

МАТЕРИАЛЫ

**Международной научно-практической
конференции**

«Профилактика рака шейки матки: взгляд в будущее»

Москва

31 марта-3 апреля 2008 г.

Организаторы

Министерство здравоохранения и социального развития РФ
Федеральное агентство по высокотехнологичной медицинской помощи
ФГУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им.
В.И.Кулакова Росмедтехнологий»

Российское общество акушеров-гинекологов
Российская ассоциация по патологии шейки матки и кольпоскопии
Европейское Общество гинекологов-онкологов (ESGO)
Европейская ассоциация по цервикальному раку (ECCA)
Компания «МЕДИ Экспо»

Редакторы Г.Т. Сухих
В.Н. Прилепская

Составители Чернышёва Е.С.
Быковская О.В.

Москва 2008

**Материалы Международной научно-практической конференции
«Профилактика рака шейки матки: взгляд в будущее»
М., 2008 - 176 с.**

**Спонсоры Международной научно-
практической конференции
«Профилактика рака шейки матки:
взгляд в будущее»**

ГЕНЕРАЛЬНЫЙ СПОНСОР

Представительство фирмы «Мерк Шарп и Доум Идеа, Инк.»

ГЛАВНЫЕ СПОНСОРЫ

ГлаксоСмитКляйн Трейдинг

Йенафарм, подразделение Байер Шеринг Фарма

Нижфарм

Д-р Редди'с Лабораторис Лтд.

Московское представительство ООО «ФИК МЕДИКАЛЬ»

СПОНСОРЫ

ХФК «АКРИХИН»

Астеллас Фарма

Тева Фармацевтические Предприятия Лтд.

«КРКА» Представительство фирмы в РФ

МираксФарма

ЭЛЛМАН-РУС

ISBN 978-5-94943-040-8

ПАТОЛОГИЯ ШЕЙКИ МАТКИ У ЖЕНЩИН С МЕНО- МЕТРОРРАГИЯМИ В ПЕРИОД ПЕРИМЕНОПАУЗЫ

Алиева Д.А., Арипджанова Д.С., Рафикова Х.А., Козиева Г.Н., Хакимова Ф.Д
Узбекистан. Ташкент. Научно-исследовательский институт акушерства и гинекологии

Целью исследования явилось изучение особенностей шейки матки у женщин в период перименопаузы с жалобами на ациклические маточные кровотечения.

Материал: обследовано 58 женщин в возрасте 45-52 года, в среднем $48 \pm 3,6$ лет.

Методы исследования: клиническое, лабораторное, ультразвуковое, расширенная кольпоскопия, цитологическое, гисто-морфологическое. Всем пациенткам исследован спектр бактерио-вирусной инфекции – генитальный хламидиоз, уреаплазмоз, вирус герпеса и цитомегаловирус методом ИФА, а также вирус папилломы человека 16 и 18 типов ПЦР -методом.

Результаты: При комплексном исследовании обнаружены миома матки у 20(34,5%), аденомиоз – 12(20,7%). У 28(48,3%) диагностирована гиперплазия эндометрия, полип цервикального канала у 14(24,1%), опущение стенок влагалища – у 9(15,5%).

У 56(96,6%) пациенток диагностированы различные патологические состояния шейки матки – рубцовые деформации, эктопии, атипические зоны трансформации. Более чем у трети обследованных при цитологическом исследовании диагностирована дисплазия различной степени тяжести.

При гистологическом исследовании верифицированы эктропион шейки матки – 9(15,5%), эндоцервикоз 29(50,0%), плоские кондиломы – 8(13,8%), эритроплакия 1(1,7%), рак шейки матки – 1(1,7%).

Таким образом, результаты исследования диктуют о необходимости тщательного комплексного обследования шейки матки женщин в период перименопаузы.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ШЕЙКИ МАТКИ С ПОМОЩЬЮ СО2-ЛАЗЕРА

Аполихина И.А., Денисова Е.Д., Ибинаева И.С.

Россия. Москва. Кафедра акушерства, гинекологии, перинатологии и репродуктологии ФППО врачей ММА им И.М. Сеченова
ФГУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова Росмедтехнологий»

Лазерная хирургия в настоящее время является одним из наиболее эффективных методов в лечении патологических процессов вульвы, влагалища и шейки матки.

