

УДК 618.146-002

РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОК С КОЛЬПОСКОПИЧЕСКИМ ЗАКЛЮЧЕНИЕМ «ХРОНИЧЕСКИЙ ЦЕРВИЦИТ ШЕЙКИ МАТКИ С ЗОНОЙ ТРАНСФОРМАЦИИ I ТИПА»

Мингалева Наталия Вячеславовна – д.м.н., профессор
ГБОУ ВПО «Кубанский государственный медицинский университет», Краснодар, Россия

Абрамашвили Юлия Георгиевна
ГБОУ ВПО «Кубанский государственный медицинский университет», Краснодар, Россия

Проанализированы амбулаторные карты пациенток, в 2009–2011 гг. состоявших на диспансерном учете специализированного приема по патологии шейки матки в женской консультации г. Краснодара и имевших заключение кольпоскопии «Хронический цервицит с эктопией цилиндрического эпителия и зоной трансформации I типа».

Ключевые слова: ХРОНИЧЕСКИЙ ЦЕРВИЦИТ, ЭКТОПИЯ ЦИЛИНДРИЧЕСКОГО ЭПИТЕЛИЯ, ЗОНА ТРАНСФОРМАЦИИ I ТИПА

UDK 618.146-002

THE RETROSPECTIVE ANALYSIS OF REFERENCE PATIENTS WITH «CHRONIC CERVICITIS OF CERVIX OF THE UTERUS ON A BACKGROUND THE ECTOPIA OF CYLINDRICAL EPITHELIUM AND ZONE OF TRANSFORMATION OF I OF TYPE»

Mingaleva Natalia Vjacheslavovna – MD, prof.
SBEI Kuban state medical university, Krasnodar, Russia

Abramashvili Julia Georgievna
SBEI Kuban state medical university, Krasnodar, Russia

The medical cards of patients who underwent special observation in antenatal clinic of Krasnodar because of uterine neck pathology in 2009–2011 years were analyzed. All women had the colposcopy diagnosis «Chronic cervicitis with ectopy of cylindrical epithelium and transformation zone type I»

Key words: CHRONIC CERVICITIS, ECTOPY OF CYLINDRICAL EPITHELIUM, TRANSFORMATION ZONE TYPE I

Хронические цервициты продолжают обращать на себя пристальное внимание врачей акушеров-гинекологов. Это обусловлено не только актуальностью цервицитов и в целом патологии шейки матки (ШМ), но также увеличением заболеваний, передаваемых половым путем, и заболеваний вирусной этиологии, которым отводится важная роль в проблеме канцерогенеза ШМ на фоне хронических цервицитов [1].

По данным В.И. Краснопольского (2001), частота вагинитов, как фона цервицитов, обусловленных бактериальным инфицированием, составляет 40–50 %, кандидоза – 20–25 %, трихомониаза – 10–15 %. У 15–20 % пациенток наблюдается смешанная инфекция. Реже ведущим фактором в генезе хронических цервицитов являются золотистый стафилококк и гемолитический стрептококк. Цервициты, по данным литературы, встречаются у 50 % женщин, обратившихся на прием в женскую консультацию [3]. Важным методом при постановке данного диагноза является кольпоскопия. Кольпоскопия ШМ – это метод исследования слизистой оболочки шейки матки с увеличением в несколько раз. Морфологические особенности хронического (хр.) цервицита определяются выраженностью патологических изменений в эпителиальном и стромальном компонентах ШМ и длительностью течения воспалительного процесса [4]. На сегодняшний день доказано, что ведущая роль в генезе рака ШМ принадлежит вирусу папилломы человека (ВПЧ). По данным С.И. Роговской и В.Н. Прилепской (2005), этот вирус может не только инициировать эпителий, но и поддерживать хронический воспалительный процесс, поскольку при ВПЧ-индуцированном изменении структуры эпителия создаются предпосылки для манифестации вирусных, бактериальных, протозойных, грибковых и других инфекций.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ амбулаторных карт пациенток женской консультации, направленных на

специализированный прием по патологии ШМ, имеющих заключение произведенной женской консультации кольпоскопии «хронический цервицит с зоной трансформации I типа (с эктопией цилиндрического эпителия)» ($n = 500$) – группа 1. Для сравнения была взята группа пациенток с диагнозом «хронический цервицит» на многослойном плоском эпителии ($n = 100$) – группа 2.

