УДК 618.146-002.446

АНАЛИЗ ПРИЧИН РЕЦИДИВИРОВАНИЯ ЭКТОПИИ ШЕЙКИ МАТКИ ПОСЛЕ КОАГУЛЯЦИИ

Хворостухина Н.Ф., Михеева Ю.В., Новичков Д.А., Столярова У.В., Романовская А.В.

ГБОУ ВПО «Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского» Минздрава РФ, Саратов, e-mail: Khvorostukhina-NF@yandex.ru

В работе представлен результат анализа причин рецидивирования эктопий шейки матки после коагуляции (основная группа, *n* = 39). Группу сравнения (*n* = 47) составили пациентки, у которых в течение 2 лет после лечения эктопии шейки матки рецидива заболевания не отмечено, контрольную группу – здоровые женщины (*n* = 28). При рецидивирующем течении эктопии шейки матки отмечено достоверное увеличение частоты воспалительных заболеваний половых органов, нарушений менструального цикла и ожирения. Выявлена связь рецидива эктопии с длительностью заболевания, отсутствием предоперационной подготовки, сменой полового партнера после коагуляции шейки матки, недостаточным использованием средств контрацепции. Установлено, что рецидивирующая эктопия шейки матки ассоциируется с дисбиотическими нарушениями вагинальной микробиоты на фоне хронических вялотекущих инфекций урогенитального тракта, что диктует необходимость более детального обследования женщин с данной патологией с целью совершенствования способов подготовки к проведению последующей деструкции.

Ключевые слова: эктопия шейки матки, способы лечения, причины рецидива

ANALISIS OF CAUSES OF RELAPSE OF CERVIX ECTOPIA AFTER COAGULATION

Khvorostukhina N.F., Mikheeva Y.V., Novichkov D.A., Stolyarova U.V., Romanovskaya A.V.

Saratov State Medical University n.a. V.I. Razumovsky, Department of Obstetrics and Gynecology of Raising skills Faculty, Saratov, e-mail: Khvorostukhina-NF@yandex.ru

This paper presents the result of analysis of the causes of recurrence of cervix ectopia after coagulation (study group, *n* = 39). In the comparison group (*n* = 47) within 2 years after the treatment of cervix ectopia recurrence of the disease has not been observed; the control group constituted healthy women (*n* = 28). The recurrent course of cervix ectopia showed a significant increase in the frequency of inflammatory diseases of the genital organs, menstrual disorders and obesity. A relation of recurrence of ectopia with disease duration, absence of preoperative preparation, change of the sexual partner after coagulation of the cervix, poor use of contraceptives has been found. It has been revealed that recurrent cervix ectopia is associated with dysbiotic disorders of vaginal microbiota on the background of chronic infections of the urogenital tract, which requires a more detailed examination of women with this pathology with the aim of improving the methods of preparation for subsequent destruction.

Keywords: cervix ectopia, methods of treatment, causes of relapse

Охрана репродуктивного здоровья женского населения остается одним из приоритетных направлений современного здравоохранения. Первое место в структуре амбулаторной гинекологической заболеваемости занимают доброкачественные патологические процессы шейки матки, удельный вес которых варьирует от 38,8 % (среди женского населения) до 70 % (от контингента гинекологических больных) [1, 9]. Эктопия является самым распространенным фоновым заболеванием шейки матки и характеризуется перемещением цилиндрического эпителия цервикального канала на поверхность экзоцервикса [12, 15]. Несмотря на большое количество работ, посвященных вопросам этиологии, патогенеза, диагностики и лечения эктопии шейки матки, частота рецидивов заболевания остается достаточно высокой, достигая 40 % [4]. В клинической практике акушера-гинеколога в настоящее время наиболее распространенными являются методы хирургического лечения доброкачественных заболеваний шейки матки (электрокоагуляция, радиоволновая хирургия, лазерная и криодеструкция, диатермоконизация) [13]. По данным литературы, эффективность лечения при использовании радиоволнового метода составляет 79,4 %, при криодеструкции – 54,8–92,6 %, лазеровапоризации – 60–90 %, а при диатермокоагуяции – 55 % [2, 8, 10]. В то же время неоднократное использование различных методов коагуляции при лечении патологии шейки матки может стать причиной нарушений репродуктивной (шеечный фактор бесплодия) и менструальной функций у женщин, а в 3,6–9,0 % случаев способствовать возникновению рака в органе [6].

