

C. M. ТЕМКИН, У. М. УРАЗОВА, О. А. ФЕКЕТЕ

ПОЛИПЫ ЦЕРВИКАЛЬНОГО КАНАЛА У БЕРЕМЕННЫХ

Перинатальный центр, г. Астана
Центр перинатальной профилактики, г. Астана

Предметом изучения в данной статье, являлись доброкачественные образования шейки матки. Предприняты попытки клинического и научного поиска алгоритмов диагностики и протоколов ведения беременности на фоне полипов цервикального канала. Представлены результаты собственных наблюдений, проведенного лечения и профилактических мероприятий.

Ключевые слова: беременность, полипы цервикального канала, алгоритм диагностики, протокол ведения, лечение.

Актуальность. Полипы цервикального канала занимают одно из первых мест среди доброкачественных патологических процессов шейки матки. Частота их встречаемости у гинекологических пациенток составляет 22,8%, а в 67,9% случаев полипы цервикального канала сочетаются с другими гинекологическими заболеваниями [1, 2]. Полипами цервикального канала называют очаговую пролиферацию эндоцервикса в виде древовидных выростов соединительной ткани на тонкой или широкой соединительнотканной ножке, покрытых цилиндрическим эпителием, которые выступают в просвет шеечного канала или за его пределы.

Несмотря на многочисленные исследования в изучении доброкачественных заболеваний шейки матки, в современной отечественной и зарубежной литературе данные о полипах цервикального канала, диагностируемых во время беременности, крайне ограничены [3, 4]. Кроме того, отсутствует определенность в терминологии. Достаточно часто встречается, к примеру, термин «декудиальный» полип, под которым подразумеваются все полиповидные образования эндоцервикса во время беременности. Беременность способствует активным пролиферативным процессам в шейке матки, приводящим к резервноклеточной пролиферации, микрожелезистой гиперплазии, плоскоклеточной метаплазии и декудиальной трансформации стромы. Кроме того, при беременности могут образовываться декудиальные псевдополипы. Они представляют собой локальные изменения стромы шейки матки, имеющие вид выступающей бляшки или псевдополипа.

Декудиализированные полипы и псевдополипы следует дифференцировать с полиповидным пролабированием декудиальной ткани из цервикального канала как угрозе прерывания беременности и истмико-цервикальной недостаточности. Недостаточно определена тактика ведения беременных с полиповидными образованиями шейки матки. В частности, это касается вопроса связанного с показаниями и противопоказаниями к полипэктомии, а также сроков и особенностей ее проведения.

В течение долгого времени, большинство авторов придерживались наблюдательной тактики ведения беременных с полиповидными образованиями цервикального канала, мотивируя отсутствием их влияния на состояние шейки матки в период гестации и родов. Однако в последние годы появились работы, показывающие, что полипы цервикального канала во время беременности приводят к изменению консистенции и ферментативного состояния шеечной слизи, активности гранулоцитов эластазы, отражается на состоянии местного иммунитета, и вызывает не только развитие цервицита, но и создает условия для восходящей инфекции и хориоамнионита [5, 6].

В происхождении полипов играют роль: изменения в эндокринной регуляции репродуктивной системы; гормональные нарушения; хронические воспалительные заболевания; нарушения иммунного гомеостаза; последствия перенесенных травм шейки матки. Так, в классификации ВОЗ выделяют три формы полипов: остроконечные кондиломы, полип и эпидермоидные попиломы. В зависимости от особенностей гистологического строения на основании количественного соотношения желез и стромы различают железистые, железисто-фиброзные, эпидермизирующие полипы.

Согласно классификации цервикальных полипов по Ferenczy A. [7] выделяются:

- эндоцервикальные слизистые полипы;
- фиброзные полипы;

- сосудистые полипы;
- смешанные эндоцервикально-эндометриальные полипы;
- стромально-мезодермальные полипы.

Во время беременности наиболее часто встречаются эндоцервикальные полипы в сроке 9-16 недель [9]. Большинство полипов единичные, величиной от нескольких миллиметров до 2-3 см. Клиническими особенностями полиповидных образований цервикального канала у беременных являются тянувшие боли внизу живота, обильные бели, кровянистые выделения.

Ограниченност и разноречивость сведений об этиологии, патогенезе и морфологических особенностях цервикальных полиповидных образований во время гестации, а также отсутствие алгоритма ведения беременных при их обнаружении, определяют данную патологию актуальной в акушерстве.

Целью данного исследования является разработка алгоритма диагностики и лечения для рекомендаций в протоколы ведения беременности, протекающей на фоне цервикальных полиповидных образований.

Материалы и методы

Нами проведено обследование и наблюдение 26 беременных в разной возрастной категории (в среднем 27 лет) с полиповидными образованиями шейки матки, впервые выявленными в первом (90%) и во втором (10%) триместрах. Обследование у данной категории беременных проводилось по общепринятым стандартам: 1) общеклиническое; 2) микроскопическое; 3) бактериологическое исследование с целью выявления урогенитальной инфекции, включая вирус папиломы человека; 4) расширенная кольпоскопия; 5) цитологическое исследование мазков; 6) УЗИ в динамике.