В процессе исследования проанализированы жалобы, анамнез, течение заболевания, данные общего и специального осмотра, лабораторные данные, изучены протоколы расширенной кольпоскопии и результаты прицельной биопсии. В процессе обследования больных использовали: бактериоскопический (мазок на флору), цитологический, молекулярно-биологический (ПЦР-диагностика), бактериологический (посев с определением чувствительности к антибиотикам), гистологический методы диагностики.

Результаты исследования и обсуждение. Распределение пациенток в анализируемых группах по возрасту представлено в таблице 1. Как следует из данных таблицы 1, пик заболеваемости в группе 1 приходится на возрастной интервал 25–29 лет (46,4 %). В группе 2 большинство пациенток (61,0 %) были в возрасте 20–24 года. У пациенток группы 1 в возрасте до 20 лет и в 20–24 года эктопии цилиндрического эпителия шейки матки не были физиологическими.

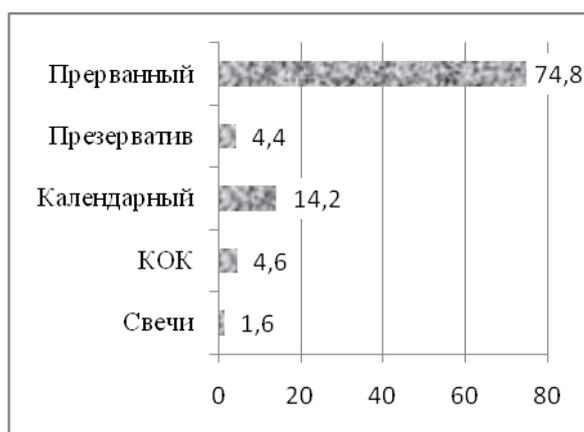
В анамнезе данных женщин получены следующие данные: 59,5 % пациенток начали половую жизнь с 18 до 20 лет (у 17 % до 18 лет); 74,5 % уже имели беременности; у 61,7 % пациенток в анамнезе были леченые инфекции, передаваемые половым путем (ИППП); 37,8 % женщин страдали воспалительными заболеваниями, а кольпоскопически определялся неразрешающийся при длительном наблюдении и лечении хронический воспалительный процесс.

Таблица 1 – Распределение пациенток с хроническим цервицитом в группах по возрасту

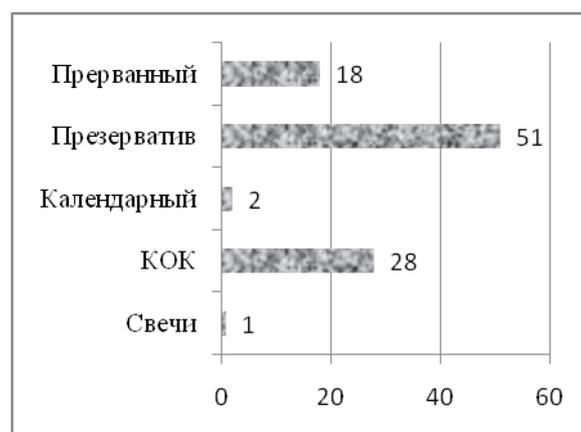
Возраст	Группы женщин			
	Группа 1 <i>n</i> = 500	Группа 2 <i>n</i> = 100	Всего <i>n</i> = 600	<i>p</i>
до 20 лет	27 (5,4 %)	17 (17 %)	44 (7,3 %)	<i>p</i> < 0,05
20–24 лет	196 (39,2 %)	61 (61 %)	257 (42,8 %)	<i>p</i> < 0,05
25–29 лет	232 (46,4 %)	17 (17 %)	249 (41,5 %)	<i>p</i> < 0,05
30–34 лет	29 (5,8 %)	2 (2 %)	31 (5,2 %)	<i>p</i> < 0,05
35 и более лет	16 (3,2 %)	3 (3 %)	19 (3,2 %)	<i>p</i> < 0,05
Средний возраст	26 ± 0,46 года	24 ± 0,21 года	25 ± 0,37 года	

Смена половых партнеров выявлена в целом у каждой третьей пациентки с хроническим цервицитом и только 12 % женщин (72 сл.) имели одного полового партнера в течение жизни. Два и более партнера в течение жизни были у 24 % женщин группы 2 и в 2,8 раза чаще (67,4 %) у пациенток группы 1, что достоверно выше.

Основным методом контрацепции в общей группе являлся прерванный половой акт (65,4 % – 392 сл.). Барьерный метод контрацепции (презерватив) использовали 12,2 % больных, а календарный метод применяли 12,2 % пациенток. Только 8,4 % женщин использовали гормональную контрацепцию (см. рис.).



