением ядер к периферии).

Кольпоскопически при цервицитах присутствуют: ЦЭ, ОЖ и ЗЖ, метаплазия плоского эпителия, йод-негативная зона, сплошная или неравномерная, достаточно часто выявляется ацетобелый эпителий, нежная или грубая мозаика и/или пунктация, тонкая лейкоплакия, усиление сосудистого рисунка или появление нетипичных сосудов.

Гистологически: в фазе острого воспаления — на фоне многослойного сквамозного эпителия выявляются очаги истончения до стромы, мелкоочаговая инфильтрация ее, выраженный васкулит, отек. В пролиферативной фазе — мелкоочаговая гиперплазия эпителия и выраженная инфильтрация стромы полиморфно-ядерными лейкоцитами с наличием дисплазии в слоях плоского эпителия различной степени тяжести. В фазе фиброобразования — гипер-, паракератоз, акантоз, дисплазии различной степени дифференцировки.

Накопленный нами опыт позволил уточнить данные литературы [1, 7] и представить КПС-картины при наиболее распространенных инфекциях гениталий. При остром гонококковом цервиците (МКБ-10. № 74.3. (А 54.2+) ЦЭ перемещается на экзоцервикс, при этом обильно кровос-

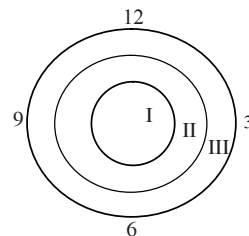
Протокол кольпоскопии

Ф.И.О. _____

Возраст _____ Дата осмотра _____

Анамнез: _____

(дата последней менструации, количество беременностей, родов, их особенности, манипуляции на шейке, контрацепция, сведения о перенесенных ИППП)



Описательная часть: по зонам и циферблату часов РКС: _____

(перечисление кольпоскопических символов)

Заключение: _____

(основывается на предположениях кольпоскописта, какому клиническому диагнозу более всего соответствуют перечисленные кольпоскопические символы). Уточняющие обследования:

- мазок на флору;
- мазок на АК;
- исследования на ИППП;
- биопсия;
- другие.

набжен, отсюда имеет ярко-красный цвет с истекающим мутным или гнойным секретом из желез. После обработки уксусом ЦЭ бледнеет очень кратковременно и вновь проступает сеть извитых сосудов. Вокруг ЦЭ просматриваются ОЖ и ЗЖ с мутным секретом. Цитологически — четко окрашенные диплококки как внутри нейтрофильных лейкоцитов, так и внеклеточно. Гонококки имеют вид парных бобов, расположенных в шахматном порядке. Другой бактериальной формы нет. Гистологически — выраженная инфильтрация полиморфно-ядерными лейкоцитами и отек подэпителиального слоя, обильная сеть сосудов. Дистрофия ядер и цитоплазмы. При хроническом гонорейном цервиците — ЦЭ сглаженный или отдельными островками (ОЦЭ), вокруг сосуда-«звездочки», ОЖ с гиперкератозом, в большом количестве, ЗЖ с желтым содержимым, переходная зона в виде валика, ЦЭ как бы вдавлен, создается впечатление минус-ткани. Гистологически слой цилиндрических клеток с активной инфильтрацией лимфо- и плазмочитами соединительной ткани, с полнокровными сосудами. Клинически диагноз ставится (МКБ-10, №72) на основании данных бактериоскопии (мазков из 3 точек: уретра, цервикс, прямая кишка), ДНК-типирования и результатов посева. Этиотропное лечение с элиминацией возбудителя приводит к улучшению КПС картины: зона ЦЭ уменьшается или исчезает полностью, вокруг наружного зева остаются единичные ОЖ и/или ЗЖ, нормализуется сосудистый рисунок, форма наружного зева возвращается к округлой у нерожавших женщин. В ряде случаев сквамозный эпителий полностью покрывает экзоцервикс (через 2-6 мес.).

