

ВЛИЯНИЕ ЭКТОПИИ ШЕЙКИ МАТКИ НА ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ

Шахбазова В.А., Сороченко А.А.

Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар, e-mail: sor.violetta2010@yandex.ru

Эктопия шейки матки является предметом дискуссии до настоящего времени. Согласно общепринятым представлениям эктопия шейки матки относится к нормальной кольпоскопической картине и является физиологическим состоянием при беременности. Эктопия шейки матки не внесена в Международную классификацию болезней десятого пересмотра. Несмотря на это, имеются убедительные данные о том, что эктопия шейки матки может явиться самостоятельным фактором риска осложненного течения беременности, родов и послеродового периода. Осложнения беременности в основном обусловлены инфекционным фактором и, соответственно, рисками бактериального вагиноза, вагинита, цервицита, преждевременного разрыва плодных оболочек, преждевременных родов, аномалий родовой деятельности, кровотечения во время беременности и после родов, послеродовых инфекционно-воспалительных осложнений. В настоящей публикации представлен обзор современных литературных источников по данному вопросу.

Ключевые слова: эктопия шейки матки, цервицит, вагинит, осложнения беременности.

CERVICAL ECTOPY IN THE GENESIS OF GESTATIONAL COMPLICATIONS

Shakhbazova V.A., Sorochenko A.A.

Kuban State Medical University, Krasnodar, e-mail: sor.violetta2010@yandex.ru

Cervical ectopy is the subject of the debate to date. According to generally accepted notions of cervical ectopy refers to a normal colposcopic picture and is a physiological state of pregnancy. Cervical ectopy not included in the International Classification of the tenth revision of the disease. Despite this, there is strong evidence that cervical ectopy may be the independent risk factors for complications of pregnancy, childbirth and the postpartum period. Pregnancy complications, mainly due to infectious factor and, consequently, the risk of bacterial vaginosis, vaginitis, cervicitis, premature rupture of membranes, preterm labor, abnormalities of labor, bleeding during pregnancy and after childbirth, postpartum infectious and inflammatory complications. This publication provides an overview of current literature on the subject.

Keywords: cervicectomy, cervicitis, vaginitis, pregnancy complications.

Эктопия шейки матки (ЭШМ) относится к нормальной кольпоскопической картине [4;19], выявляется с частотой от 17 до 50 %, преобладает в определенных субпопуляциях: у подростков и беременных женщин, а также среди женщин, принимающих гормональные контрацептивы [23]. Доброкачественные заболевания шейки матки при беременности выявляются у 78,6 % женщин, ЭШМ – у 24,0 % беременных [3].

Приобретенная ЭШМ является заболеванием с достаточно изученными экзо- и эндогенными факторами риска: урогенитальной инфекцией, воспалительными заболеваниями органов малого таза, ранним сексуальным дебютом, менархе до 12 лет, менструально-овариальными нарушениями, снижением репродуктивной функции, экстрагенитальной и гинекологической патологией, профессиональными вредностями, табакокурением, травмированием шейки матки в родах, при абортах, использованием барьерных методов контрацепции [3;11].

Несмотря на то, что ЭШМ относится к невоспалительным заболеваниям шейки матки (ШМ), при цитологическом исследовании отделяемого из шейки матки при беременности в норме в 58 % случаев отмечается наличие признаков воспаления [3].

Наличие воспалительных изменений является характерной особенностью доброкачественных процессов шейки матки при беременности [3]. Действительно, если вне беременности для неосложненной эктопии шейки матки при цитологическом исследовании характерны клетки плоского эпителия поверхностного и промежуточного слоев (цитограмма без особенностей), пролиферация цилиндрического эпителия; патогномоничная цитограмма эндоцервикоза, то для осложненной формы – цитограмма воспаления. При расширенной кольпоскопии в случае приобретенной эктопии шейки матки определяется цилиндрический эпителий с различными вариантами зоны трансформации. Так, нормальная зона трансформации представляется бледно-серыми язычками многослойного плоского эпителия на фоне яркой поверхности цилиндрического эпителия, протоки желез могут быть и открытыми, и закрытыми. Цилиндрический эпителий визуализируется в виде гроздьевидных скоплений ярко-красных сосочков округлой или продолговатой формы. Необходимо отметить, что у 40 % женщин с эктопией шейки матки выявляются такие аномальные кольпоскопические признаки, как лейкоплакия, пунктация, мозаика, йоднегативные зоны [11].

