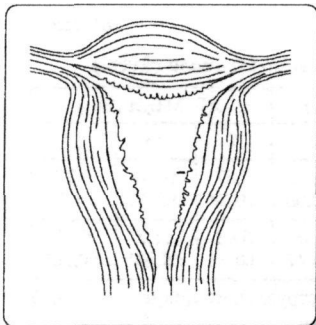




УДК 612.661 - 053.6 (571.61)

Т.С. Быстрицкая, С.Ю. Терещенко

СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ЭКТОПИИ ШЕЙКИ МАТКИ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Амурская государственная медицинская академия, г. Благовещенск

Эктопия — это фоновое заболевание шейки матки, при котором на эктоцервиксе имеются участки, покрытые цилиндрическим эпителием. По данным профилактических осмотров, эктопия шейки матки (ЭШМ) встречается у 38,8% [4], при гинекологических заболеваниях — у 42,2% женщин [5]. У нерожавших женщин в возрасте до 25 лет ЭШМ выявляется более чем в 50% случаев [4, 5].

Вопросы этиологии и патогенеза ЭШМ изучены достаточно хорошо [1, 3]. Факторами риска этой патологии являются хронические экстрагенитальные заболевания, частая смена половых партнеров, аборт и травмы шейки матки в анамнезе [1, 8]. В развитии ЭШМ немаловажное значение имеет состояние системного и местного иммунитета [5]. В последнее время большое внимание в развитии фоновых заболеваний шейки матки уделяется изучению роли инфекций, передаваемых половым путем [1, 6]. При многофакторности в этиологии ЭШМ обследование этих больных должно быть комплексным, что позволяет определить тактику лечения, реабилитации и уменьшить частоту рецидивов.

Материалы и методы

Проведена ретроспективная оценка 252 амбулаторных карт женщин репродуктивного возраста с ЭШМ, комплексное обследование 45 женщин, из них 30 чел. — с ЭШМ (основная группа) и 15 здоровых (контрольная группа).

В работе применялись общеклиническое и специальное гинекологическое исследования. Содержание фолликулостимулирующего гормона (ФСГ), лютеинизирующего гормона (ЛГ), эстрадиола (E_2), прогестерона (П) в сыворотке крови изучали иммуноферментным методом (ИФА) на 7, 14 и 21 день менструального цикла. Для выявления инфекционного агента использовали бактериоскопический, бактериологический, молекулярно-биологический (ПЦР) методы и метод прямой иммунофлюоресценции.

Применялась простая и расширенная видеокольпоскопия шейки матки с 8- и 23-кратным увеличением. С поверхности покровного эпителия шейки матки брали мазки-отпечатки для цитологического исследования. Проводилось выскабливание слизистой цервикального канала для цитологического и гистологического исследований. Биопсию шейки матки выполняли прицельно для гистологической верификации диагноза.

Выбор метода воздействия на патологический процесс определялся индивидуально: химическая деструкция раствором Солковагина, криогенное воздей-

Резюме

На основании ретроспективного анализа 252 амбулаторных карт женщин репродуктивного возраста с ЭШМ изучены факторы риска.

Результаты содержания ФСГ, ЛГ, прогестерона, эстрадиола в сыворотке крови, бактериологического, цитологического и видеокольпоскопического исследований у 30 женщин с ЭШМ определили этапность в ведении данных больных. Это этиотропная, гормональная терапия по показаниям (I этап) и механическое воздействие на патологический процесс (II этап).

T.S. Bistritskaya, S.Y. Tereschenko

MODERN APPROACH TO DIAGNOSTIC AND TREATMENT OF ECTOPY OF THE NECH OF THE WOMB IN WOMEN OF REPRODUCTIVE AGE

The Amur state medical academy, Blagoveschensk

Summary

Risk factors were studied on the basis of retrospective analysis of 252 case histories of women of reproductive age with ENW

The results of the content of FSH, LH, progesterone and estradiol in blood serum; bacteriological, cytological and videocolposcopy studies of 30 women with ENW gave the opportunity to determine the stages of treatment of patients. Etiotropic and hormonal therapy was the first stage. Mechanical coercion on pathological process was the second stage.

ствие жидкого азота с помощью криодеструктора "Крио-Иней" с применением наконечников различной формы и величины при температуре рабочей поверхности 196°C и радиоволновая хирургия высокочастотным прибором "Сургитрон-ТМ" с выходной частотой 3,8 МГц.

