

КОЛЬПОЦИТОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА УГРОЖАЮЩЕГО АБОРТА

Профессор А.Ю. ЩЕРБАКОВ

Харьковская медицинская академия последипломного образования

Изучены особенности кольпоцитогамм у беременных с угрозой аборта и невынашиванием в анамнезе. В зависимости от типа кольпоцитогамм проведено соответствующее гормональное лечение, способствующее прогрессированию беременности.

Среди важнейших проблем современного акушерства одно из первых мест занимает невынашивание беременности, частота которого колеблется от 20 до 40% [1–6]. Невынашивание беременности в большинстве случаев сопровождается угрозой прерывания, вызванной гормональной недостаточностью, которая обусловлена снижением концентрации прогестерона, а в некоторых случаях и эстрогенов [5–7].

Для определения овариальной и плацентарной активности в акушерстве и гинекологии используется метод гормональной кольпоцитологии, не потерявший актуальности до настоящего времени, основанный на исключительно тонкой чувствительности влагалищного эпителия к изменениям гормональных взаимоотношений в организме женщины. Это дает возможность по морфологии отторгающихся клеток влагалищного эпителия судить о гормональной функции половых желез во время беременности [8, 9].

На протяжении беременности эпителий влагалища претерпевает циклические изменения под влиянием половых гормонов. При микроскопии в вагинальных мазках различают четыре типа эпителиальных клеток: поверхностные (ПК), промежуточные (ПрК), парабазальные (ПБ) и базальные (БК). ПрК бывают трех видов: ПрК верхних рядов (ПрВ); собственно ПрК (ПрС); и ПрК нижних рядов (ПрН). Кроме эпителиальных клеток в мазках встречаются лейкоциты, эритроциты и элементы бактериальной флоры.

При характеристике кольпоцитологической картины нормально протекающей беременности выделяют два цитотипа:

I цитотип — мазок прогрессирующей беременности соответственно сроку беременности (рис. 1).

Для ранних сроков беременности (период желтого тела) характерен в мазках тот гормональный фон, на котором наступает оплодотворение, и цитогаммы напоминают картину средней секреторной фазы менструального цикла с преобладанием ПК и ПрВ. По мере прогрессирования беременности желтое тело яичников увеличивает выработку прогестерона, что отражается в цитогаммах уменьшением количества указанных клеток, составляющих половину клеточного состава мазка. С формированием плаценты связана все возрастающая продукция прогестерона и наименее активных фракций эстрогенов — эстриола, что отражается в цитогаммах дальнейшим снижением ПК и ПрВ, составляющих уже 1/3 клеточного состава мазка. Преобладающими являются ПрС. После установления функции плаценты (с 20-й до 36-й нед беременности) цитологическая картина становится стабильной с преобладанием ПрС и минимальным содержанием ПК и ПрВ.

Период беременности 36–40 нед называется биологическим концом беременности, он характеризуется процессами старения плаценты и снижением продукции прогестерона, относительным повышением содержания активных фракций эстрогенов. Такие изменения гормонального профиля обуславливают превращения цитологической картины с наличием признаков эстрогенной активности: вначале гиперхромия ядер ПрС, затем дифференциация в ПрВ и ПК до их преобладания за несколько дней до родов и других признаков выраженного влияния эстрогенов — таких, как чистый фон мазка, изолированное расположение клеток. Накануне родов, вследствие падения титра гормонов, в цитогаммах регистрируются весьма характерные изменения: десквамация с деструкцией клеточных элементов, грязный фон, смешанный тип мазка.

По степени цитолиза мазки подразделяются на три типа: слабый цитолиз при сохранившихся 70–80% клеток; умеренный — при 40–60%; выраженный — при 10–30% клеток.

Для цитогамм II типа (литического) характерны литические изменения цитоплазмы ПрК. В препаратах обычно большое количество палочек Додерлейна, которые и вызывают лизис наиболее богатой гликогеном цитоплазмы ПрК (рис. 2).

