**Экзо- и эндоцервициты. Возможности терапии**

**И**звестно, что одним из барьеров, препятствующих внедрению возбудителя в верхние отделы половых путей, является шейка матки. Этому способствуют узость цервикального канала шейки матки, наличие слизистой "пробки", содержащей секреторный иммуноглобулин А, лизоцим и другие вещества, обладающие определенными физическими и химическими свойствами. При наличии определенных факторов (в частности, травм шейки матки во время родов и абортов, диагностических выскабливаний матки и др.) происходит нарушение этих защитных механизмов и проникновение инфекции в половые пути, что вызывает развитие воспалительного процесса, в частности экзо- и эндоцервицита.  
   В настоящее время под термином "экзоцервицит" понимают воспаление влагалищной части шейки матки. Эндоцервицит - воспаление слизистой оболочки цервикального канала шейки матки.  
   По определению Мовэт Г.З. (1975 г.), воспаление - это реакция живой ткани на повреждение, заключающаяся в определенных изменениях терминального сосудистого ложа, крови, соединительной ткани, которые направлены на уничтожение агента, вызывающего повреждение, и восстановление поврежденной ткани [1]. Следует отметить, что воспаление само по себе не является заболеванием. Это реакция организма на внедрение возбудителя. В основе патогенеза воспаления выделяют следующие основные стадии:   
   1) альтерация; 2) экссудация; 3) пролиферация (продуктивная стадия).  
   Известно, что влагалище и шейка матки представляют собой единую анатомо-функциональную систему, поэтому воспалительные процессы шейки матки редко бывают изолированными. Как правило, в патологический процесс вовлекается и влагалище.  
   Все воспалительные процессы гениталий принято делить на неспецифические и специфические, так как воспаление экзо- и эндоцервицита могут быть вызваны как возбудителями неспецифической этиологии, так и специфической.  
   Неспецифические вагиниты - инфекционно-воспалительные заболевания влагалища, обусловленные действием условно-патогенных микроорганизмов (кишечной палочкой, стрептококками, стафилококками и др.).  
   Развитие экзо- и эндоцервицитов также может быть обусловлено инфекционными заболеваниями, передающимися половым путем (хламидиоз, трихомониаз, вирусные заболевания и т.д.).  
   Чаще всего заболевание встречается у женщин репродуктивного возраста. Однако нередко в результате возрастных изменений, которые связаны с дефицитом эстрогенов, происходят изменения, проявляющиеся в виде атрофического кольпита (вагинита) и неспецифических цервицитов.  
   Клиническими симптомами острого неспецифического цервицита и вагинита являются обильные слизистые или гноевидные выделения, зуд, реже - боли внизу живота. При влагалищном исследовании определяются гиперемия, отек, кровоизлияния в области слизистой оболочки влагалища и шейки матки, иногда могут наблюдаться участки изъязвления или слущивания поверхностных слоев эпителия до базального слоя.  
   В хронической стадии выделения могут быть незначительными. При хроническом цервиците шейка матки отечная, с очаговой гиперемией.  
   **Диагностика экзо- и эндоцервицитов** наряду с клиническими признаками имеет определенные лабораторные критерии, определяемые при микроскопическом, бактериологическом, цитологическом исследованиях, рН-метрии влагалищного отделяемого, а также при специальных методах диагностики (ДНК-зонд, полимеразная цепная реакция, иммуноферментный анализ и др.).  
   Расширенная кольпоскопия позволяет не только правильно поставить диагноз, но и определить эффективность последующего лечения.  
   Кольпоскопическая картина в ряде случаев не позволяет выделить какой-либо специфический фактор.  
   Кольпоскопическая картина шейки матки и влагалища может зависеть не только от характера возбудителя, но и от стадии менструального цикла, гормонального статуса, стадии воспалительного процесса, возраста пациентки и т.д. Совокупность всех перечисленных признаков и определяет особенности клинического течения воспаления [2, 3].  