В работе использовалась Международная классификация болезней X пересмотра (1995) и Международная кольпоскопическая классификация (2003, Барселона).

Результаты и обсуждение

Средний возраст пациенток основной группы составил $28,49 \pm 0,37$ лет, контрольной — $29,86 \pm 2,52$ лет ($p > 0,05$). На вредные привычки указали 96 (38,1%) женщин основной и 5 (33,3%) женщин контрольной групп.

Из 252 пациенток основной группы наследственность,отягощенная по онкопатологии, отмечалась у

Таблица 1

Частота выявления возбудителей
у женщин с эктопией шейки матки

Возбудитель	Абс. (n=252)	%
Chlamydia trachomatis	119	15,3
Gardnerella vaginalis	115	14,9
Candida albicans	100	12,6
Virus Herpes Simplex II	82	10,5
HPV type 16/18, 31/33	70	8,9
Mycoplasma hominis	58	7,5
Mycoplasma genitalis	48	6,2
Ureaplasma urealyticum	44	5,7
Кокковая флора	44	5,7
Cytomegalovirus hominis	40	5,1
Trichomonas vaginalis	39	5,0
Neisseria gonorrhoea	18	2,3
Всего	777	308,3

57 (22,6%) и распределилась следующим образом: рак молочной железы — 15 (5,9%) больных, рак матки — 11 (4,4%) больных, рак яичников, желудка и прямой кишки — по 8 (3,2%), рак шейки матки — 7 (2,7%) случаев. В контрольной группе наследственность отягощена по раку желудка у одной женщины (6,7%). У 178 (70,6%) больных в анамнезе были роды, в том числе одни у 107 (42,5%), 2 и более — у 71 (28,2%) пациентки. В контрольной группе нерожавших женщин было 40,0%, одни и двое родов у 26,6 и 33,4% соответственно.

Бессимптомное течение отмечали 138 (54,8%) женщин. Жалобы на выделения из половых путей отмечали 114 (100%), боли в низу живота — 93 (81,6%), зуд и жжение в области наружных половых органов — 65 (57,1%), болезненное мочеиспускание — 39 (34,2%), бесплодие 31 (27,2%) и контактные выделения крови — 25 (21,9%) пациенток. Несколько жалоб предъявляли 93 (81,6%) пациентки.

Бессимптомное течение ЭШМ является одной из причин запоздалой диагностики. Ситуация меняется при сочетании ЭШМ с воспалением наружных половых органов [5, 6, 8].

Гинекологические заболевания в анамнезе отмечали 95 (37,7%) пациенток основной группы. Структура заболеваний следующая: хронический вагинит — 95 (37,7%) и цервицит — 82 (32,5%) больные, аденомиоз — 73 (28,9%), хронический метрит 53 (21,1%) и сальпингоофорит 45 (17,9%), миома матки — 40 (15,9%), киста яичника — 38 (15,1%), бесплодие — 22 (8,7%), полип эндометрия — 16 (6,3%), внематочная беременность — 9 (3,6%) и дисфункциональное маточное кровотечение (ДМК) — 7 (2,7%) случаев. В контрольной группе все женщины были гинекологически здоровые.

На фоновую и предраковую патологию шейки матки в анамнезе указывали 134 женщины, в том числе: эктопию шейки матки 134 (53,2%) больные, деформацию старыми разрывами — 58 (23,1%), цервикальную интраэпителиальную неоплазию (CIN) I-II ст. — 31 (5,2%), лейкоплакию — 13 (5,2%), полип цервикального канала — 6 (2,4%) пациенток. Гинекологи-

Таблица 2

Содержание ФСГ и ЛГ в сыворотке крови (M±m)

Группа	ФСГ, МЕ/л (дн.)			ЛГ, МЕ/л (дн.)		
	7	14	21	7	14	21
Контрольная, n=15	5,27 ±0,52	9,99 ±1,10	5,86 ±0,66	5,67 ±0,54	16,57 ±2,31	9,77 ±1,17
Основная, n=30	5,38 ±0,4	10,7 ±0,82	7,38 ±0,47	5,43 ±0,32	11,7 ±0,53*	6,43 ±0,75*

Примечание. 7, 14, 21 — дни менструального цикла; * — $p < 0,05$ по сравнению с контрольной группой.

ческая заболеваемость в анамнезе составила 289,4 на 100 случаев. В контрольной группе у 7 (46,6%) женщин в анамнезе была эктопия шейки матки, проводилось лечение.