Цель исследования – провести анализ причин рецидивирования эктопии шейки матки после коагуляции.

Материал и методы исследования

Проведен ретроспективный анализ историй болезни и комплексное обследование 39 женщин с рецидивирующими эктопиями шейки матки (основная группа), обратившихся за консультативной помощью в «Центр женского здоровья» ГУЗ «Областной онкологический диспансер № 2» и женскую консультацию МУЗ «Городская поликлиника № 10» г. Саратова. Группу сравнения ($n = 47$) составили пациентки, у которых в течение 2 лет после лечения эктопии шейки матки рецидива заболевания не отмечено. В контрольную группу ($n = 28$) вошли женщины без патологических изменений на шейке матки. Всем пациенткам проводился стандартный объем диагностических мероприятий, включая бактериологическое и цитологическое исследования, ВПЧ-тестирование, расширенную кольпоскопию. Дополнительно в план обследования был включен иммуноферментный анализ крови (ИФА) на обнаружение антител IgG и IgM к возбудителям урогенитальных инфекций.

Статистическая обработка результатов исследования проведена с использованием пакета прикладных программ Statgraphics (Statistical Graphics System), разработанного фирмой «STSC Inc.».

Результаты исследования и их обсуждение

Общая характеристика групп представлена в таблице. Возраст обследуемых женщин варьировал от 22 до 35 лет, и средний возраст пациенток в группах достоверно не отличался друг от друга ($P > 0,05$).

Общая характеристика групп обследованных женщин

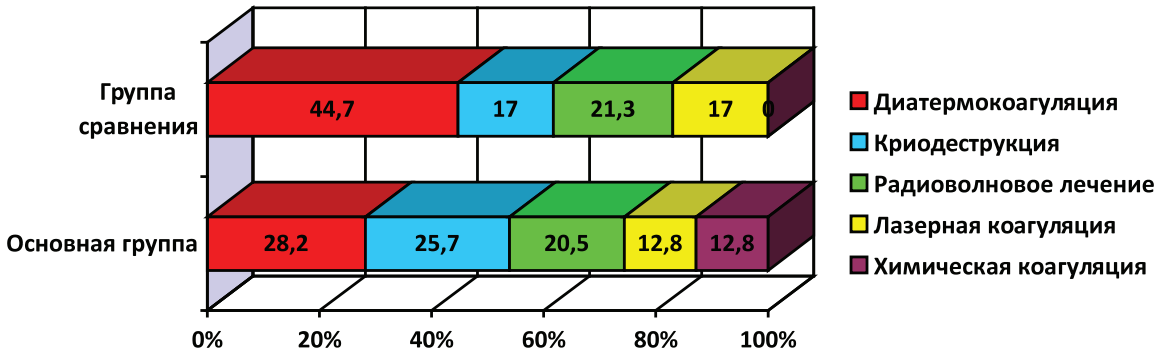
Исследуемый показатель	Основная группа ($n = 39$)		Группа сравнения ($n = 47$)		Контрольная группа ($n = 28$)	
	n	%	n	%	n	%
Возраст, лет	28,4 ± 5,5		28,2 ± 4,3		27,5 ± 5,1	
Акушерско-гинекологический анамнез						
Раннее начало половой жизни	20	51,3	24	51,1	1	3,6
Роды	27	69,2	33	70,2	19	67,9
Аборты	21	53,8	25	53,2	2	7,1
Самопроизвольный выкидыш	32	82,1	38	80,9	1	3,6
Нарушения овариально-менструального цикла	24	61,5	19	40,4	1	3,6
Хронический сальпингоофорит	35	89,7	20	42,6	1	3,6
Кольпит	36	92,3	23	48,9	2	7,1
Эктопия шейки матки	39	100	47	100	0	0
Экстрагенитальные заболевания						
Хронический гастрит	17	43,6	20	42,6	2	7,1
Хронический панкреатит	6	15,4	7	14,9	0	0
Хронический пиелонефрит	3	7,7	4	8,5	0	0
Вегетососудистая дистония	13	33,3	15	31,9	4	14,3
Ожирение	20	51,3	10	21,3	1	3,6
Диффузное увеличение щитовидной железы	15	38,5	16	34,0	3	10,7