Целью нашего исследования явилось определение эффективности и безопасности СО₂-лазерного воздействия у женщин с заболеваниями шейки матки.

Материалы и методы. В течение 2006 – 2007 годов 44 пациенткам в возрасте от 22 до 54 лет (средний возраст 30,5 лет) была проведена лазерная деструкция шейки матки по поводу ретенционных кист, эктопии шейки матки с различными видами атипического эпителия (уксуснобелый, мозаика, пунктация, йоднегативный), эндометриоидных гетеротопий, лейкоплакии, цервикальной интраэпителиальной неоплазии I–II степени тяжести.

Перед лазерным воздействием все пациентки были обследованы на ВИЧ, сифилис, гепатиты В и С, проведена оценка кольпоскопического, цитологического и гистологического исследований, обследование на ДНК вируса папилломы человека (ВПЧ) с помощью полимеразной цепной реакции и метода гибридизации в растворе Human papillomavirus DNA testing (Hybrid capture II – ВПЧ DNA Test). При выявлении воспалительных процессов влагалища и шейки матки проводилась противовоспалительная терапия.

Для лечения использовали хирургическую СО₂-лазерную установку «Sharplan 40С» со сканирующим устройством Surgi Touch и видеокольпоскоп Carl Zeiss 150 FC. Сканирующее устройство позволяло перемещать сфокусированный лазерный луч с постоянной скоростью по спирали. Параметры лазерного воздействия были следующими: мощность от 8 Вт до 10 Вт; диаметр пятна – от 0,4 см до 0,7 см; глубина лазерного воздействия – от 0,3 см до 1 см. Лазерная вапоризация проводилась на 5 – 10 день менструального цикла в амбулаторных условиях и не требовала локального обезболивания. Контроль после лечения проводили спустя 2 – 3 месяца и через 1 год.

Результаты. Эффективность лечения СО₂-лазером оценивали по двум критериям: полный и частичный эффект. Через 3 месяца полный эффект наблюдался у 35 (80%) пациенток: у 10 – с ретенционными кистами, у 21 – с эктопией шейки матки в сочетании с различными видами атипического эпителия, у 1 - с эндометриозом шейки матки, у 3 - с лейкоплакией. Частичный эффект отмечен у 9 (20%) пациенток (с цервикальной интраэпителиальной неоплазией I–II степени тяжести и лейкоплакией на фоне 16 и 18 типов ВПЧ, ретенционными кистами и эндометриоидными гетеротопиями). Через 1 год наблюдения у 2 пациенток с эндометриоидными гетеротопиями отмечался рецидив заболевания, в связи с чем была проведена повторная лазерная деструкция.

Во время операции осложнений не отмечалось. У 5 (11%) пациенток имело место кровотечение на 2 – 8 сутки после лечения, что требовало дополнительной коагуляции сосудов шейки матки. У остальных пациенток послеоперационный период протекал без осложнений.

Выводы. Лазеркоагуляция шейки матки на хирургическом СО₂-лазерном аппарате «Sharplan 40С» со сканирующим устройством Surgi Touch показала высокую эффективность и безопасность. Кроме того, имелась возможность

регулировать глубину воздействия на патологический участок шейки матки с быстрым нагревом ткани без карбонизации и избежать во всех случаях интраоперационного кровотечения.

ЛЕЧЕНИЕ ФОНОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ШЕЙКИ МАТКИ МЕТОДАМИ АРГОНУСИЛЕННОЙ КООГУЛЯЦИИ И ЛАЗЕРНОЙ ВАПОРИЗАЦИИ

Артамонова Н.В., Беляев А.А.

Россия. Екатеринбург. Медицинский центр «Шанс»

Существующие методы лечения фоновых заболеваний шейки матки имеют большое количество недостатков. В последнее время все шире используются две оперативные технологии лечения доброкачественных процессов шейки матки: аргонусиленная коагуляция и лазерная вапоризация. Эффективность метода аргонусиленной коагуляции при лечении патологии шейки матки еще недостаточно изучена.

Цель исследования - Сравнение эффективности применения этих двух методов при лечении фоновых заболеваний шейки матки.

Суть методов.