У беременных с ЭШМ частота воспалительных изменений в I триместре составляет 22,9 %, ко II триместру увеличивается в 2 раза, к III триместру – в 4 раза [13].

По данным F. Bánhidu и колл. (2010), ЭШМ ассоциирована с увеличенным риском врожденных аномалий плода: гипоспадии (OR 95 % CI: 4.5, 2.1-9.7) и кардиоваскулярных аномалий (OR 95 % CI: 3.4, 1.6-7.1) [18].

При беременности установлены характерные особенности кольпоскопии для ЭШМ, как и для других доброкачественных процессов в ШМ: усиленная васкуляризация, децидуоз, неравномерное утолщение эпителия, неспецифичность пробы Шиллера, аномальные картины. Так, при беременности и отсутствии доброкачественных заболеваний ШМ частота децидуоза составляет 17 %, при эктопии ШМ – 46,1 % [3]. Согласно международной классификации кольпоскопических терминов (июль 2011 года, Рио-де-Жанейро) децидуоз при беременности относят к нормальной кольпоскопической картине [1]. Различают две формы децидуоза шейки матки: опухолевидную (одиночное возвышение светло-розового или желтого цвета с множеством мелких сосудов) и полиповидную (полип белого цвета с множеством мелких анастомозирующих между собой сосудов, исходящий из цервикального канала [12].

Согласно исследованиям Зароченцевой Н.В. (2008) установлены особенности изменений шейки матки, обусловленные беременностью: появление отечности эпителия, усиление продукции секрета; незначительное зияние наружного зева, увеличение в размерах желез; смещение стыка эпителия в сторону эктоцервикса (физиологическая эктопия *ectopiagravidarum*) в 22,0 % и в 24,0 % случаев во II и III триместрах соответственно; немые иоднегативные зоны в 16,0 % и в 28,0 % только во II и III триместрах соответственно [3].

По мнению Сидоровой И.С. и Атабиевой Д.А. (2013), начиная с I триместра беременности при кольпоскопии определяется усиление окрашивания эктопии шейки матки в красный цвет, удлинение и отёчность сосочков цилиндрического эпителия, появление терминальных петель кровеносных сосудов. Более интенсивная васкуляризации и гиперемия шейки матки вследствие беременности может обусловить в 14,8 % случаев кровоточивость с поверхности эктопии. Для II триместра беременности характерно увеличение размеров эктопии, усиление васкуляризации шейки матки, более выраженная секреция слизи у 48,6 % женщин, появление множественных мелких кистовидно расширенных желез у 37,1 %. Во II триместре беременности у 42,8 % женщин с эктопией шейки матки диагностируются кольпоскопические признаки цервицита. Максимальные изменения в шейке матки определяются в III триместре беременности. Децидуоз выявляется у 47,2 % женщин, кровоточивость с поверхности эктопии у 37,8 % женщин. Однако при беременности кольпоскопические маркеры экзо- и эндоцервицита (гиперемия, отек, повышенная васкуляризация) могут отражать физиологические (гестационные) изменения в шейки матки, что требует дифференциальной диагностики [13]. Частота воспалительных изменений шейки матки к III триместру беременности возрастает в 4 раза при наличии цилиндрического эпителия на шейке матки [5].