   Принято различать очаговые и диффузные формы цервицита. При очаговом цервиците на поверхности диффузно гиперемированной слизистой выявляются участки, которые как бы несколько приподняты над окружающей тканью. Они имеют различную величину, бывают округлой или овальной формы с отечной каймой. В этих участках могут быть видны множество мелких точек в виде очаговых скоплений. Красные точки представляют собой концевые петли расширенных субэпителиальных капилляров в воспаленных соединительнотканых сосочках подлежащей ткани.  
   При диффузном цервиците на фоне гиперемии и отечности слизистой видны диффузно расположенные красные точки, которые после обработки раствором уксусной кислоты светлеют. После пробы Шиллера поверхность слизистой окрашивается неравномерно, с характерной крапчатостью йоднегативных и йодпозитивных участков.  
   По данным Краснопольского и соавт. (1997) [4], при кольпоскопии шейки матки с неспецифическим воспалением можно выделить следующие признаки:  
   1. Выделения различного цвета и консистенции в зависимости от рода возбудителя.  
   2. Цилиндрический и многослойный плоский эпителий дают одну и ту же капиллярную реакцию - верхушки расширенных капилляров видны как ярко-красные точки, расположенные диффузно или очагами с неровными контурами. При этом нередко разница между ЦЭ и МПЭ исчезает.  
   3. Проба Шиллера является хорошим индикатором интенсивности процесса. Локальное и диффузное отсутствие гликогена в МПЭ и определяет пестроту картины. Каждая светлая крапинка на коричневом фоне соответствует вершине воспаленного соединительнотканого сосочка. Могут иметь место значительные округлые йоднегативные участки с расплывчатыми границами, сливающиеся друг с другом.  
   4. Истинные эрозии с типичной картиной, дно которых нередко покрыто гноевидными выделениями.  
   При кольпоскопическом исследовании шейка матки в постменопаузе характеризуется определенными особенностями: шейка матки покрыта неравномерно истонченным МПЭ; под истонченными слоями МПЭ просвечивают субэпителиальные сосуды с правильным ходом, легко кровоточащие при контакте и не всегда сокращающиеся на пробе с 3% уксусной кислотой; стык МПЭ и ЦЭ в большинстве случаев находится на уровне наружного зева. Окраска раствором Люголя слабоположительная.  
   Микроскопическое исследование - наиболее доступный метод исследования. Однако бактериологическое исследование является более специфичным и позволяет определить родовую и видовую принадлежность микроорганизмов, а также их чувствительность к антибактериальным препаратам.  
   Цитологический метод исследования позволяет оценить структуру и клеточный уровень повреждения тканей и оценить в динамике эффективность проведенного лечения. При остром течении заболевания в мазках содержатся многочисленные лейкоциты, а также гистоциты и лимфоциты, клетки многослойного плоского эпителия с дистрофическими изменениями ядер и цитоплазмы, клетки высокого цилиндрического эпителия с гипертрофированным ядром. В отличие от острого при хроническом цервиците в мазках содержатся парабазальные клетки с дистрофическими изменениями, клетки высокого цилиндрического эпителия различной величины, иногда может наблюдаться цитолиз. Следует отметить, что воспалительный процесс на экзо- и эндоцервиксе может быть аналогичен картине клеточной атипии [5, 6]. Наличие парабазальных клеток с крупными ядрами и ядрышками в мазках и признаки дегенерации цитоплазмы не всегда должны рассматриваться клиницистами как неоплазия. После терапии по поводу воспалительного процесса клетки с псевдодискариозом исчезают.  
   Лечение экзо- и эндоцервицитов должно быть комплексным и включать не только этиотропное лечение, но и ликвидацию предрасполагающих факторов (нейроэндокринных, обменных и других функциональных нарушений), лечение сопутствующих заболеваний.  