Для обследования женщин с невынашиванием беременности эндокринного генеза используют классификацию патологических изменений влагалищных мазков [1, 2], согласно которой имеются следующие цитологические изменения:

I патологический цитотип — повышение эстрогенной активности (гиперэстрогенный тип);

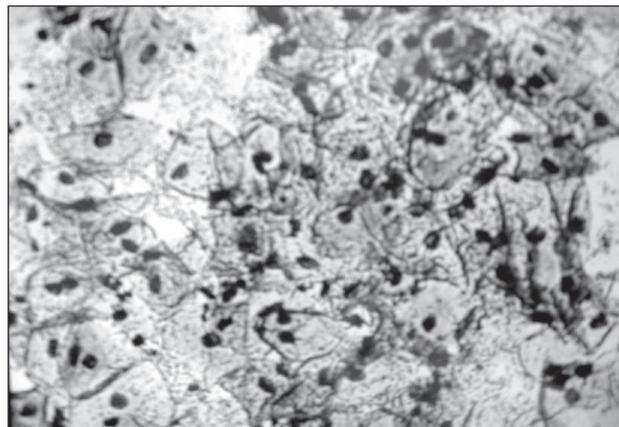


Рис. 1. Тип мазка, соответствующий прогрессирующей беременности. Крупные скопления ладьевидных клеток с пузырьковидными ядрами. Об.40. Ок.7

II патологический цитотип — снижение общегормональной активности (гипогормональный тип);

III патологический цитотип — резкое снижение гормональной активности.

Целью настоящего исследования явилось изучение особенностей кольпоцитогамм у беременных с угрозой аборта и невынашиванием в анамнезе и определение их значимости в выборе гормональной терапии.

Кольпоцитологические исследования проведены у 170 повторно беременных с невынашиванием в анамнезе, поступивших в I половине беременности на стационарное лечение с угрозой аборта и не получивших до поступления гормонального лечения. Контрольную группу составили 20 беременных с физиологическим течением гестации.

Забор материала для исследования проводился шпателем из переднебокового свода влагалища, наносился тонким слоем на чистое предметное стекло, обезжиренное спиртом. Перед взятием мазков исключались в течение суток все влагалищные процедуры. Инструментарий был сухим и стерильным. После забора материала препарат фиксировали в смеси Никифорова. Окраску мазков производили гематоксилин-эозином.

Применение данной окраски давало возможность судить о характере расположения клеток, их величине, форме, отсутствии или наличии свертываемости, степени окраски протоплазмы и ядра, их сохранности, принадлежности к определенным слоям; констатировали ядерные и протоплазменные сдвиги, которые свидетельствовали о происходящих эндокринных нарушениях в организме беременных.

Мазки изучали посредством обычной микроскопии в проходящем свете под средним увеличением микроскопа (объектив 40, окуляр 7; 10). Подробно просматривали 10–15 полей зрения и определяли особенности цитологической картины.

В результате исследования у 82 из 170 обследованных беременных были выявлены три типа мазков. При этом у 39 женщин кольпоцитогамма соответствовала прогрессирующей беременности соответствующего срока, у 15 выявлен литический и у 28 — воспалительный тип мазка. Этих беременных не включали

в исследование, кроме того, диагноз угрожающего аборта не подтвердился ни клинически, ни кольпоцитологически.

В мазке воспалительного типа (рис.3) присутствовали все виды клеточных элементов вследствие воспалительной десквамации и появления клеток глубоких слоев. Клеточные элементы подверглись деструкции и бактериальному цитолизу. Фон мазка — большое количество лейкоцитов, эритроцитов, слизи, патологическая флора. Гормональная интерпретация мазка воспалительного типа не производилась.

Все три типа мазка мы рассматривали как относящиеся к нормальным, а следовательно, угроза прерывания беременности не была связана с нарушением гормональной функции. Эти беременные не получали гормонального лечения.

У остальных 88 беременных были обнаружены патологические типы мазков: у 23 — повышенная эстрогенная активность; у 49 — снижение общегормональной активности; у 10 — резкое снижение гормональной активности; у 5 — «незадолго до срока родов» (рис. 4) и у одной — «срок родов» (рис. 5).

На основании полученных у беременных с невынашиванием в анамнезе и угрозой аборта патологических кольпоцитогамм, свидетельствующих о нарушении функции яичников и плаценты, им было проведено соответствующее гормональное лечение.