Аргон-усиленная коагуляция – это метод монополярной высокочастотной хирургии, при котором энергия тока высокой частоты передается на ткань бесконтактным способом с помощью ионизированного газа – аргона.

Лазерная вапоризация основана на применении высокоинтенсивного СО₂-лазера – луча невидимого инфракрасного света, для которого мишенью действия становятся клетки, содержащие большое количество воды, что приводит к выпариванию ткани.

Материалы и методы.

Оперативное вмешательство проводилось на 5–10 день менструального цикла. Перед операцией проводилась эффективная санация микрофлоры влагалища.

Для лечения использовались аппарат Фотек ЕА140 в режиме «СПРЕЙ» и СО₂-лазер «Ланцет» (мощность от 5 до 15 Вт).

Лечение проводилось 53 женщинам с фоновыми заболеваниями шейки матки морфологически верифицированных (осложненная эктопия, эрозированный эктропион, простая лейкоплакия). Контроль излеченности проводился путем проведения видеокольпоскопии цитологического скрининга через 1, 1.5 и 6 месяцев.

Результаты исследования.

Аргон-усиленную коагуляцию провели 23 (43,4%) пациенткам с фоновыми заболеваниями шейки матки. У 21 (94%) женщин с 7 по 10 день после проведения АУК наблюдались незначительные мажущие выделения из половых путей. Полная эпителизация раневой поверхности произошла в течение 30

- 40 дней после воздействия у 21 (94%) пациенток.

Лазерная вапоризация шейки матки проведена 30 (56,6%) женщин с фоновыми заболеваниями шейки матки. Практически у всех пациенток наблюдались незначительные выделения из половых путей в течение 10 дней. Нормализация шеечного эпителия наблюдалась у 29 (98%) женщин через 30 - 35 дней после лечения.

Выводы.

Таким образом, использование высокотехнологических способов лечения шейки матки позволяет добиться полной эпителизации шейки матки в короткие сроки после оперативного вмешательства.

Достоинствами методов являются контролируемая глубина деструкции, минимальное травмирование органов, высокая регенерация тканей, отсутствие в последующем грубых рубцовых деформаций.

СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД КЛИНИЦИСТА НА ПРОБЛЕМУ ГЕНИТАЛЬНЫХ ИНФЕКЦИЙ

Байрамова Г.Р.

Россия. Москва. ФГУ «Научный Центр Акушерства, гинекологии и перинатологии им.В.И. Кулакова Росмедтехнологий»

В современном мире урогенитальные инфекции являются одной из распространенных инфекционных заболеваний, и представляют медико-социальную проблему как у нас в стране, так и за рубежом. По данным Кисиной В.И. и соавт. (2005 г.), инфекции, передаваемые половым путем (ИППП) (исключая ВИЧ- инфекцию) являются второй по значимости причиной потери трудоспособности населения ввиду заболеваемости и смертности женщин в возрасте 15-44 лет. Кроме того, известно, что воспалительные заболевания органов малого таза (ВЗОМТ), являются в 60-70% случаев результатом восходящего распространения инфекции, обусловленной возбудителями ИППП в ассоциации с облигатными микроорганизмами, входящими в состав нормальной микрофлоры влагалища. К сожалению истинная частота распространения ВЗОМТ затруднена ввиду того, что учитываются данные обследования и терапии ВЗОМТ пациенток, находящихся на лечении в стационаре, и не всегда учитываются пациентки, которые проводят терапию в условиях амбулаторно-поликлинической помощи. Следует отметить, что клинические проявления ВЗОМТ переменны: от эндометрита до тяжелых сальпингитов, пиосальпинкса, tuboovarальных абсцессов, пельвиоперитонита и т.д. В настоящее время одним из основных факторов развития ВЗОМТ отводится хламидийной инфекции. Безусловно вовремя проведенная терапия ВЗОМТ позволит избежать осложнения, связанные с данным заболеванием, таких как бесплодие (известно, что до 40% пациенток страдают бесплодием

в результате трубной окклюзии, возникшая в результате перенесенного ВЗОМТ), внематочной беременности, диспареунии, синдрома тазовых болей и др. Терапия ИППП и ВЗОМТ предполагает назначение антибактериальных препаратов, включающих в себя различные фармакологические группы. При этом следует определить оптимальную разовую и курсовую дозы антибиотиков, которые могут привести не только к этиологическому, но и к клиническому излечению, предупредить развитие осложнений, ассоциированных с ИППП и ВЗОМТ. Вместе с тем показано, что применение антибактериальных препаратов (зачастую длительное и бесконтрольное) является одним из немаловажных факторов, приводящих к развитию вульвовагинального кандидоза (ВВК). Антибиотики широкого спектра действия элиминируют нормальную влагалищную флору, которая обеспечивает колонизационную резистентность вагинального биотопа благодаря конкуренции за питательные субстраты и подавлению лактобактериями прикрепления *Candida* к клеткам эпителия и их размножения.