Нарушение менструальной функции (НМФ) отмечала 161 (63,9%) пациентка, из них по типу дисменореи — 78 (30,9%) пациенток, гиперполименореи — 62 (24,6%) пациентки и опсоменореи — 21 (8,3%) пациентка. У женщин контрольной группы менструальный цикл не нарушен.

Барьерный метод контрацепции применяли 155 (61,5%), химический — 82 (32,5%), гормональный — 48 (19,1%) и внутриматочный — 31 (12,3%), два метода контрацепции одновременно использовали 73 (28,9%) женщины.

При бактериоскопическом исследовании содержимого цервикального канала в основной группе нормоценоз был у 29 (11,5%), дисбиоз — у 110 (43,7%), промежуточный тип — у 63 (25,0%) и вагинит — у 50 (19,8%) пациенток, в контрольной у всех нормоценоз.

Частота выявления условно-патогенной флоры у женщин с ЭШМ составила 162,3 на 100 случаев, из них Gardnerella vaginalis — 14,9%, Candida albicans — 12,6% (табл. 1). Выявление патогенной формы в содержимом цервикального канала и влагалища составило 142,0 на 100 случаев. Преобладали Chlamydia trachomatis (15,3%), Virus Herpes Simplex II (10,5%), вирус папилломы человека типы (HPV type) 16/18 и 31/33 (8,9%). В каждом третьем случае встречались ассоциации патогенных микроорганизмов.

Нарушение физиологического барьера шейки матки при эктопии происходит не только в связи с нарушением биоценоза влагалища, но и старыми разрывами шейки [5]. В наших исследованиях старый разрыв шейки матки обнаружен в 23,1% случаев.

Всем пациенткам проводилась простая и расширенная видеокольпоскопия. Кольпоскопическая картина была представлена цилиндрическим эпителием в 252 (100%) случаях, выраженным воспалением — в 182 (72,2%), нормальной зоной трансформации — в 180 (71,4%), уксусно-белым эпителием — в 81 (32,2%) случае, пунктуацией — в 38 (15,1%) случаях, йоднегативным эпителием — в 28 (11,1%), мозаикой — в 21 (8,3%) случае и атипичными сосудами — в 6 (2,4%) случаях. Величина, форма ЭШМ соответствовали кольпоскопической картине. Кольпоскопическая картина у здоровых женщин представлена многослойным плоским эпителием и нормальной зоной трансформации. Кольпоскопическая картина при ЭШМ у женщин разных возрастных групп не одинакова. В раннем репродуктивном возрасте преобладает цилиндрический эпителий, в позднем — остаточные явления

Таблица 3

**Содержание эстрадиола и прогестерона
в сыворотке крови (M±m)**

Группа	Эстрадиол, пг/мл (дн.)			Прогестерон, нмоль/л (дн.)		
	7	14	21	7	14	21
Контрольная, n=15	60,42 ±6,54	167,38 ±12,37	101,49 ±9,60	3,06 ±0,24	2,47 ±0,18	12,98 ±2,68
Основная, n=30	43,1 ±1,82*	139,1 ±4,32*	104,1 ±5,19	1,29 ±0,27***	1,55 ±0,24**	6,98 ±0,18*

Примечания. 7, 14, 21 — дни менструального цикла; * — $p < 0,05$; ** — $p < 0,01$; *** — $p < 0,001$ по сравнению с контрольной группой.

в виде зоны трансформации или сочетание ее с атипичными сосудами, лейкоплакией, пунктуацией, мозаикой, ацетобелым эпителием и ороговением желез [2, 7].

Содержание ФСГ в сыворотке крови у женщин основной и контрольной групп достоверно не отличалось (табл. 2). Содержание ЛГ на 14 и 21 дни менструального цикла у больных с ЭШМ было ниже, чем в контрольной группе ($p < 0,05$).

Содержание E_2 в контрольной и основной группах соответствовало фазе менструального цикла (табл. 3), но в основной группе на 7 и 14 день было ниже, чем в контрольной ($p < 0,05$). Аналогичная закономерность прослеживалась в содержании П (табл. 3). При достоверном снижении П в исследуемые дни менструального цикла у женщин с ЭШМ, в сравнении с контрольной группой на 21 день, содержание его было в 2 раза ниже и составило $6,98 \pm 0,18$ и $12,98 \pm 2,68$ нмоль/л ($p < 0,05$) соответственно.