Результаты и их обсуждение

Анализ анамнестических данных пациенток позволил выделить факторы риска для развития полиповидных образований цервикального канала во время беременности. Наиболее часто полиповидные образования эндоцервикса встречаются у повторнобеременных (72%) и одинаково часто – у первородящих и повторно родящих. Обращает внимание высокая частота ранних репродуктивных потерь в анамнезе у каждой третьей пациентки (34,6%). В анамнезе большинства пациенток (69%) наблюдались хронические воспалительные заболевания органов малого таза, в том числе хронический цервицит (47%). Характерна высокая частота гормональных нарушений и гормонозависимых заболеваний: дисфункция яичников (44,4%), миома матки (22,7%), кисты яичников у (12%) пациенток. Отягощенный акушерский и гинекологический анамнез явился фоном для возникновения полиповидных образований шейки матки в период беременности.

Клиническая характеристика течения беременности в наблюданной группе (n - 26). В отличие от гинекологических пациенток беременные с полиповидными образованиями цервикального канала в 88% предъявляют жалобы на тянувшие боли внизу живота и в поясничной области и мажущие выделения из половых путей (62%), обильные слизистые выделения (24%). Лишь у 12% беременных наличие полипов цервикального канала протекает бессимптомно. Особенностью течения беременности у пациенток с полиповидными образованиями цервикального канала (ПОЦК) являются угроза прерывания беременности с ранних сроков, истмико-цервикальная недостаточность, низкая локализация плаценты. Фоном для развития гестационных осложнений явились гипопрогестеронемия у каждой третьей (34%) пациентки и гиперанддрогения у 3,8% женщин.

Бактериологическое исследование соскобов из цервикального канала выявило нарушение микробиоценоза влагалища у всех беременных с полиповидным образованием эндоцервикса. У большинства из них имелась выявляемость инфекций, передаваемых половым путем. Чаще всего при ПЦР-диагностике наблюдалась ассоциация вирусов, бактерий и грибов, моноинфекция выявлялась лишь у 3 пациенток. Чаще выявлялись: ВПЧ (38%), ВПГ (25%), уреаплазмы (27%), микоплазмы (5%), хламидии (5%), гарднерелы (27,7%), кандиды (44,4%).

Цитологическое исследование материала с поверхности шейки матки у беременных показало преимущественное выявление II типа мазка (86%), реже I типа (2%), III типа (12%). У каждой пятой пациентки были обнаружены цитологические признаки папилломавирусного поражения

шейки матки. В большинстве случаев сопутствовали признаки хронического эндоцервицита (80%), эктропиона (30%), эктопии цилиндрического эпителия (11%), остроконечных кондилом вульвы и влагалища.

На основании данных расширенной кольпоскопии, ультразвукового исследования, гистологического исследования было выявлено, что у беременных полиповидные образования эндоцервикаса представлены истинными полипами эндоцервикаса и децидуальными псевдополипами. Расширенная кольпоскопия позволила выявить все многообразие полиповидных образований цервикального канала, которые отличались по величине, форме, цвету, состоянии их поверхности. Размеры варьировали от 1 до 3 см. Часто на поверхности полиповидных образований наблюдались истинные эрозии и некротические изменения. В одном случае наблюдалась множественные полипы. Основными кольпоскопическими признаками истинных полипов являлись наличие соединительнотканной ножки, разнообразная форма с различной поверхностью, размеры более 1 см. Кольпоскопическими особенностями децидуальных псевдополипов были отсутствие ножки (широкое основание, гладкая поверхность и неровность контуров). Ультразвуковой метод диагностики позволяет определить размеры образования, измерить длину ножки и определить точную локализацию самого полипа.

На основании проведенного исследования нами предложена тактика ведения беременных с ПОЦК. Учитывая клинико-морфологические особенности ПОЦК у беременных, а также особенности течения беременности (угроза прерывания беременности на фоне инфекций передающимся половым путем (ИППП), гипопрогестенении) проводилось лечение, которое включала гормональную коррекцию, лечение урогенитальной инфекции и полипэктомию по показаниям. Для лечения угрозы прерывания беременности применяли гестагены (Утроместан по 200-300 мг в сутки), спазмолитики (но-шпа, ректальные свечи с папаверином), витаминные препараты (фолиевая кислота, Магне-В6) [3, 6, 7]. Применение Утроместана обусловлено тем, что микронизированный прогестерон идеально способствует адекватному развитию железистого аппарата, стромы, маточного эпителия, ваксуляризации миометрия, поддерживает миометрий в состоянии покоя. Показаниями для применения Магне-В6 послужило многообразие действия данного препарата – снижение тонуса матки, вазодилатация, улучшение кровотока, снижение агрегации тромбоцитов, регуляция функции кишечника, обеспечение адекватного функционирования центральной и периферической нервной систем, регуляция сосудистого тонуса, повышение устойчивости тканей плода к гипоксии, снижение риска кровоизлияний в мозговую ткань у ребенка (энергетическая поддержка клеток).