Заболевания кандидозом могут способствовать не только пероральным антибиотикам, но и некоторые местные препараты: глюкокортикостероиды, а также вагинальные формы клиндамицина и метронидазола, нередко назначаемые при бактериальном вагинозе (БВ). Следует отметить, что БВ часто встречается в комбинации с другими генитальными инфекциями, в частности в Западных странах чаще всего БВ сочетается с трихомонадной и кандидозной инфекцией, в США – с гонореей. Рядом авторов показано, что у лиц, страдающих БВ, риск заражения гонореей увеличивается в 4 раза, хламидиозом в 3,4 раза. Важно отметить, что у каждой 4-ой пациентки БВ сочетается с ВВК - когда дрожжеподобные грибы участвуют в полимикробных ассоциациях как возбудители заболевания. В этих случаях дрожжеподобные грибы (чаще в высоком титре) обнаруживают на фоне массивного количества облигатно анаэробных бактерий и гарднерелл при резком снижении концентрации или отсутствии лактобацилл. Грибы рода *Candida* могут вызывать целый ряд инфекционных поражений – от локального поражения слизистых оболочек и кожи до угрожающих жизни диссеминированных инфекционных процессов с обширным поражением внутренних органов и систем, требующих проведения диагностических и медикаментозных мероприятий в условиях стационара.

Таким образом, несмотря на определенные успехи, достигнутые в диагностике и терапии генитальных инфекций, все еще высоким остается удельный вес данных патологических состояний в структуре акушерско-гинекологических заболеваний. Безусловно, в настоящее время особую значимость приобретает своевременное и адекватно подобранная терапия в каждом конкретном случае, что позволит избежать серьезные осложнения, ассоциированные с генитальными инфекциями.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ШЕЙКИ МАТКИ АРГОНОПЛАЗМЕННОЙ КООГУЛЯЦИЕЙ У НЕРОЖАВШИХ ЖЕНЩИН

**Белокриницкая Т.Е., Белокриницкая И.А., Белокриницкая Н.И.,
Чарторижская Н.Н., Панфилова Е.В., Кузнецова И.А., Дейкова Е.З.**

Россия. Чита. Читинская государственная медицинская академия, медицинский центр ООО «Здоровье», Читинское областное патологоанатомическое бюро

В последние годы отмечается прогрессирующее увеличение заболеваний шейки матки у девушек-подростков и молодых нерожавших женщин. Традиционно используемые, прежде всего, электрохирургические методы лечения доброкачественных заболеваний шейки матки имеют большое количество нежелательных побочных эффектов. В последние годы в различных отраслях хирургии для остановки кровотечений и девитализации поверхностных патологических процессов стал широко использоваться метод аргоноплазменной коагуляции (АПК). Однако применение данного метода у девушек-подростков и молодых нерожавших женщин изучено недостаточно.

Цель: Оптимизация лечения неопухолевых заболеваний шейки матки у подростков и молодых нерожавших женщин.

Материалы и методы. Были обследованы 18 больных с неопухолевыми заболеваниями шейки матки. Возраст пациенток колебался от 17 до 26 лет, составив в среднем $21 \pm 1,2$ года. Всем обследованным выполнены УЗИ органов малого таза, кольпоскопия, цитологическое, бактериоскопическое, гистологическое исследования, обследование на ИППП методом ПЦР (герпетическая, микоплазменная, папилломавирусная, уреоплазменная, хламидийная инфекции). Биоптаты шейки матки для гистологического исследования получены путем взятия радиопетлей. Принцип метода АПК заключается в том, что энергия тока высокой частоты передается на ткань бесконтактным способом, с помощью ионизированного газа аргона с образованием плазменного факела между электродом и тканью. При воздействии на ткань происходит ее локальный нагрев и коагуляция, глубина которой не превышает трех миллиметров и зависит от длительности воздействия, режима аппарата и установленной мощности. Процедура АПК выполнялась на аппарате ФОТЕК ЕА-140 (ООО «Фотек», г. Екатеринбург).