Более низкое содержание ЛГ у женщин основной группы с ЭШМ в сравнении с контрольной на 14 и 21 день менструального цикла, возможно, является одной из причин НМФ (63,9%), аденомиоза (28,9%) и миомы матки (15,9%). Низкий уровень П свидетельствует об ановуляторных менструальных циклах.

Косвенным доказательством роли гормонального фактора в развитии ЭШМ является увеличение этой патологии в 5-6 раз у женщин с НМФ. В этой связи применение гестагенов в комплексном лечении ЭШМ патогенетически обосновано [3, 8].

В цитологических мазках-отпечатках при ЭШМ выявлены клетки плоского эпителия, иногда слущенные с поверхности эктопии, клетки высокого цилиндрического эпителия вытянутой формы с ядрами, а также единичные отдельно расположенные "голые" ядра, эритроциты и лейкоциты. Во всех случаях цитологическая картина соответствовала I-II типу мазков по Папаниколау. У женщин контрольной группы в цитологических мазках был многослойный плоский эпителий.

Изучение цитограммы в мазках-отпечатках является скрининговым, предшествует кольпоскопии и биопсии шейки матки. При соблюдении требований к взятию мазков и цитологическому анализу картина цитограммы подтверждается данными гистологического исследования в 92,2% случаев [2, 5].

При гистологическом исследовании биопсийного материала железистая эктопия диагностирована у 7 (23,3%), железисто-сосочковая — у 9 (30,0%) и стационарный эндоцервикоз — у 14 (46,6%) женщин. Ле-

чение больных проводилось поэтапно. На первом этапе применялась этиотропная терапия в зависимости от выявленного возбудителя с последующей коррекцией биоценоза влагалища.

При содержании П в сыворотке крови 10 нмоль/л и ниже применяли утрожестан с 16 по 25 день менструального цикла в суточной дозе в течение 3 менструальных циклов.

На втором этапе метод лечения определяли индивидуально с учетом анамнеза, паритета родов, кольпоскопической картины, результатов цитологического и гистологического исследований. У 5 (16,6%) женщин с врожденной ЭШМ и в сочетании с хроническим цервицитом проводилась химическая деструкция раствором Солковагина. У 7 (23,3%) женщин, имеющих в анамнезе роды, проводилось криогенное воздействие жидкого азота на патологически измененные ткани. У 7 (23,3%) женщин, имеющих в анамнезе роды, ЭШМ в сочетании с хроническим цервицитом, папилломатозом, CIN I-II ст., применяли радиоволновую хирургию. У 11 (36,7%) женщин при ЭШМ в сочетании с деформацией старыми разрывами проводилось одновременное воздействие радиоволновой хирургии и криодеструкции.

В течение 2 лет после проведения комплексной терапии рецидивов ЭШМ не наблюдали.

Выводы

1. Факторами риска ЭШМ являются наследственность, отягощенная по онкопатологии (22,7%), гинекологические заболевания (37,7%) и НМФ (63,9%).

2. При ЭШМ дисбиоз влагалища выявляется в 43,7%. Из патогенной флоры преобладают *Chlamydia trachomatis* (15,3%), *Virus Herpes Simplex II* (10,5%), *HPV type 16/18, 31/33* (8,9%); условно-патогенной — *Gardnerella vaginalis* (14,9%) и *Candida albicans* (12,6%).

3. Содержание ЛГ и П в сыворотке крови женщин с ЭШМ достоверно ниже, чем у здоровых. Показанием к применению гестагенов в комплексном лечении ЭШМ является содержание П 10,0 нмоль/л и ниже.

4. Лечение ЭШМ проводится комплексно и поэтапно: на первом этапе этиотропная и гормональная терапия по показаниям, на втором выбором метода является деструкция раствором Солковагина, криогенное воздействие и радиоволновая хирургия.