Группа 1



Группа 2

Рисунок. Использование контрацепции в исследуемых группах (уд. вес)

Наиболее частым методом контрацепции в группе 1 являлся прерванный половой акт (74,8 %), что достоверно выше использования этого метода в группе 2 (18,0 %). «Календарный метод» применялся женщинами группы 1 в 14,2 % случаев, что в 7,1 раза чаще, чем в группе 2. Механический метод контрацепции женщины группы 1 применяли в 11,6 раза реже, что может косвенно свидетельствовать о возможности инфицирования ШМ.

В физиологических условиях две верхние трети цервикального канала являются стерильными [8], но защитные механизмы ШМ могут нарушаться во время родов, в результате травмирования во время аборт и других манипуляций. В этих условиях микроорганизмы могут беспрепятственно проникать в матку и находить оптимальные условия для своей жизнедеятельности на обширной раневой поверхности.

Анализ реализации репродуктивной функции пациенток показал, что в группе 2 более половины женщин (57 %) рожали один раз, тогда как в группе 1 обследуемых чаще встречалось двое и более родов (62 %). Анализ прерывания беременностей выявил, что в группе 1 аборты также проводились в 5,3 раза чаще, чем в группе 2. Наиболее часто в обеих группах встречались медицинские легальные (артифициальные) аборты (7,3 %), причем в группе 1 в 2 раза чаще, чем в группе 2 (табл. 2). Отмечено, что замершие беременности не были выявлены у пациенток в группе 2.

Основным средством гигиены, используемым во время менструации в группе хронического цервицита с эктопией цилиндрического эпителия (ЦЭ), являлись тампоны (78 %), в отличие от группы с хроническим цервицитом на многослойном плоском эпителии ШМ (ХЦ на МПЭ), где для этой цели чаще использовались гигиенические прокладки (82 %).

Таблица 2 – Прерывания беременности

Показатели	Группа 1 n = 500		Группа 2 n = 100		Итого n = 600	
	Абс.ч.	Уд.вес	Абс.ч.	Уд.вес	Абс.ч.	Уд.вес
Артифициальный аборт – всего	148	29,6 %	2	2 %	150	25,0 %
– один	96	19,2 %	2	2 %	98	16,3 %
– два и более	50	10,0 %	–	–	50	8,3 %
Мини-аборт – всего	20	4,0 %	1	1 %	21	3,5 %
– один	9	1,8 %	1	1 %	10	1,7 %
– два и более	11	2,2 %	–	–	11	1,8 %
Медикаментозный аборт – всего	58	11,6 %	4	4 %	62	10,3 %
– один	35	7,0 %	1	1 %	35	7,0 %
– два и более	23	4,6 %	3	3 %	26	4,3 %
Самопроизвольный аборт – всего	60	12,0 %	1	1 %	61	10,2 %
– один	25	5,0 %	1	1 %	26	4,3 %
– два и более	35	7,0 %	–	–	35	5,8 %
Неразвивающаяся (замершая беременность)	70	14,0 %	–	–	70	11,8 %
– одна	37	7,4 %	–	–	37	6,2 %
– две и более	33	6,6 %	–	–	33	5,5 %
Прерывание по медицинским показаниям	10	2,0 %	–	–	10	1,7 %
Итого	364	72,8 %	8	8 %	372	62,0 %

Основными жалобами больных были периодические длительные выделения из половых путей (50,5 %), нередко с неприятным запахом (45,7 %), чувством дискомфорта (9,8 %) или жжения (12,7 %). Такие жалобы в целом отмечены у 60,7 % женщин, причем в 2,5 раза чаще в группе 1. По данным обследования получено, что у пациенток выявлялась как неспецифическая, так и специфическая флора. У 73 % женщин группы 1 хронический воспалительный процесс был ассоциирован с *Escherichia coli*. В меньшей степени неспецифическая флора была представлена *Streptococcus agalactiae* (38,8 %) и *Enterococcus faecalis* (21,8 %). Так, *Mycoplasma hominis* и *Ureaplasma spp.* были выявлены, соответственно, у 22 % и 27 % пациенток. Неспецифическая флора в группе воспалительных изменений на фоне многослойного плоского эпителия была чаще

представлена сочетанием *Enterococcus faecalis* – в 34 случаях (34 %) и *Escherichia coli* – 32 случая (32 %). *Streptococcus agalactiae* выявлен у 25 % обследованных группы 2, *Ureaplasma spp.* – у 16 %, *Mycoplasma hominis* – у 5 % больных.