Результаты и их обсуждение. Возраст сексуального дебюта у включенных в исследование составил $16 \pm 0,9$ лет. При оценке клинико-anamnestических данных у 50% (9) больных выявлены гинекологические заболевания: хронический сальпингит, ретенционные кисты яичников, эндометриоз. 66,6% (12) пациенток предъявляли жалобы на патологические выделения из половых путей, 22,2% (4) – на контактные кровотечения. ИППП были обнаружены у всех обследованных (100%). По результатам ПЦР-диагностики всем пациенткам проводилась предоперационная санация. Для снижения риска послеоперационных осложнений за 3 дня до оперативного вмешательства проводилась санация влагалища

свечами «Гексикон» («Нижфарм»). Во время процедуры АПК пациентки отмечали «покалывание» или легкий дискомфорт внизу живота, что не требовало обезболивания. Раневой экссудат после процедуры носил характер скудных светлых серозных выделений. При отторжении пленки с раневой поверхности на 8+1,6 сутки во всех случаях кровянистые выделения были мажущими и не требовали лечебных мероприятий. По данным кольпоскопии, через 3 месяца выздоровление констатировано у 94,4% (17) пациенток, грубого рубцевания и деформаций шейки матки не выявлено ни в одном случае.

Выводы. АПК обладает высокой эффективностью, хорошей переносимостью и обеспечивает высокие темпы эпителизации экзо- и эндоцервикса. Щадящее воздействие АПК на ткани шейки матки, отсутствие грубого рубцевания и деформаций шейки матки после лечения является основанием для широкого применения АПК у нерожавших женщин.

ЛОКАЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ГУМОРАЛЬНОГО ИММУНИТЕТА И НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЙ РЕЗИСТЕНТНОСТИ ПРИ НЕОПЛАЗИИ ЦЕРВИКАЛЬНОГО ЭПИТЕЛИЯ

Белокриницкая Т.Е., Мочалова М.Н., Свердловская Е.С., Некрасова Н.Е.

Россия. Чита. ГОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия Росздрава, Иркутск. Иркутский государственный институт усовершенствования врачей

В последнее время, в связи с увеличением частоты рака шейки матки в молодом репродуктивном возрасте, созрела необходимость внедрения в практику акушеров-гинекологов не только дополнительных методов ранней диагностики предраковых процессов цервикального эпителия, но и подбора оптимального лечения в зависимости от состояния общего и локального иммунного статуса у конкретной женщины.

Цель: исследовать содержание секреторного иммуноглобулина А, функциональную активность нейтрофилов в цервикальной слизи пациенток с фоновыми, предраковыми заболеваниями и преинвазивной карциномой шейки матки.

Материалы и методы исследования: Всего обследовано 120 женщин. Исследования проводились в следующих группах: контрольная группа – 17 здоровых женщин, не имеющих в настоящее время патологии шейки матки; клиническая группа: 40 пациенток с фоновыми заболеваниями шейки матки (хроническими цервицитами в сочетании с рубцовой деформацией шейки матки), 17 – со слабой дисплазией, 18 – с умеренной дисплазией, 14 – с тяжелой дисплазией, 14 – с раком шейки матки 0 стадии.

Всем пациенткам с заболеваниями шейки матки и здоровым женщинам проводили исследование содержания секреторного IgA, лизосомально-

катионного теста (ЛКТ) в цервикальной слизи. Забор цервикальной слизи при заболеваниях шейки матки производили непосредственно перед диатермоэлектрокоагуляцией шейки матки, у здоровых женщин – в первую фазу менструального цикла (после окончания менструации).

Все женщины были обследованы на ИППП. Методом ПЦР в цервикальной слизи генома возбудителей ИППП на момент исследования обнаружено не было.