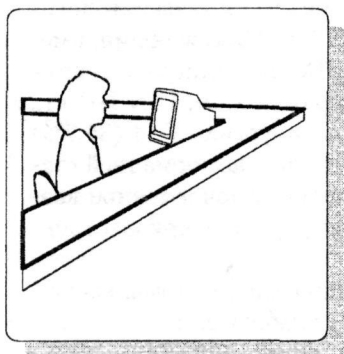
Литература

1. Костава М. П. // Гинекология. 2000. Т.2. №3. С. 89.
2. Кондриков Н.И., Прилепская В.Н., Бебнева Т.Н. // Акушерство и гинекология. 2000. №6. С. 14-16.
3. Новиков А.И., Кононов А.В., Ваганова И.Г. // Инфекции, передаваемые половым путем, и экзотермикс. М., 2002. 234 с.
4. Поликлиническая гинекология. / Под ред. проф. В.Н.Прилепской. М.: Медпресс-информ, 2005. 640 с.
5. Практическая гинекология: Клинические лекции / Под ред. В.И.Кулакова и В.Н. Прилепской. М.: Медпресс-информ, 2001. 720 с.

6. Шаймарданова Г.И., Савичева А.М. // Выявление папилломавирусной инфекции гениталий у женщин с инфекциями, передающимися половым путем. Онкологический скрининг, канцерогенез и ранние стадии рака в практике гинеколога. Ижевск, 2000. С. 69-71.

7. Cartier R., Cartier I. // Colposcopie pratique. Paris, 1998. P. 351.

8. Critchlow C.W., Wolner-Hanssen P., Eschenbach D.A. et al. // Am. J. Obstet. and Gynecol. 1999. Vol. 173, №2. P. 178-183.



УДК 618.976 : 618.171 - 006 - 053.3

С.Л. Бачалдин, И.Б. Рыжавская

МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА КИСТ В ЯИЧНИКАХ НОВОРОЖДЕННЫХ И ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ

Дальневосточный государственный медицинский университет,
г. Хабаровск

Кисты яичников являются широко распространенной патологией. По данным [5], они обнаруживаются у 4,6-15% девочек и девушек-подростков, составляя значительную долю среди опухолей и опухолевидных образований этого органа [2]. Имеются данные о том, что в них может происходить развитие злокачественных опухолей. [5]. Представляет интерес тот факт, что овариальные кисты выявляются нередко задолго до полового созревания и даже до рождения. В настоящее время кисты яичников могут быть обнаружены при ультразвуковых исследований в пренатальном периоде [5]. Изучение кист у девочек в динамике показывает, что их регрессия наступает в небольшом числе случаев [1, 3, 8], в связи с чем рекомендуется активно-выжидательная тактика их лечения [3]. По данным [7], в 50% случаев, в которых диаметр кисты был ниже 4 см, периодические ультразвуковые экспертизы показали тенденцию к самопроизвольному регрессу кист. В других случаях, при которых диаметр кисты превысил 4 см, для предотвращения осложнений признана целесообразной цистэктомия. В генезе кист яичников предполагается роль нарушений гормональной регуляции, инфекций, стрессов [4]. Роль нарушений гормонального статуса в развитии кист яичников показана и в эксперименте: введение 9-дневным крысам-самкам тестостерона приводило к формированию в последующем в их яичниках кист, отсутствию желтых тел [9]. Введение крысам-самкам тестостерона с 21 по 35 день жизни приводило к поликистозу их яичников, гибели большого числа клеток фолликулов по механизмам апоптоза [6].

В то же время, гистологическое строение овариальных кист, как и их распространенность в яични-

Резюме

Установлено, что в яичниках перинатально умерших доношенных и недоношенных, а также детей, умерших в течение 1-го года жизни, фолликулярные кисты имелись в 14,9% случаев. Их размеры варьировали от 400-500 мкм до 5-10 мм в диаметре. Их стенка по строению близка к таковой полостных фолликулов. Наиболее часто кисты встречались у детей, умерших через несколько месяцев после рождения. Их эмбриогенез протекал в условиях патологии: токсикозов беременности, инфекций. У умерших новорожденных и детей 1-го года жизни имелись инфекционная патология, пороки развития.

S.L. Bachaldin, I.B. Ryzhavskaia

MORPHOLOGIC CHARACTERISTIC OF OVARIAN CYSTS IN NEWBORNS AND 1 YEAR-OLD CHILDREN

Far Eastern State Medical University, Khabarovsk

Summary

It was stated that in ovaria of children, died in perinatal period, of those who were mature and premature, as well as of those died during 1 year of life, follicular cysts were noted in 14,9% of cases. Their size varied from 400-500 mkm till 5-10 mm. Their wall structure resembles one in cavity folliculi, more often cysts were revealed in children died after several months of birth. Their embryogenesis was in pathological conditions: toxicosis of pregnancy, infections. In newborns and children who died during 1 years of life there were infections pathology and developmental defects.