С целью лечения угрожающего аборта применяли комплекс общепринятых методов с включением препарата дуфастон (дидрогестерон) компании «Солвей Фармацевтикалз ГмбХ», который выпускается в виде таблеток по 10 мг. Дозу и длительность приема препарата определяли индивидуально в зависимости от состояния пациенток, выраженности клинической картины заболевания, данных кольпоцитологического исследования. С целью контроля кольпоцитологическое исследование проводилось каждые 7 дней, в случае необходимости — с последующей коррекцией дозы препарата. При увеличении количества ПРК, уменьшении количества ПБ, отсутствии ПК лечение продолжалось до нормализации кольпоцитогаммы.

Степень гормональных нарушений имела прямую связь с цитологическими изменениями. При незначительной дисфункции в цитогаммах отмечалось

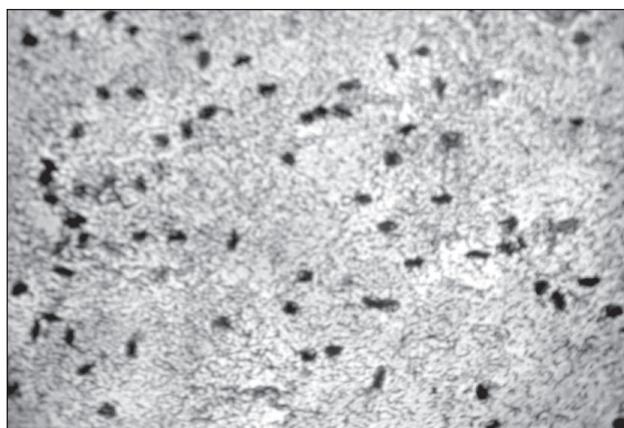


Рис. 2. Литический тип мазка. Кольпоцитогамма с резко выраженными явлениями цитолиза. Об.40. Ок.7

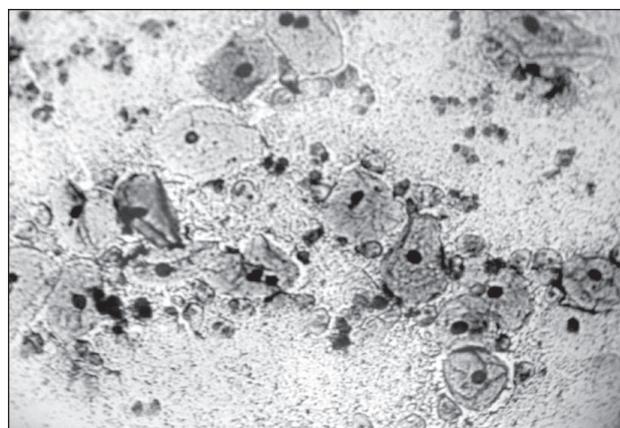


Рис. 3. Воспалительный тип мазка. Об.40. Ок.7

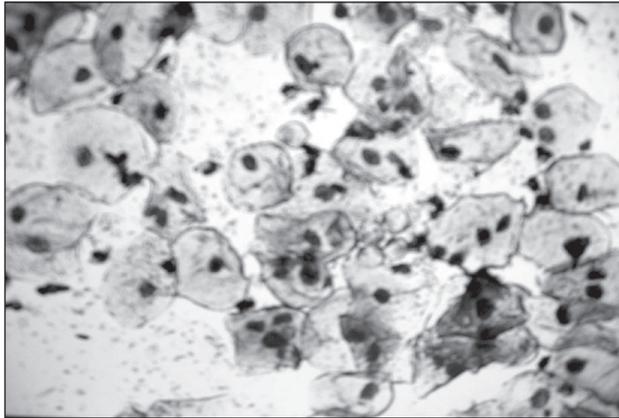


Рис. 4. «Незадолго до срока родов». Ладьевидные и ПрС представлены в равном количестве. Клетки четкие, пузырьковидные. Об.40. Ок.7