Хламидийный цервицит (МКБ-10. № 74.4.(A56.1+) труден в диагностике, и КПС настраивает врача на поиск этой инфекции: ЦЭ вокруг наружного зева высокий, на 2-5 мм от него или по всей шейке, сосочки стоят близко друг к другу, на верхушке каждого сосочка — пузырек воздуха, иногда ЦЭ напоминает полип на широком основании. После обработки уксусом отмечается также кратковременное побеление ЦЭ и его кровоточивость, переходная зона отсутствует, сосуды расширены. ЦЭ йоднегативен.

При хроническом хламидийном цервиците ЦЭ в виде небольшого ободка или занимает 2/3 экзоцервикса, в виде яркого красного цвета икринок, с ОЖ, имеющими широкий ободок плоского эпителия в переходной зоне; йоднегативные ацетобелые участки и нежная пунктация и/или мозаика за счет воспаления, а не дисплазии.

Цитологически — эпителий многоядерный, с гиперхромией и гипертрофией, дегенерацией в зависимости от остроты процесса. Для хламидиоза характерно присутствие в клетках нейтрофилов (аутофагия), «пропитывание» цитоплазмы микровакуолами, эозинофилия, ретикулярные тельца вблизи ядер. Гистологически — лимфоцитарная инфильтрация, могут быть лимфоидные фолликулы с герминативными центрами, т.е. для хламидиоза характерны: вакуольная дегенерация, лимфоцитарное воспаление и гипертрофия шейки матки.

Клинический диагноз формируется после комплексного обследования, включающего ПЦР и ИФА-диагностику. Этиотропное лечение изменяет КПС-картину в сторону регресса воспаления, уменьшения зоны ЦЭ или полной регенерации МПЭ, постепенно восстанавливается восприимчивость к йоду плоского эпителия, что может быть тестом на выздоровление.

При мико- и уреоплазменном цервиците (МКБ-10. № 74.8) кольпоскопические картины подобны наблюдениям при хламидиозе. ЦЭ не столь возвышающийся, но его поверхность более кровоточащая, переходная зона шире (ОЖ, ЗЖ), возможны нетипичные КПС картины в виде тонкой лейкоплакии или нежной мозаики. При обработке уксусом появляется картина «пчелиных сот», мы считаем ее характерной для микоплазмоза.

Цитологически в цитоплазме эпителиальных клеток обнаруживаются включения в виде мелких телец с просветлениями (это микоплазмы). Ядра клеток также увеличиваются, возможны их дегенеративные изменения: неровная мембрана, нагромождения хроматина.

Гистологически в эпителиальном слое определяют участки некроза и лимфоцитарно-нейтрофильная инфильтрация, тромбоз сосудов и образование локальных кровоизлияний. Лабораторная диагностика включает: ПЦР, ИФА и посевы с определением количества микроорганизмов (КОЕ).

После этиотропной терапии (согласно чувствительности к антибиотикам), кольпоскопическая картина меняется: уменьшается зона ЦЭ, исчезают тонкая лейкоплакия и нежная пунктация (мозаика) при осмотре через 3-6 мес. Кандидозный цервицит (МКБ-10, B37.3) выглядит как «творожистый» налет на слизистой, который необходимо убрать перед проведением КПС. Экзоцервикс гиперемирован, лихенизирован, присутствует отек.

После обработки 5% раствором уксуса гиперемия эпителия сохраняется и видны белые вкрапления, создающие картину дефектов МПЭ. При окраске йодом

— шейка пятнистая (субстраты грибов не прокрашиваются). В мазках или в посеве обнаруживаются грибы рода *Candida* или реже *tropicalis*. Цитологически - мицелий, увеличение числа лейкоцитов.

Гистологически лейкоцитарная инфильтрация эпителия и клеточная гиперактивность, может быть нейтрофильный гранулоцитоз, эозинофилез, при хроническом кандидозе формируются эпителиоидно-клеточные гранулемы, содержащие мицелий. Лечение этиотропное с оценкой чувствительности к антимикотикам. Кольпоскопический и цитологический контроль излеченности показан через 1; 3 и 12 мес.