Анализ менструальной функции позволил уточнить средний возраст начала менархе: в основной группе – 14,3 ± 0,4 лет; в группе сравнения – 14,8 ± 0,5 лет; в контрольной группе – 12,4 ± 0,2 лет. Позднее становление менструальной функции у больных с эктопией шейки матки в сравнении с контрольной группой ($P < 0,05$) подтверждает мнение многих авторов о влиянии гормональных нарушений на частоту развития заболевания [7, 9]. Раннее начало половой жизни отметили более 50% женщин основной группы и группы сравнения, что также, по данным В.Е. Радзинского, относится к факторам риска возникновения патологии шейки матки [11]. В большинстве наблюдений у женщин в анамнезе прослежены одни роды (основная группа – 61,5%; группа сравнения – 59,6%; контрольная группа – 60,7%). Двое и более родов наблюдались лишь в 7,7; 10,6 и 7,2% наблюдений соответственно. В то же время необходимо отметить, что у больных с эктопией шейки матки практически в каждом втором случае имело место искусственное прерывание первой беременности, а самопроизвольные выкидыши констатированы более чем у 80% обследуемых. Из гинекологических заболеваний у женщин с патологией шейки матки отмечены нарушения овариально-менструального цикла по типу альгодисменореи, мено- и метроррагии, хронические

воспалительные заболевания внутренних половых органов, кольпит. При этом частота встречаемости изучаемых нозологий у пациенток основной группы в 1,5–2 раза превышала аналогичные показатели группы сравнения (таблица).

Детальное изучение анамнеза позволило выявить у больных с эктопией шейки матки довольно высокий удельный вес соматической патологии в сравнении с контрольной группой (таблица). Очаги хронической инфекции (хронический гастрит, панкреатит, пиелонефрит), вегетососудистая дистония и диффузное увеличение щитовидной железы без нарушения ее функции встречались у женщин основной группы и группы сравнения с одинаковой частотой. Однако при рецидивах заболеваний шейки матки нарушение жирового обмена и ожирение констатировалось чаще в 2,4 раза.

При анализе особенностей течения основного заболевания установлено, что длительность существования эктопии шейки матки до 1 года (с момента постановки диагноза до коагуляции) была зафиксирована в основной группе лишь в 2 наблюдениях (5,1 %), а в группе сравнения – в 36 (76,6 %); от 2-х до 3-х лет – в 22 (56,4 %) и 11 (23,4 %) соответственно; длительность заболевания более 3-х лет выявлена только в основной группе (n = 15; 38,5 %). До родов лечение проведено в основной группе у 2 женщин (5,1 %), в группе сравнения – у 38 (80,9 %). Частота использования различных способов коагуляции патологии шейки матки представлена на рисунке. Как показали результаты анализа, диатермокоагуляция применялась в основной группе в 1,6 раза реже по сравнению с группой женщин, у которых не отмечено рецидива эктопии шейки матки в течение 2 лет. В то же время метод криодеструкции использовался в 1,5 раза чаще, а химическая коагуляция была отмечена только у пациенток основной группы.



Частота использования различных методов коагуляции эктопии шейки матки в группах

Следует отметить, что в группе сравнения во всех случаях хирургическому вмешательству на шейке матки предшествовала санация влагалища (100 %), а у 26 женщин (55,3 %) проводилась комплексная антибактериальная терапия совместно с половым партнером. В основной группе лишь у 12 больных (30,8 %) предоперационная подготовка включала санацию влагалища, в остальных наблюдениях коагуляция эктопии шейки матки была выполнена без предшествующего лечения.