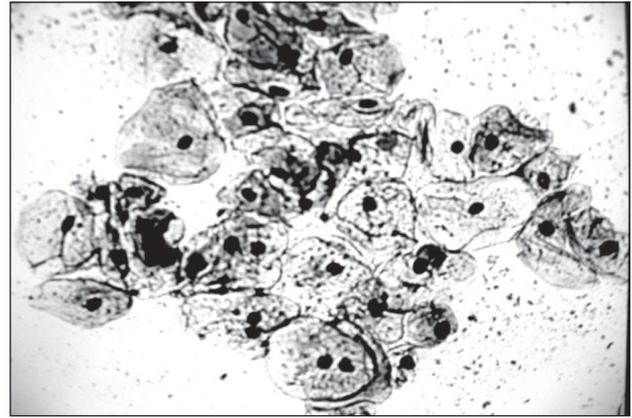


Рис. 5. «Срок родов». В мазке ПК и ПрС. Ладьевидные клетки отсутствуют. Клетки расположены в мелких группах и изолированно. Об.40. Ок.7

повышение пикнотического индекса и содержания промежуточных клеток верхних рядов. Достаточная коррекция дуфастоном приводила к нормализации клинического течения беременности и определяла благоприятный прогноз. При выраженной дисфункции, возрастании эстрогенной активности в цитограмме отмечались еще большие качественные и количественные изменения, которые приближались к мазкам «незадолго до срока родов» и «срок родов», в связи с чем беременность удалось пролонгировать лишь на 3–4 нед.

После исчезновения симптомов угрожающего абортa и нормализации кольпоцитогрaмм лечение последней эффективной дозой дуфaстона продолжали в течение 7 дней. У женщин с угрожающим абортom,

получавших дуфастон под контролем кольпоцитологических показателей, было достигнуто сокращение продолжительности приема препарата и сроков выздоровления. Побочных эффектов, которые потребовали бы отмены препарата, не отмечалось.

Таким образом, изучение кольпоцитогрaмм у женщин с невынашиванием в анамнезе и угрозой прерывания настоящей беременности позволяет на раннем этапе выявить имеющиеся гормональные нарушения и провести адекватное лечение. Применение препарата дуфастон под контролем кольпоцитогрaмм дает возможность избирательно назначить этот препарат, подобрать наиболее эффективную дозу и определить длительность его приема, что способствует прогрессированию беременности.

Литература

1. Дьоміна Т.М. Звичне невиношування вагітності і антифосфоліпідний синдром: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук.— К., 1999.— 36 с.
2. Писарева С.П., Трав'янюк Т.Д., Давидов Л.Я. Профілактика і лікування невиношування вагітності: Метод. рек.— К.: Київський НДІ ПАГ; Львівський НДІ ПАГ, 1983.— 24 с.
3. Сидельникова В.М. Невынашивание беременности.— М.: Медицина, 1986.— 176 с.
4. Татарчук Т.Ф., Сольский Я.П. Эндокринная гинекология (клинические очерки).— К.: Заповіт, 2003.— Ч. I.— 303 с.
5. Daya S., Ward S., Burrows E. Progesterone profiles in luteal phase defect cycles and outcome of progesterone treatment in patients with recurrent abortions // Am. J. Obstet. Gynec.— 1988.— Vol. 158.— P. 225–232.
6. Calcium and depolarization-dependent effect of pregnenolone derivatives on uterine smooth muscle / A. Hidalgo, R.S. Suzano, M.P. Revuelta et al. // Gen. Pharmacol.— 1996.— Vol. 27, № 5.— P. 879–885.
7. A prospective randomized comparison of intramuscular or intravaginal natural progesterone as a luteal phase and early pregnancy. Supplement / J. Smits, P. Devroey, B. Faguer et al. // Ibid.— 1992.— № 3.— P. 168–175.
8. Арсеньева М.Г. Кольпоцитологические исследования в диагностике и терапии эндокринных гинекологических заболеваний.— М.: Медицина, 1977.— 366 с.
9. Аруст И.Д. Гормональная кольпоцитология.— К.: Здоров'я, 1967.— 116 с.

Поступила 25.04.2005

COLPOCYTOLOGICAL CHARACTERISTICS OF THREATENED ABORTION

A.Yu. Scherbakov

Summary

The characteristics of colpocytograms in pregnant with threatened abortion with the history of miscarriage were studied. Depending on the type of colpocytogram, the respective hormonal treatment promoting pregnancy was administered.