Кольпоскопически гарднереллезный цервицит (МКБ-10.(A50-B64) проявляется на эпителии шейки матки крупными пузырями («пустые клетки») вокруг наружного зева. Капилляры расширены, более темной окраски за счет стаза крови, реакция на уксус отсутствует, проба Шиллера — неоднозначная (±). Гистологическое исследование не проводится, так как нет патологии эпителия. При микст-инфекциях наслаивается картина, характерная для других инфекций. Лечение — антианаэробными препаратами (клиндамицин, трихопол, хлоргексидин). Контроль за излечением через 1; 3 и 6 мес.

Трихомонадный цервицит (МКБ-10.(A59.0) стал большой медицинской проблемой, так как 2,0 метронидазола и осарбон, как в старые времена, оказались абсолютно недостаточными; процесс принимает хронические формы, поражая базальный слой эпителия влагалища, шейки, вызывает эндометриты, сальпингиты; хронический трихомоноз формирует полипы цервикального канала (№ 84.1) и эндометрия (№ 84.2), приводит к бесплодию, спаечной болезни и полисерозиту, а также вызывает уретриты, циститы, пиелонефриты и сочетается с другой патогенной бактериальной и вирусной флорой.

Возбудитель — трихомонады, они каннибалы, проглатывают вирусы и бактерии. После элиминации трихомонад необходимо дообследовать пациентку на вирусы и другие ИППП (параллельное обследование часто дает ложноположительные результаты).

В цитологических мазках — воспалительный тип, так как трихомонады вызывают выраженную воспалительную дегенерацию с утратой границ клеток. Кольпоскопические картины разнообразны: изменяется сама шейка, становясь отечной, бочкообразной, сосуды расширены, значительное перемещение цилиндрического эпителия с ОЖ и ЗЖ, вплоть до аномальных картин — пунктации, мозаики, лейкоплакии. В III зоне экзоцервикса очень часто обнаруживаются столбики возвышающегося эпителия белого цвета в виде «манной крупы», не окрашивающиеся йодом. Уксусная проба «+», эпителий бледнеет (сосуды сокращаются), на йод проба «-» или картина пятнистого эпителия «J ±». Если в анамнезе у женщины были гнойные бели с запахом, зуд, цистит, необходимо тщательно искать трихомоноз (посевы, ПЦР, бактериоскопия мазков).

Гистологически обнаруживаются дегенеративные воспалительные изменения, отек, лимфогистиоцитарная инфильтрация. Морфологическое «лицо» этой инфекции — это цервицит и дисплазия легкой степени с образованием кист. Трихомонады могут вегетировать внутри кист и поддерживать, таким образом, хроническое воспаление, при вскрытии кист в их содержимом выявляются трихомонады. По МКБ-10 трихомоноз может быть отнесен к

рубрикам № 86 «кисты шейки матки», к № 76 — цервицит и № 88.1 — дисплазиям, из-за нарушения слоистости МПЭ за счет инфильтрации (воспаления).

В лечении трихомоноза успешно используются специфические препараты (флагил и его производные, лазер на парах меди, инстиллагель, трихопол). При хроническом трихомонозе применяется вакцина солко-триховак 0,5 в/м через 2 нед. № 3, ревакцинация через 8 мес., при повторных курсах лечения специфические препараты сочетаются с физиопроцедурами. Контроль за эффективностью лечения через 3; 6 и 12 мес.