   Терапия экзо- и эндоцервицитов включает в себя применение антибактериальных, противотрихомонадных, противогрибковых, противовирусных, противохламидиозных и других средств в зависимости от данных микробиологического и специальных методов исследования (полимеразная цепная реакция, ДНК-зонд, иммуноферментный анализ и т.д.).  
   В частности, при кандидозном цервиците и вагините в настоящее время рекомендуют применение препарата Дифлюкан - представителя нового класса триазольных соединений, который оказывает выраженное специфическое действие на синтез стеролов грибов. Дифлюкан применяют в начальной дозе 150 мг однократно.  
   При хламидийном цервиците наряду с антибиотиками тетрациклинового ряда (тетрациклин, мономицин, доксициклин, метациклин и др.), макролидов (эритромицин), хинолонов (таривид, максаквин) в последние годы с успехом применяют препарат азитромицин (сумамед) из группы азалидов. Сумамед назначают в первый день 500 мг, а затем по 250 мг 1 раз в сутки в течение 10 дней. Этиотропную терапию перечисленными препаратами некоторые авторы рекомендуют сочетать с местным лечением: обработка шейки матки и влагалища 1 - 2% раствором хлорофиллипта, 3% раствором димексида, раствором нитрата серебра [7, 8].  
   Чрезвычайно трудную задачу представляет лечение воспалительных процессов, вызванных вирусными заболеваниями (вирус простого герпеса и паппиломовирусная инфекция).  
   При генитальном герпесе терапевтического эффекта достигают при длительном курсовом лечении, включая помимо противовирусных препаратов (ацикловир, валтрекс и др.) специфический противогерпетический иммуноглобулин, витаминотерапию, иммуностимулирующие средства, местное применение мазей ("Мегасин", "Госсипол", "Бонафтон" и др.), десенсибилизирующие средства.  
   Паппиломовирусная инфекция (ПВИ) является кофактором в развитии воспалительных процессов на экзо- и эндоцервиксе (или нередко экзо- и эндоцервициты могут сочетаться с ПВИ). Проблема диагностики и лечения ПВИ привлекает внимание многих исследователей ввиду широкого распространения, высокой контагиозности, а также высокого онкогенного потенциала. При выявлении заболевания, обусловленного ПВИ, необходимо проведение комплексной терапии, направленной как на микро-, так и на макроорганизм.  
   Специфичных препаратов для лечения ПВИ на сегодняшний день не существует. В литературе имеются единичные сведения о применении противогерпетических средств для повышения эффективности лечения ПВИ, однако эти данные противоречивы. В настоящее время лечение ПВИ проводят в соответствии с локализацией кондилом, характером процесса (наличие или отсутствие дисплазии) и учетом сопутствующих заболеваний.  
   Локальная терапия направлена на удаление кондилом и атипически измененного эпителия. С этой целью используют химические коагулянты (подофиллотоксин, резорцин, ферезол, солкодэрм и др.), цитостатики и физиохирургические методы (крио-, электро- и лазеротерапия, хирургическое иссечение в зависимости от локализации процесса).  
   В последние годы в лечении ПВИ используют интерфероны и их индукторы. Интерфероны обладают противовирусным, антипролиферативным и иммуномодулирующим действием; они способны усиливать активность Т-лимфоцитов и стимулировать их способность убивать клетки с измененной антигенной структурой.  
   При лечении атрофических цервицитов и вагинитов предпочтение отдают местному применению эстрогенов, в частности овестину, который содержит в своем составе эстриол. Эстриол обладает тропностью к влагалищному эпителию и практически не влияет на эндометрий. Препарат способствует нормализации эпителия слизистой влагалища и шейки матки и тем самым влияет на восстановление нормальной микрофлоры влагалища и рН среды.  