Известно, что доброкачественные заболевания шейки матки ассоциированы с урогенитальной инфекцией, особенно с папилломовирусной. Однако, если УГИ при наличии лейкоплакии выявляется в 56 % случаев, при CIN в 95,5 %, при полипах в 38,8 %, то при эктопии шейки матки в 32,4 %, что сопоставимо с данными при здоровой шейке матки – 34 % [3].

Chlamydia trachomatis является самой распространенной ИППП, наиболее часто выявляется у молодых женщин с эктопией шейки матки [21]. По данным Lee V. и др. (2006), при обследовании 231 женщин со средним возрастом женщин 16–24 лет ЭШМ была выявлена в 46,3 %. У 68,2 % женщин с эктопией шейки матки в ближайшие 3 месяца был один половой партнер, у 28 % – два, у 3,7 % – три. 36,4 % женщин были курящими, только у 18,7 % имелись предыдущие беременности, 70,1 % женщин принимали оральные контрацептивы, 37,4 % были *Chlamydia*-позитивными [21].

Папилломовирусная инфекция оказывает ключевое влияние на развитие эндоцервикитов вплоть до образования кондиломатозных очагов воспаления стромы [17]. Увеличение частоты доброкачественных заболеваний шейки матки в репродуктивном возрасте может быть обусловлено инфицированностью женщин ВПЧ с максимумом заражения в 18–25 лет, снижением после 30 лет [1]. ВПЧ выявляется у 90 % беременных женщин с эктопией шейки матки [6]. Venkatesh KK, Cu-Uvin S. (2013) подчеркивают достоверную связь между эктопией шейки матки и носительством вируса иммунодефицита человека (ВИЧ) [23].

По данным Kleppa E. et al. (2015) при рандомизированном обследовании 700 сексуально активных женщин Южной Африки в возрасте 19,1 лет ЭШМ была выявлена у 27.2 % женщин, ВИЧ у 27.8 % женщин, хламидии у 25.3 % и гонорея у 15.6 % женщин [20]. Установлена значительная связь между эктопией шейки матки и возрастом, паритетом, хламидиями, гонореей, временным интервалом после наступления менархе, возрастом сексуального дебюта и числом сексуальных партнеров. У женщин с эктопией шейки матки отмечен повышенный риск хламидийной инфекции (OR 1.78, $p=0.033$), в возрасте менее 19 лет – двукратное увеличение носительства (OR 2.19, $p=0.014$).

Симбиотная микрофлора женщины предопределяет все физиологические процессы, представляет «экстракорпоральный» орган, характеризуется видовым постоянством. Роль беременности на функциональное состояние вагинальной и цервикальной экосистемы женщины является предметом изучения до настоящего времени. Микробиоценоз влагалища женщины, в репродуктивном возрасте в частности, тесно связан с особенностями и полиморфизмом генов локального иммунитета, гормонального фона. При планировании беременности необходим контроль микробиоценоза влагалища, особенностей иммунного реагирования на собственную условно-патогенную микрофлору [9].

Беременность представляет собой фактор риска для манифестации инфекционных заболеваний у женщины. Урогенитальный хламидиоз, наиболее значимый и распространенный представитель инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), выявляемый при беременности в 2–37 % наблюдений. Частота урогенитального хламидиоза при наличии хронических воспалительных заболеваний органов малого таза (ВЗОМТ) и отягощенного акушерско-гинекологического анамнеза может составлять 70 %, в 60 % с бессимптомным течением [14].

Дисбиотические процессы во влагалище характеризуются изменением профиля экспрессии генов цитокинов клеток отделяемого из влагалища: повышение экспрессии мРНК генов IL-1b, IL-6, IL-8, TNF и LIF, CD45 и IFNG; достоверное снижение уровня экспрессии мРНК генов IL-12a и IL-18. Однако критериев, позволяющих гарантированно

дифференцировать бактериальный вагиноз и неспецифический вагинит до настоящего времени не установлено [15].