Определение концентрации секреторного IgA в цервикальной слизи проводили с помощью метода радиальной иммунодиффузии, определение ЛКТ – по методу В.Е.Пигаревского (1981г.). Результаты ЛКТ оценивали по величине среднего цитохимического коэффициента (СЦК). Статистическую обработку данных проводили с применением критерия Стьюдента–Фишера. Различия считали статистически достоверными при $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение: У пациенток с патологической трансформацией цервикального эпителия происходит значительное снижение уровня секреторного IgA в цервикальной слизи по сравнению со здоровыми женщинами. Наиболее низкие величины уровня секреторного IgA зарегистрированы при хронических цервицитах в сочетании с рубцовой деформацией шейки матки и составили $0,18 \pm 0,02$ ($p < 0,001$). Уровень секреторного IgA у пациенток этой группы был в 3,5 раза ниже, чем у здоровых женщин ($0,63 \pm 0,04$). При сравнении данных с контрольной группой также отмечены низкие показатели уровня секреторного IgA в группах пациенток со слабой дисплазией: $0,25 \pm 0,03$ ($p < 0,001$), умеренной дисплазией: $0,31 \pm 0,04$ ($p < 0,001$), тяжёлой дисплазией: $0,23 \pm 0,03$ ($p < 0,001$) и преинвазивной карциномой шейки матки: $0,31 \pm 0,03$ ($p < 0,001$).

Сходная динамика была зарегистрирована и при оценке ЛКТ. Начальная регрессия СЦК была обнаружена уже при фоновых заболеваниях и слабой дисплазии шейки матки и составила $0,67 \pm 0,04$ ($p < 0,001$) и $0,65 \pm 0,03$ ($p < 0,001$) соответственно (в контрольной группе: $0,93 \pm 0,03$). Значительное уменьшение СЦК выявлено в цервикальной слизи пациенток с умеренной дисплазией: $0,49 \pm 0,04$ ($p < 0,001$), тяжёлой дисплазией: $0,44 \pm 0,04$ ($p < 0,001$) и преинвазивной карциномой шейки матки: $0,55 \pm 0,03$ ($p < 0,001$) в сравнении со здоровыми женщинами,

Выводы:

Обнаруженные низкие показатели секреторного иммуноглобулина и лизосомально-катионного теста свидетельствуют о выраженных локальных нарушениях гуморального иммунитета и развитии «феномена лейкоцитарной депрессии» в цервикальном секрете при исследуемых заболеваниях шейки матки.

Учитывая резкое снижение секреторного иммуноглобулина А в цервикальной слизи при хронических цервицитах, целесообразно проводить также исследование общего иммунного статуса для выбора оптимального метода коррекции системных и местных нарушений.

РОЛЬ ВОСПАЛЕНИЯ В ПАТОГЕНЕЗЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ШЕЙКИ МАТКИ

Борзенко Е.В., Кашуба Э.А., Чернецова Л.Ф.

Россия. Тюмень. ГОУ ВПО Тюменская государственная медицинская академия

В структуре гинекологических заболеваний патология шейки матки составляет 15-40%. Влагалище и шейка матки представляют собой единую анатомо-функциональную систему, поэтому воспалительные процессы нередко приобретают сочетанный характер.

Целью настоящего исследования явилось изучение клинико-иммунологических особенностей локального воспаления у женщин с патологией шейки матки

Клинический материал и методы исследования. В исследование было включено 23 женщины с диагнозом эрозия шейки матки. Комплексное обследование женщин включало определение уровней цитокинов (ИЛ-1, ИЛ-2, ИЛ-6, ИЛ-8, ИЛ-10, ФНО-альфа) в секрете шейки матки методом иммунохемилюминисценции (Immulite 1000 Фирмы DPC, США).