Лечение ИППП проводилось макролидами, в частности, ровамицином в дозе 3 млн. ЕД 3 раза в сутки в течение 10–14 дней. Ровамицин – один из немногих препаратов, разрешенных к применению у беременных. В отличие от других макролидов безопасность Ровамицина для плода подтверждена клиническим многолетним опытом его применения у беременных женщин. Санацию влагалища проводили Тержинаном. Данный препарат обеспечивает быструю и эффективную элиминацию широкого спектра микробных агентов, устранение субъективных и клинических признаков воспаления и профилактику нарушений микробиоценоза влагалища. При этом обладая низкой всасывающей способностью, абсолютно безопасен для матери и плода.

Полипэктомия была проведена во время беременности при: величине полипов более 1 см; росте полиповидных образований; их кровоточивости; деструктивных и некротических изменениях, сопровождающиеся выраженной воспалительной реакцией; наличие дискареоза; децидуальных полипов величиной более 2 см и наличие деструктивных изменений.

Полипэктомия проводилась под местным обезболиванием радиохирургическим методом с использованием радиопетки в режиме «разрез и коагуляция», без произведения фиксации шейки матки [8]. При наличии толстой ножки нами предварительно перевязывали ее хирургической лигатурой.

Заключение. Таким образом, адекватность проводимого обследования и терапии дала возможность всем беременным с данной патологией закончить беременность самопроизвольными родами в доношенном сроке (38-40 недель). Обращает на себя внимание, что у каждой второй пациентки с децидуальными псевдополипами на фоне гормональной и антибактериальной терапии произошел их лизис. Следует отметить, что ни в одном случае не наблюдался рост децидуальных псевдополипов.

ЛИТЕРАТУРА

- 1 Заболевания шейки матки, влагалища и вульвы. Клинические лекции / Под ред. проф. В. Н. Прилепской. – М.: МЕДпрессс, 2000. – С. 423.
- 2 Tumours of Breast and Female Genital Organs. World Health Organization Classification of Tumours. – Pathology and Genetics / Ed. by A. Fattaneh, P. Devilee. – Lyon: IARC Press, 2003. – P. 432.
- 3 Woodman C.B., Collins S., Winter h., Bailey A. et all. Natural history of cervical human papillomavirus infection in young woman: a longitudinal cohort study // Lancet. – 2001. – 357. – P. 1831-1836.
- 4 Beral V., Hermon C., Munoz N., Devesa S. Cervical cancer // Cancer surv. – 1994. – 19-20. – P. 265-285.
- 5 Хмельницкий О.К. Цитологическая и гистологическая диагностика заболеваний шейки и тела матки. – СПб.: SOTIS, 2000. – С. 82-100.
- 6 Hausen H. Papillomaviruses causing cancer: evasion from host-cell control in early events in carcinogenesis // J. Natl. Cancer Inst. – 2000. – 92. – P. 690-698.
- 7 Ferenczy A, Kendall-Dupont J, Mes-Masson AM., Combination of serum biomarkers to differentiate malignant from benign ovarian tumours // J Obstet Gynaecol Can. – 2012 (Jun.). – 34(6). – P. 567-74.
- 8 Бахидзе Е.В. Фертильность, беременность и гинекологический рак. – М.; СПб., 2004. – 285 с.

S. M. Temkin, U. M. Urazova, O. A. Fekete

ЖҮКТІ ӘЙЕЛДЕРДЕГІ ЦЕРВИКАЛЬДЫ КАНАЛЫНЫҢ ИСІГІ (ПОЛИП)

Бұл мақаланың зерттеу тақырыбы – жатыр мойындағы қатерсіз ісіктердің пайда болуы. Цервикальды канал ісігі көзіндегі жүктіліктің хаттамасын жүргізу мен клиникалық және ғылыми диагностикалаудың алгоритмін табуға ерекет жасалған. Жүргізілген емдеу мен алдын алу шараларындағы жеке бақылаулардың нәтижелері көрсетілген.

Негізгі сөздер: жүктілік, цервикальды каналың ісігі, диагностикалаудың алгоритмі, хаттама жүргізу, емдеу.

S. M. Temkin, U. M. Urazova, O. A. Fekete

THE CERVICAL CANAL POLYPS IN PREGNANT WOMEN

The object of study in this article was benign disease of the cervix. Attempts have been made of the clinical and scientific research protocols and algorithms for diagnosis of cervical polyps during pregnancy. The results of our own observations, the treatment and prevention activities.

Keywords: pregnancy, cervical polyps, a diagnostic algorithm, the protocol reference treatment.