Сопутствующий эктопии шейки матки цервицит представляет серьезные риски для осложнений гестации и послеродового периода. Восходящее инфицирование плодного яйца является причиной преждевременного разрыва плодных оболочек, зачастую задолго до доношенного срока [7]. Согласно исследованиям Гребневой И.С. (2010), является причиной угрозы невынашивания в 98,4 % случаев, фетоплацентарной недостаточности – в 52,5 %, преждевременных родов – в 23 %, слабостью родовой деятельности – в 19,7 %, в послеродовом периоде – субинволюции матки и лохиометры у 11,5 % женщин, несостоятельности швов влагалища и промежности у 4,6 % женщин, послеродового эндометрита у 1,6 % женщин [2].

По данным Рева Н. Л. и колл. (2011), заболевания шейки матки способны кардинально изменить гестационный процесс, привести не только к росту частоты угрозы прерывания у 12,6 % беременных, но и к нарушению плацентации у 2,5 %, дистоции шейки матки у 3,7 %, разрывам шейки матки в родах у 20 % и гнойно-септическим заболеваниям у 16 % женщин [10].

В литературе представлены единичные описания кровотечений вследствие децидуоза во время беременности. Эктопический децидуоз у женщин с эктопией шейки матки при беременности может визуально и цитологически симулировать дисплазию шейки матки, или явиться причиной кровотечения в любой срок беременности. Описаны случаи угрожающей жизни острой массивной кровопотери при внутреннем кровотечении во время беременности и после родов у женщин с внутрибрюшным эктопическим децидуозом [22].

Частота невынашивания беременности в I триместре у женщин с эктопией и эктропионом составляет 32,6 %, маточно-плодово-плацентарных нарушений – 11,1 %. Эктопия шейки в 2,7 % случаев является причиной репродуктивных потерь [3;16].

ЭШМ признана медико-биологическим фактором, определяющим риск развития преждевременного разрыва плодных оболочек (отношение шансов, ОШ=5,2), как и угроза невынашивания (ОШ=38,5), два и более аборта в анамнезе (ОШ=17,9), самопроизвольный выкидыш в анамнезе (ОШ=14,9), активная уреоплазменная (ОШ=5,7) и микоплазменная инфекция (ОШ=5,7) [8].

На основании приведенного обзора современной литературы, учитывая известные риски осложнений гестации, родов и послеродового периода вследствие ЭШМ, очевидна необходимость преконцепционного консультирования женщин и соответствующего лечения при её осложненных формах.

Список литературы

1. Баряева О.Е. Фоновые и предраковые заболевания шейки матки / О.Е. Баряева; ГБОУ ВПО ИГМУ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации. – Иркутск: ИГМУ, 2012. – 40 с.
2. Гребнева И.С. Течение беременности, родов, послеродового периода и состояния новорожденных при восходящем инфицировании плодного яйца // *Мать и дитя в Кузбассе*. – 2010. – Спецвыпуск № 1. – С. 41-43.
3. Зароченцева Н.В. Заболевания шейки матки при беременности (современные аспекты диагностики и тактики ведения): автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – Москва, 2008. – 45 с.
4. Коколина В.Ф., Колубаева И.В. Медико-социальная характеристика девочек-подростков с врожденной эктопией шейки матки// *Педиатрия*. – 2014. – № 3. – С.130-133.
5. Куликов И.А. Особенности патологии шейки матки во время беременности: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Москва, 2011. – 24 с.
6. Куликов И.А., Макаров И.О., Овсянникова Т.В. Возможности применения интерферона у беременных в лечении изменений шейки матки вирусного генеза // *От родильного дома к перинатальному центру: 25 лет*. – 2010. – С. 48–51.
7. Новикова В.А, Пенжоян Г.А., Рыбалка Е.В., Аутлева С.Р., Васина И.Б., Филина К.В. Нерешенные вопросы преждевременных родов при преждевременном разрыве плодных оболочек// *Российский вестник акушера-гинеколога*. – 2012. – № 4. – С. 25-31.
8. Павлов А.В. Особенности функциональной активности периферических нейтрофилов и продуцируемых ими медиаторов при невынашивании беременности поздних сроков: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Иваново, 2011. – 24 с.
9. Прилепская В.Н., Летуновская А.Б., Донников А.Е. Микробиоценоз влагалища и полиморфизм генов цитокинов как маркер здоровья женщины (обзор литературы)// *Гинекология*. – 2015. – № 2. – С. 4-13.
10. Рева Н.Л., Кучеров В.А., Стовбун С.В., Сафронов Д.Ю. Лечение хронических цервицитов. Ассоциированных с вирусом папилломы человека у беременных // *Журнал акушерства и женских болезней*. – 2011. – № 2. – С. 126-130.
11. Савельева Г.М., Сухих Г.Т., Манухин И.Б. Гинекология. Национальное руководство. Краткое издание / под ред. Г.М. Савельевой, Г.Т. Сухих, И.Б. Манухина. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 704 с.
12. Сидорова И.С., Макаров И.О., Куликов И.А. Кольпоскопия во время беременности// *Российский вестник акушера-гинеколога*. – 2009. – № 4. – С. 27-30.