Рецидив заболевания шейки матки после коагуляции через 6 месяцев отмечен у 9 больных (23,1 %), через год – у 14 (35,9 %), от 1 года до 3 лет – у 16 (41,0 %). На момент осмотра в основной группе 20 женщин (51,3 %) находились в браке, из них более чем у половины имел место второй брак, у 19 (48,7 %) – постоянного полового партнера не было. В группе сравнения в браке состояли 45 женщин (95,7 %), в остальных случаях имел место гражданский брак с одним половым партнером. С целью контрацепции в 18 случаях основной группы (46,1 %) использовался барьерный метод, в 6 (15,4 %) – комбинированные оральные контрацептивы (КОК). В группе сравнения использование методов контрацепции было следующим: барьерный метод – 19,1 % и КОК – 80,9 %. Не использовали никаких средств контрацепции только пациентки основной группы (n = 15; 38,5 %).

Проведенный детальный анализ анамнестических данных позволил уточнить ведущие факторы возникновения эктопии шейки матки: позднее менархе, раннее начало половой жизни, пренебрежение средствами контрацепции, высокая частота искусственного прерывания беременности, очагов хронической инфекции. Полученные результаты согласуются с мнением многих авторов [9, 11, 12, 15]. При рецидивирующем течении заболевания по нашим

данным отмечено достоверное увеличение частоты воспалительных заболеваний половых органов, нарушений менструального цикла и ожирения. Кроме того, рецидив эктопии шейки матки, по нашему мнению, обусловлен недостаточной подготовкой и отсутствием патогенетического лечения основной причины возникновения патологии шейки матки – воспалительного процесса гениталий.

Результаты цитологического исследования мазков с шейки матки при проведении первичного осмотра свидетельствовали о воспалительной реакции (II тип мазка по Папаниколау) у 82,0% больных основной группы ($n = 32$). В контрольной группе и группе сравнения превалировал I тип мазка, соответственно 100 и 95,7%. В то же время, при микроскопии мазков в основной группе диагностированы: кольпит – лишь у 10 женщин (25,6%), а бактериальный вагиноз – у 24 (61,5%). Возбудители специфических инфекций при бактериоскопическом исследовании в группах не были выявлены ни в одном случае. В контрольной группе pH содержимого влагалища соответствовал 3,92 ± 0,15; в группе сравнения – 4,11 ± 0,23; а в основной группе показатель составил 5,74 ± 0,18, что можно объяснить элиминацией лактобактерий и снижением защитной функции микрофлоры влагалища у женщин с рецидивом эктопии шейки матки.

При проведении бактериологического исследования материала из цервикального канала у пациенток основной группы в достаточно высокой интенсивности колонизации (10^4–10^6 КОЕ/мл) обнаружены гарднереллы (79,5%), стафилококки (12,8%), коринеформные бактерии (46,1%), протей (41,0%), дрожжеподобные грибы рода *Candida* (30,8%), пептококки (17,9%), стрептококки (28,2%). Кроме того, у 6 женщин с рецидивом эктопии шейки матки были выявлены *Micoplasma hominis* (15,4%), у 14 – *Ureaplasma urealiticum* (35,9%), которые определялись в количестве 10^5–10^6 КОЕ/мл. По мнению многих исследователей, нарушения микробиоценоза влагалища являются фактором риска и прогрессирования заболеваний шейки матки, что обусловлено активацией вирусных и других инфекций на фоне изменения pH влагалищной среды и тканевой гипоксии [5, 11, 14]. У подавляющего большинства женщин контрольной (92,9%) и группы сравнения (87,2%) микрофлора цервикального канала и влагалища представлена в основном лактобактериями. Значительно реже в этих группах высевались условно-патогенные микроорганизмы в меньшей концентрации (с 10^2–10^3 КОЕ/мл). Скрининг на обнаружение вируса папилломы человека (ВПЧ) показал положительные результаты только в основной группе ($n = 26$; 66,7%). У 17 пациенток обнаружен ВПЧ 16 типа, у 5 – сочетание ВПЧ 31 и 58 типов, у 4 – сочетание ВПЧ 39 и 52 типов.