Результаты. У всех обследуемых женщин с эрозией шейки матки выявлялась условно-патогенная и/или патогенная микрофлора бактериальной, вирусной, грибковой или смешанной этиологии, а также имелась сопутствующая генитальная патология. Изучение цитокинового профиля секрета шейки матки показало увеличение концентрации всех исследуемых цитокинов (ИЛ1, ИЛ-6, ИЛ-8, ФНО- α). Для оценки выраженности воспалительной реакции в цервикальном секрете у женщин с эрозией шейки матки проводилось сопоставление уровней цитокинов с их концентрацией в плазме крови у хирургических больных с локализованным и распространённым воспалением мягких тканей. Сравнительный анализ показал, что концентрация цитокинов, непосредственно участвующих в регуляции иммунного ответа в патологическом очаге является максимальной и превышает их концентрацию в плазме крови. Особенно отчётливо это наблюдается при сравнении уровней ИЛ-1. Концентрация ИЛ-1 в цервикальном секрете превышала значения нормы в 33,7 раза, в то время как в периоды максимального воспаления у больных с распространённым и локализованным воспалением мягких тканей его концентрация в плазме крови превышала контрольные значения в 4,5 и 3,2 раза соответственно. Концентрация ИЛ-2 в цервикальном секрете превышала норму в 3,4 раза, что также было выше по сравнению с системной концентрацией ИЛ-2 на фоне бактериального воспаления. На наш взгляд, существенное увеличение уровня ИЛ-2 в цервикальном секрете отражает Th1-направленность иммунного ответа на фоне вирусно-бактериального воспаления. Коррелятивный анализ уровней цитокинов показал тесную прямую взаимосвязь провоспалительного ИЛ-1 с ИЛ-2, ИЛ-6, ИЛ-8, ФНО- α . У ИЛ-2 выявлена тесная коррелятивная связь с хемотаксическим фактором ИЛ-8. У провоспалительного ИЛ-6 - тесная коррелятивная связь с провоспалительными цитокинами ИЛ-8,

и ФНО- α . В то же время отмечалась минимальная обратная зависимость провоспалительных цитокинов и ИЛ-2 с противовоспалительным цитокином ИЛ-10. Данное наблюдение может быть свидетельством недостаточности противовоспалительной иммунологической активности и явным превалированием воспалительного компонента.

В целом, увеличение концентрации уровней цитокинов в цервикальном секрете у женщин с патологией шейки матки сопоставимо с концентрацией в плазме данных цитокинов при системном воспалении на фоне локализованного и распространённого бактериального воспаления мягких тканей. Это является важным свидетельством активности локального иммунного ответа и высокой степени выраженности местного воспаления. Учитывая выраженный воспалительный потенциал цитокинов неспецифической фазы иммунного ответа и пролонгированное действие на фоне длительного, вялотекущего и не леченного воспаления, можно предположить участие цитокинов в возникновении эрозивного дефекта шейки матки наряду с цитопатогенным действием инфекционных агентов.

ЛЕЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ШЕЙКИ МАТКИ МЕТОДОМ АРГОНОПЛАЗМЕННОЙ КООГУЛЯЦИИ

Борзенко Е.В., Машкин А.М., Кашуба Э.А.

Россия. Тюмень. ГОУ ВПО Тюменская государственная медицинская академия

Заболевания шейки матки (ш/м) – наиболее частая причина обращаемости женщин в амбулаторной гинекологической практике. Этиология возбудителей заболеваний ш/м характеризуется расширением спектра бактериальной микрофлоры и неуклонным увеличением заболеваний вирусной этиологии. Именно вирусные поражения приводят к таким частым клиническим проявлениям патологии шейки матки, как кондиломы, полипы папиллярные выросты, внутриэпителиальные поражения (дисплазии), фолликулярный цервицит, развитию парацератоза, дискератоза, клеточной атипии на фоне длительного воспаления. Деструктивные процессы ш/м на фоне инфекционного воспаления требуют современных методов лечения патологии ш/м, направленных на санацию (ремиссию) инфекционного воспаления и ликвидацию локального патологического процесса. С этих позиций представляется перспективным более широкое применение в гинекологической практике современных методов радиоволновой хирургии и аргоноплазменной коагуляции.

Цель. Оценить эффективность метода аргоноплазменной коагуляции (АПК) в лечении доброкачественных заболеваний шейки матки

Материал и методы.

В исследование было включено 132 женщины репродуктивного возраста

с патологией ш/м. Комплексное обследование женщин включало общеклиническое, ручное гинекологическое обследование, кольпоскопию и лабораторные методы: бактериоскопическое, бактериологическое, гистологическое и цитологическое исследования. Вирусная этиология заболевания ш/м подтверждалась методом PCR. У всех женщин в комплексном лечении доброкачественных заболеваний шейки матки применялся метод АПК.

