



Репродуктивная функция пациенток с дисплазией шейки матки — возможности коррекции

Ключевые слова:
репродуктивная функция,
дисплазия шейки матки

Keywords:
reproductive function,
cervical dysplasia

Аминодова И.П., Посисеева Л.В., Петрова О.А.

Клиника современной медицины (Иваново, Российская Федерация)
153000, Российская Федерация, г. Иваново, ул. Куконковых 154

Reproductive function of patients with cervical dysplasia - correction capabilities

Aminodova I.P., Posisseva L.V., Petrova O.A.

Clinic of modern medicine (Ivanovo, Russian Federation)
154, Kukonkovykh, Ivanovo, Russian Federation, 153000
E-mail: Aminodovski@mail.ru

Дисплазия шейки матки, протекающая на фоне нарушений микробиома влагалища, нарушения гормонального гомеостаза у молодых женщин, инфицированных ВПЧ, приводит к развитию рака шейки матки (Киселев, Муйжнек, 2011; Комарова, 2014; Роговская, 2014). Высокая частота CIN среди женщин детородного возраста требует коррекции тактики ведения этих женщин с учетом репродуктивных планов пациенток (Торшин, 2010; Шестакова, 2009).

Сформированы 2 группы пациенток, лечение которых осуществлялось с учетом стадии диспластического процесса и дальнейших репродуктивных планов. 30 человек, планирующих беременность после лечения, получали ДЮФАСТОН во 2 фазу МЦ, среди них с CIN I — 15 женщин, CIN II — 8, CIN III — 7 пациенток. Комбинированные оральные контрацептивы (КОК) или вагинальная гормональная система (НОВАРИНГ) использованы у 36 человек (14 с CIN I, 12 — CIN II, 10-CIN III), не планировавших беременность. Оценка проведена через 6 месяцев после лечения и спустя 3 года.

Частота нарушений менструальной функции и гормональных нарушений до лечения составила 75,6% и через 6 месяцев после лечения снизилась до 40,0% при использовании Дюфастона и до 44,4% при применении гормональной контрацепции (ГК), $p < 0,05$. Мастопатия до лечения диагностирована у 81,8% пациенток, после терапии сохранялась у 48,5% пациенток (46,7% и 50,0% при использовании Дюфастона и ГК соответственно), что значительно меньше по сравнению с исходными показателями, $p < 0,01$. Гиперпластические процессы эндометрия диагностированы до лечения у 53,3%, после терапии — у 10,0% пациенток, $p < 0,01$.

Результаты лечения достоверно не различались в зависимости от тяжести поражения цервикального эпителия. Улучшение показателей репродуктивного здоровья отмечено вне зависимости от степени CIN.

За 3 года наблюдения в первой исследуемой группе беременность наступила у 25 женщин — 83,3%, в том числе при CIN I у 100,0%, при CIN II и CIN III — по 75,0% пациенток. В течение первого года после лечения беременность диагностирована у 8 женщин — 26,7%, спустя 1,5 года и более — у 56,7%, отсутствие беременности на конец 3-го года наблюдения — у 5 пациенток — 16,6%. При CIN I частота наступления беременности беремен-

ность в течение первого года наблюдения и спустя более 1,5 лет достоверно не различалась: 40,0%, и 46,7% соответственно. Большинство пациенток с CIN II и CIN III забеременели спустя 1,5 года и более после лечения — 62,5% и 71,4% соответственно. Беременность завершилась родами у 17 женщин — 56,7%, в том числе своевременными у 15-ти, преждевременными у 2-х пациенток. Роды через естественные родовые пути произошли у 9 пациенток, оперативные роды — у 6 женщин. Роды per vias naturalis при CIN I прошли у 7 женщин из 9-ти (77,8%), при CIN II — у 4-х из 5-ти (80,0%), при CIN III во всех случаях проведено оперативное родоразрешение. Медицинский аборт выполнен у 3 женщин — 10,0%, в том числе в сроке до 5 недель у 2-х, в сроке 6–7 недель — у 1-й. Самопроизвольный выкидыш произошел у 5 женщин, у всех в сроке до 8 недель — 16,7%.

Таким образом, наличие высокой частоты гормональных нарушений у женщин молодого возраста с CIN обуславливает необходимость проведения гормональной терапии, что позволяет планировать в последующем беременность.

1. Киселев В. И., Муйжнек Е. Л. Молекулярные механизмы развития дисплазии шейки матки: новые знания — новые возможности. М. 2011. 19 с.
2. Комарова Е. Ф., Франциянц Е. М., Моисеенко Т. И., Бандовкина В. А., Никитина В. П., Черярина Н. Д., Спиридонова Д. А., Пустовалова А. В., Бойко К. П. Влияние экспрессии белка e7 на локальный гормональный статус при различных формах роста рака шейки матки. //Фундаментальные исследования. 2014. № 10, С. 679–682.
3. Торшин И. Ю., Громова О. А., Сухих Г. Т., Галицкая С. А., Юргель И. С. Молекулярные механизмы дигидрогестерона (Дюфастон®). Полногеномное исследование транскрипционных эффектов рецепторов прогестерона, андрогенов и эстрогенов. //Гинекологическая эндокринология. 2010. № 11. С. 9–16.
4. Шестакова И. Г. Реабилитация эндометрия после потери беременности. //Гинекология. 2009. Т. 11. № 4. С. 55–58.
5. Роговская С. И., Липова Е. В. (под ред.) Шейка матки, влагалище и вульва. Физиология, патология, кольпоскопия, эстетическая коррекция. М.: Издательство журнала Status Praesens. 2014. 832 с.