Проведя многофакторный, ретроспективный анализ амбулаторной документации, мы убедились, что цитологические мазки, обследование на ИППП, морфологические данные совпали с нашими кольпоскопическими заключениями более чем в 90% наблюдений. Мы считаем, что клинический диагноз должен быть поставлен в результате комплексного обследования, которое после кольпоскопического осмотра приобретает целенаправленный характер. Кольпоскопия способствует раннему выявлению дисплазий различной степени и раннего рака. По данным гистологической лаборатории городского Перинатального центра, на основе прицельного забора материала за 5 лет, подтверждено 495 дисплазий эпителия шейки матки разной степени поражения эпителия (CIN I, CIN II, CIN III). Регресс дисплазий при CIN I произошел у 27%, при CIN II — у 11%, радикальные иссечения шейки с использованием радиоволновой энергии аномальных участков при CIN III выполнены у 85 (17%) чел. Ранний рак Ia стадии выявлен у 9% больных.

Подозрение на дисплазию может звучать после кольпоскопии как клинический диагноз (МКБ-10, шифр № 87.1) и уточняется после патоморфологического исследования.

Таким образом, кольпоскопия должна стать стандартным методом диагностики патологии шейки матки

в работе всех акушеров-гинекологов, что практически стало возможным в последние годы, в связи с достаточным оснащением женских консультаций кольпоскопами по программе национального государственного проекта «Здоровье населения России».

Л и т е р а т у р а

1. Бауэр Г. Цветной атлас по кольпоскопии. / Пер. с нем. [под ред. С.И. Роговой]. - М.: ГЭОТАР-МЕД, 2004. - 288 с.
2. Белокриницкая Т.Е., Свердлов Е.С., Пономарева Ю.Н. Заболевания шейки матки: рук-во для врачей. - Иркутск-Чита, 2007. - 47 с.
3. Заболевания шейки матки, влагалища и вульвы: клинические лекции [под ред. проф. В.Н. Прилепской]. - М.: Мед-Пресс., 1999. - 427 с.
4. Кулинич С.И., Свердлов Е.С., Рыбалко И.Е. Клиническая интерпретация кольпоскопических символов и понятий: пос. для врачей. - Иркутск, 2006. - 71 с.
5. Минкина Г.Н., Манухин И.Б., Франк Г.А. Предрак шейки матки. - М.: Аэрограф-медиа, 2001. - 200 с.
6. МКБ-10 ВОЗ, Женева, Москва, 2004. - 266 с.
7. Прилепская В.П., Роговская И.С., Межевитинова Е.А. Практическое рук-во по кольпоскопии. - М., 2001. - 121 с.
8. Профилактика рака шейки матки: рук-во для врачей. - М.: МЕДпресс-информ, 2007. - 55 с.
9. Hinselman H., Veb H.J., Thieme G. Kolposkopische studien. - Leipzig, 1954. - 249 p.
10. World Health Organisation (WHO). Comprehensive Cervical Cancer Control. A guide to essential practice. Geneva: WHO. - 2006.

Координаты для связи с авторами: Кулинич С.И. — e-mail: kulinich@zmail.ru



УДК 618.3 : 616.721.7 - 001.7 - 07 - 08 - 039.57

Е.Г. Скрыбин, Ю.С. Решетникова, Е.В. Юхвид

СПОНДИЛОЛИСТЕЗ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН: ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ, ДИАГНОСТИКИ, ЛЕЧЕНИЯ

*Тюменская государственная медицинская академия,
625023, ул. Одесская, 54, тел./факс: 8(3452)20-62-00, г. Тюмень*

Особенности клиники, диагностики и лечения спондилолистеза у женщин, вынашивающих беременность, остаются малоизученными. Связано это с различными причинами, в том числе и с той, что проблема находится на стыке двух важнейших медицинских дисциплин — ортопедии и травматологии, с одной стороны, и акушерства и гинекологии, с другой.

В структуре дегенеративно-дистрофических и диспластических заболеваний позвоночника у беременных спондилолистез занимает четвертое ранговое место, уступая остеохондрозу, сколиотической болезни и аномалиям развития [4]. Основное проявление вертеброгенной патологии — болевой синдром в поясничном и крестцовом отделах, который доставляет женщинам наибольшие