При проведении расширенной кольпоскопии в основной группе нормальная зона трансформации 1 типа констатирована у 14 женщин, из них в 8 случаях отмечено сочетание эктопии с цервицитом; в 7 – с наботовыми кистами; в 1 – с эндометриоидными гетеротопиями. Высокоатипическая зона трансформации 1 типа была выявлена у 25 пациентки, при этом у 6 имела место атипическая васкуляризация; у 8 – немая йоднегативная зона; у 6 – наботовы кисты; у 9 – цервицит; у 4 – мозаика; у 2 – пунктация; у 5 – лейкоплакия; у 2 – открытые протоки желез. Сочетание различных атипических кольпоскопических признаков отмечено в 22 (56,4%) наблюдениях. Результатами исследования С.Е. Вагановой доказана связь анормальных и неудовлетворительных кольпоскопических картин при доброкачественных заболеваниях шейки матки с длительно существующими воспалительными процессами, стимулирующими процессы клеточного атипизма [3].

Дополнительное исследование крови на обнаружение IgG и IgM к возбудителям урогенитальных инфекций методом ИФА позволило выявить обострение хронической хламидийной инфекции у 32 обследованных женщин основной группы (82,1%); уреаплазменной – у 39 (100%); хронический трихомониаз – у 36 (92,3%); герпетическую инфекцию – у 39 (100%), а различные ассоциации возбудителей констатированы во всех случаях (100%). В группе сравнения были обнаружены только IgG к хламидиям (55,3%), уреаплазмам (46,8%) и вирусу простого герпеса (72,3%), что свидетельствует об отсутствии признаков активизации хронической урогенитальной инфекции и адекватности лечения ее перед назначением коагуляции эктопии шейки матки.

Заключение

При рецидивирующем течении эктопии шейки матки отмечено достоверное увеличение частоты воспалительных заболеваний половых органов, нарушений менструального цикла и ожирения. Выявлена связь рецидива эктопии с длительностью заболевания, отсутствием предоперационной подготовки, сменой полового партнера после коагуляции шейки матки, недостаточным использованием средств контрацепции. Установлено, что рецидивирующая

эктопия шейки матки ассоциируется с дисбиотическими нарушениями вагинальной микробиоты на фоне хронических вялотекущих инфекций урогенитального тракта, что диктует необходимость более детального обследования женщин с данной патологией с целью совершенствования способов подготовки к проведению последующей деструкции.

Список литературы

1. Басова Т.А. Оценка эффективности клинико-лабораторной диагностики и повышение качества лечения хронического цервицита у женщин репродуктивного возраста в амбулаторно-поликлинических условиях: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Саратов, 2012. – 23 с.

2. Буртушкина Н.К., Куперт А.Ф. Эффективность радиоволнового метода лечения доброкачественных заболеваний шейки матки // Сибирский медицинский журнал. – 2011. – № 2. – С. 74–76.

3. Ваганова С.Е. Комбинированное лечение доброкачественных заболеваний шейки матки // Акушерство и гинекология. – 2010. – № 5. – С. 116–120.

4. Вишнякова С.В. Состояние шейки матки после деструктивных методов лечения // Мать и дитя: материалы XIV Всероссийского научного форума. – М., 2013. – С. 271–272.

5. Изменение местной противоинфекционной защиты репродуктивного тракта у женщин с эктопией шейки матки / Е.В. Гавриленко, Е.П. Красноженов, Л.А. Агаркова и др. // Сибирский медицинский журнал (г. Томск). – 2008. – Т. 23, № 4–1. – С. 48–49.

6. Козаченко В.П. Онкогинекология: руководство для врачей. – М.: Медицина, 2006. – 560 с.

7. Комбинированный криохирургический метод лечения доброкачественных заболеваний шейки матки /Т.С. Качалина, С.Е. Ваганова, В.И. Коченов и др. // Практическая медицина. –2009. – № 2 (34). – С. 92–97.

8. Минкина Г.Н., Русакевич П.С. Заболевания шейки матки. – Минск, 2000. – С. 260, 286.

9. Прилепская В.Н. Патология шейки матки и генитальные инфекции. – М.: МЕДпресс-информ, 2008. – 385 с.

10. Применение аргоноплазменной коагуляции при лечении патологии шейки матки / Е.О. Логинова, И.В. Айзикович, Л.С. Трейвиш и др. // Вестник Новосибирского государственного университета. Серия: Биология, клиническая медицина. – 2010. – Т. 8, № 4. – С. 201–202.