Данные исследования на ИППП методом ПЦР в группе 1 на наличие *Mycoplasma genitalium* выявили ее у 273 больных (54,6 %), что достоверно выше частоты встречаемости (13,0 %) у женщин группы 2. Хламидиоз методом ПЦР диагностики обнаружен у 12 % женщин группы 1, что в 1,33 раза выше, чем в группе 2. Трихомониаз был выявлен в сравниваемых группах с одинаковой частотой (24 % и 22 %, соответственно). Вирус папилломы человека высокого онкогенного риска также достоверно в 3,2 раза чаще был выявлен у женщин группы 1 (46 %).

Данные анализа цитологической картины мазка показали, что в целом у 84 % пациенток цитология соответствовала хроническим воспалительным изменениям. Причем у 19,4 % женщин группы 1 воспалительным изменениям сопутствовали явления акантоза с паракератоза.

Кольпоскопически у всех пациенток группы 1 выявлена эктопия цилиндрического эпителия с зоной трансформации 1 типа, с множественными открытыми и закрытыми протоками желез. Нежная пунктация в зоне трансформации определялась у 12,4 % пациенток, нежная мозаика – у 20,0 %, ацетобелый эпителий визуализировались в 35,2 % случаев. Всем пациенткам данной группы была взята прицельная биопсия с наиболее измененного участка эпителия под контролем кольпоскопа. По результатам гистологического исследования, у 0,6 % женщин обнаружена цервикальная интраэпителиальная неоплазия (CIN), которая после консервативного лечения с целью санации и ликвидации обострения местного воспалительного процесса была пролечена с помощью абляции

измененной ткани путем криодеструкции. У остальных пациенток по результатам гистологического заключения был выявлен хронический воспалительный процесс: хронический цервицит (100 %), эктопия цилиндрического эпителия (100 %). На первом этапе лечения в обеих группах в женской консультации проведена комплексная терапия в зависимости от вида возбудителя, вызвавшего воспалительный процесс с последующей коррекцией микробиоценоза влагалища и контролем излеченности. На втором этапе у части пациенток группы 1 (33 %) произведена деструкция ткани шейки матки с кольпоскопическим мониторингом излеченности, причем абляции были подвергнуты только рожавшие женщины. Третья часть пациенток (37 %) после взятия биопсии на прием не явились и были неоднократно вызваны на прием к врачу акушеру-гинекологу женской консультации, о чем свидетельствуют записи в амбулаторной карте.

Выводы. Таким образом, хронический воспалительный процесс шейки матки с эктопией цилиндрического эпителия и зоной трансформации I типа требует более детального и специфического подхода, чем хронический цервицит на многослойном плоском эпителии. Эта патология с учетом имеющихся и выявленных в результате анализа особенностей требует выработки дифференцированного индивидуального подхода к тактике обследования, ведения и выбора метода лечения.

Список литературы

1. *Иванян А.Н., Мелехова Н.Ю., Голицына Е.В.* Радиохирургическое лечение патологии шейки матки, обусловленной вирусом папилломы человека // Гинекология. – 2003. – Т. 5, № 5.
2. *Краснопольский В.И., Буянова С.Н., Щукина Н.А.* Гнойная гинекология. – М.: МЕДпресс, 2001. – 289 с.
3. *Кулаков В.И., Роговская С.И., Бевнева Т.Н.* Заболевания шейки матки, влагалища и вульвы (клинические лекции) / Под ред. В.Н. Прилепской. – М.: МЕДпресс, 1999. – С. 240–253.
4. *Роговская С.И.* Практическая кольпоскопия [Текст]. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. – С. 112–129.
5. *Роговская С.И., Прилепская В.Н.* Профилактика папилломавирусной инфекции и рака шейки матки // Гинекология. – 2005. – Т. 1, № 7. – С. 22–26.
6. *Гуман Л.П., Газазян М.Г., Зуев В.В.* Возможности улучшения репродуктивного здоровья супружеских пар, перенесших неразвивающуюся беременность // Матер. 5-го Росс. форума «Мать и дитя». – М., 2003. – С. 46–47.
7. *Красникова М.Б., Трубин В.Б., Додонов А.Н.* Клинико-функциональная характеристика девушек-подростков, прервавших беременность медицинским абортom во II триместре // Медицинский альманах. – 2008. – № 5. – С. 100–102.
8. *Лихачев В.К.* Практическая гинекология. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2007. – 664 с.