13. Сидорова И.С., Атабиева Д.А. Методы исследования шейки матки у беременных // Акушерство, гинекология и репродукция. – 2013. – №7 (2). – С. 15-19.
14. Стецюк О.У., Никонов А.П., Андреева И.В., Чилова Р.А., Остроумова М.В. Актуальные вопросы лечения хламидийной инфекции у беременных женщин // Лечащий врач. – 2010. – № 3. – С. 42-45.
15. Сухих Г.Т., Трофимов Д.Ю., Бурменская О.В., Байрамова Г.Р., Непша О.С., Донников А.Е., Дуринян Э.Р., Бирюкова А.М. Профиль экспрессии мРНК генов цитокинов в вагинальных мазках женщин репродуктивного возраста при неспецифическом вагините и бактериальном вагинозе // Акушерство и гинекология. – 2011. – № 7 (2). – С. 33-38.
16. Титченко Л.И., Серова О.Ф., Зароченцева Н.В., Белоусова Т.Н., Важнова В.М. Заболевания шейки матки и беременность // Вестник последипломного медицинского образования. – 2010. – № 1. – С. 38-43.
17. Унанян А.Л., Коссович Ю.М. Хронический цервицит: особенности этиологии, патогенеза, диагностики и лечения // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2012. – № 6. – С. 40-45.
18. Bánhidu, F., Ács, N., Puhó, E. and Czeizel, A. (2010) A possible association between cervical erosion in pregnant women and congenital abnormalities in their children—a population-based case-control study. *Health*, 2, 945-950. doi: 10.4236/health.2010.28140.
19. Bornstein J., Bentley J., Bösze P., Girardi, F., Haefner, H., Menton, M. et al. 2011 Colposcopic Terminology of the International Federation for Cervical Pathology and Colposcopy. *ObstetGynecol* 2012;120:166–72. DOI:10.1097/AOG.0b013e318254f90c.
20. Kleppa E, Holmen SD, Lillebø K, et al. *Sex Transm Infect* 2015;91:124–129.
21. Lee V., Tobin J. M., Foley E. Relationship of cervical ectopy to chlamydia infection in young women. *J Fam Plann Reprod Health Care* 2006; 32(2): 104–106.
22. Lüdders D. W., Henke R.-P., Saba M., Raddatz L., Soliman A., Malik E. Severe Maternal Pre- and Postpartum Intra-Abdominal Bleeding due to Deciduo- and Placental Abnormalities. *Geburtshilfe Frauenheilkd.* 2015 Mar; 75(3): 259–262. doi: 10.1055/s-0035-1545876. PMID: PMC4397934.
23. Venkatesh KK, Cu-Uvin S. Assessing the relationship between cervical ectopy and HIV susceptibility: implications for HIV prevention in women. *Am J Reprod Immunol.* 2013;1:68-73. doi: 10.1111/aji.12029.