11. Радзинский В.Е., Ордиянц И.М., Лебедева М.А. Эффективность препарата локального действия для эпителизации шейки матки после радиоволновой эксцизии // Акушерство и гинекология. – 2010. – № 3. – С. 58–60.

12. Русакевич П.С., Фокина Н.П. Эктопия шейки матки (современное состояние проблемы) // Охрана материнства и детства. – 2006. – № 1–7.–С. 88–93.

13. Чуруксаева О.Н., Коломиец Л.А. Физиохирургические методы лечения вирус-ассоциированной патологии шейки матки // Сибирский онкологический журнал. – 2011. – № 3(45). – С. 11–15.

14. Co-expression of HSV2 and Chlamydia trachomatis in HPV-positive cervical cancer and cervical intraepithelial neoplasia lesions is associated with aberrations in key intracellular pathways / P. Paba, D. Bonifacio, L. Di Bonito et al. // Intervirology. – 2008. – № 51(4). – P. 230–234.

15. International terminology of colposcopy: an updated report from the International Federation for cervical pathology and colposcopy / P. Walker et al // Obstet. and Gynecol. – 2003. – Vol. 101, № 1. – P. 1775–1777 (3).

References

1. Basova T.A. Ocenka jeffektivnosti kliniko-laboratornoj diagnostiki i povyshenie kachestva lechenija hronicheskogo cervicita u zhenshhin reproduktivnogo vozrasta v ambulatorno-poliklinicheskih uslovijah: Avtoref. diss. kand. med. nauk. Saratov, 2012, 23 p.

2. Burtushkina N.K., Kupert A.F. Sibirskij medicinskij zhurnal, 2011, no.2, pp. 74–76.

3. Vaganova S.E. Akusherstvo i ginekologija, 2010, no. 5, pp. 116–120.

4. Vishnjakova S.V. Materialy HIV Vserossijskogo nauchnogo foruma «Mat' i ditja», M., 2013, pp. 271–272.

5. Gavrilenko E.V., Krasnozhenov E.P., Agarkova L.A., Belova N.G. Sibirskij medicinskij zhurnal (g. Tomsk), 2008, T. 23, no. 4–1, pp. 48–49.

6. Kozachenko V.P. Onkoginekologija: rukovodstvo dlja vrachej. M.: Medicina, 2006, 560 p.

7. Kachalina T.S., Vaganova S.E., Kochenov V.I., Kachalina O.V., Cybusov S.N. Prakticheskaja medicina, 2009, no. 2 (34), pp. 92–97.

8. Minkina G.N., Rusakevich P.S. Zabolevanija shejki matki. Minsk, 2000, pp. 260, 286.

9. Prilepskaja V.N. Patologija shejki matki i genital'nye infekcii. M: MEDpress-inform, 2008, 385p.

10. Loginova E.O., Ajzikovich I.V., Trejvish L.S., Brojtman E.V. Vestnik Novosibirskogo gosudarstvennogo universiteta. Serija: Biologija, klinicheskaja medicina. 2010, T.8, no. 4, pp. 201–202.

11. Radzinskij V.E., Ordijanc I.M., Lebedeva M.A. Akusherstvo i ginekologija, 2010, no. 3, pp. 58–60.

12. Rusakevich P.S., Fokina N.P. Ohrana materinstva i detstva, 2006, no. 1–7, pp. 88–93.

13. Churuksaeva O.N., Kolomiec L.A. Sibirskij onkologicheskij zhurnal, 2011, no.3 (45), pp. 11–15.

14. Paba P., Bonifacio D., Di Bonito L., Ombres D., Favalli C., Syrjänen K., Ciotti M. Intervirology, 2008, no. 51(4), pp. 230–234.

15. Walker P. et al. Obstet. and Gynecol, 2003, 101, no.1, pp. 1775–1777 (3).

Рецензенты:

Салов И.А., д.м.н., профессор, заведующий кафедрой акушерства и гинекологии лечебного факультета, ГБОУ ВПО «Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского» Минздрава России, г. Саратов;

Рогожина И.Е., д.м.н., профессор, заведующая кафедрой акушерства и гинекологии ФПК и ППС, ГБОУ ВПО «Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского» Минздрава России, г. Саратов.

Работа поступила в редакцию 22.09.2014.