   В комплексной терапии экзо- и эндоцервицитов широко используют так называемые местные комбинированные препараты. В частности, мы имеем достаточно большой опыт применения препарата "Тержинан" (фирма "Медикаль", Франция). В состав этого препарата входят:  
   - тернидазол, который активно воздействует на анаэробный компонент микрофлоры влагалища;  
   - нистатин, подавляющий рост дрожжеподобных грибов;  
   - неомицина сульфат, действие которого направлено на грамположительные и грамотрицательные бактерии;  
   - микродозы преднизолона, позволяющие быстро купировать в острой стадии признаки воспаления (гиперемию, боль, зуд и т.п.).  
   Мы использовали тержинан у 32 пациенток с целью лечения воспалительных процессов шейки матки и влагалища различной этиологии, в частности грибковой, трихомонадной и при смешанных вагинитах, а также при бактериальном вагинозе. Препарат назначали по 1 вагинальной таблетке на ночь в течение 10 дней. Перед введением во влагалище таблетку для лучшего ее растворения рекомендовали смочить в небольшом количестве воды, после чего ввести глубоко во влагалище.  
   Эффективность терапии оценивали на основании клинических данных, динамического кольпоскопического исследования и подтверждали результатами микробиологического исследования.  
   Данные клинико-лабораторного исследования показали, что эффективность терапии тержинаном составила 92,6%. Это проявилось нормализацией степени чистоты влагалищного содержимого, значительным снижением рН среды влагалища (4,3 - 4,7), субъективным и объективным улучшением, исчезновением симптомов цервицита и вагинита.  
   Следует отметить, что улучшение состояния большинство пациенток отметили уже на 2 - 3-й день от начала применения препарата: снизилось количество выделений, уменьшились или совсем прекратились зуд, жжение в области гениталий.  
   Препарат хорошо переносился больными, лишь одна пациентка пожаловалась на зуд в области вульвы и влагалища, по-видимому, из-за индивидуальной чувствительности к препарату.  
   Таким образом, по нашим клиническим наблюдениям, тержинан обладает высокой эффективностью, не оказывает системного влияния на организм, не требует с целью профилактики вагинального кандидоза дополнительных антимикотических средств и, кроме того, весьма удобен в применении.  
   Исследования А.С. Анкирской и соавт. (1998) [9] свидетельствуют о том, что для восстановления нормального микроценоза влагалища следует использовать зубиотики, к которым относятся бифидумбактерин, лактобактерин, ацилакт и др., которые стимулируют рост собственной лактофлоры влагалища и, следовательно, снижают число рецидивов заболевания за счет повышения его защитных свойств. Отечественный препарат "Ацилакт" назначают интравагинально по 1 свече на ночь на протяжении 10 дней. Важно подчеркнуть, что назначение "Ацилакта" предусматривает контрольное микробиологическое исследование на наличие грибов, подтверждающее их отсутствие. Только в таком случае можно назначать эубиотики.  
   Таким образом, диагностика экзо- и эндоцевицитов направлена в первую очередь на выявление той причины, которая вызвала воспалительный процесс шейки матки. Как правило, экзо- и эндоцервициты сопровождаются воспалительными изменениями и влагалища. Лечение выявленных патологических процессов должно проводиться в зависимости от характера возбудителя, стадии процесса, эффективности терапии под контролем кольпоскопического и лабораторных методов исследования.

**Литература:**

   1. Воспаление. Руководство для врачей (Под ред. В.В. Серова, В.С. Паукова). Медицина, 1995;640.  
   2. Прилепская В.Н., Роговская С.И., Межевитинова Е.А. Кольпоскопия. Практическое руководство. М. 1997;108.  
   3. Singer A, Monaghan JM. Lower Genital Tract Precancer. Colposcopy, Pathology, Treatment, Blackwell Science. Inc., 1994.  
   4. Краснопольский В.И., Радзинский В.Е., Буянова С.Н., Манухин И.Б., Кондриков Н.И. Патология влагалища и шейки матки. Медицина, 1997;272.  
   5. Бычков В.И. Консервативное лечение неспецифического цервицита при фоновых и предраковых процессах слизистой оболочки шейки матки. Акуш. и гинек. 1989;4:55-8.