Результаты. Комплексное обследование женщин показало следующие результаты. У всех обследуемых женщин с патологией ш/м выявлялась бактериальная, вирусная, грибковая или смешанная микрофлора. Наиболее частой патологией у обследуемых женщин была железисто-сосочковая псевдоэрозия шейки матки – 61,3% и стационарный эндоцервикоз с хроническим эндоцервицитом – 27,3%, другая патология шейки матки составила – 11,4%.

Цитологическая картина патологического очага соответствовала экссудативным и/или дегенеративным изменениям на фоне воспаления и сопровождалась типичными признаками хронического воспаления: клеточная пролиферация, инфильтрация, гипер- паракератоз и дискератоз. У части женщин с вирусным поражением шейки матки, обусловленным ВПЧ, имелись клинические (папилломатоз, полип) признаки ВПЧ-инфекции – 5,3%. При этом у большинства ВПЧ-инфицированных женщин отмечались цитологические признаки ВПЧ-инфекции (койлоцитарная атипия, двухъядерные клетки, амфилия цитоплазмы, многоядерные клетки), а также неспецифические признаки ВПЧ (укрупнение клеток плоского эпителия, неравномерное окрашивание цитоплазмы, небольшая зона просветления в клетках с укрупнёнными ядрами, паракератоз и дискератоз). Результаты цитологического исследования у женщин с ВПЧ-инфекцией ш/м расширили представление о локальном вирусном поражении при отсутствии явных клинических признаков реактивации ВПЧ.

Всем обследованным женщинам с патологией ш/м в комплексной терапии после этапа этиопатогенетического лечения, направленного на купирование инфекционного воспаления, проводилась АПК. По результатам наших наблюдений, полная эпителизация раневого дефекта наблюдалась у 83,3% женщин, через 3 месяца – у 96,2% женщин. Пролонгирование сроков полной эпителизации связано с наличием фонового вялотекущего воспалительного процесса, в том числе вирусной этиологии.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ БЕТАЛЕЙКИНА У ЖЕНЩИН С ПАПИЛЛОМАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

Буйнова А.Н., Москалев А.В.

Россия. Санкт-Петербург. ФГУ «Северо-Западный окружной медицинский центр Росздрава»,
Военно-медицинская академия

Введение. За последнее время отмечается выраженная тенденция увеличения количества женщин репродуктивного возраста с папилломавирусной инфекцией (ПВИ)

Персистирование ПВИ связывают с генетическими изменениями, приводящими к нейтрализации опухолевых супрессорных генов, снижению местного иммунитета, уменьшении количества и нарушении функции клеток Лангерганса. В результате такой иммуносупрессии существующие методы лечения не всегда приводят к безрецидивному течению и нуждаются в иммунокоррекции.

Материалы и методы. Нами были обследованы 38 женщин с ПВИ, находящихся в различных фазах менструального цикла в возрасте $24,7 \pm 5,2$ лет с привычным невынашиванием. Давность заболевания от трех до 5 лет, с ограниченными формами инфекции. 20 из них наряду с комплексной терапией вводили подкожно по разработанной нами методике беталейкин. 18 больных получали только комплексную терапию.

У обследуемых изучали состояние цитокиновых профилей (И-1 β , И-8, TNF α) методом иммунохемилюминесценции на наборах фирмы Rendox. Уровни сывороточных иммуноглобулинов А, М, G определяли по Manchini.

Результаты. У больных с ПВИ эндогенная продукция провоспалительных цитокинов (И-1 β , И-8, TNF α) была существенно снижена ($p < 0,001$), что характеризует обследуемых как больных с вторичными иммунодефицитными состояниями. Продукция сывороточных иммуноглобулинов также была снижена. Особенно была депрессирована продукция IgG – $7,79 \pm 0,08$ и $14,2 \pm 1,4$ г/л в контрольной группе ($p < 0,001$) и IgA – $0,51 \pm 0,06$ и $2,9 \pm 0,05$ г/л в контрольной группе ($p < 0,001$). Уровни IgM достоверно не различались, но у больных с ПВИ имели тенденцию к снижению.

Применение беталейкина в комплексной терапии больных с ПВИ значительно ускоряло эпителизацию мест деструкции на $4,5 \pm 0,6$ сут., в сравнении с больными, получавшими только комплексную терапию. Уровни провоспалительных цитокинов в данной группе восстанавливались также быстрее и достоверно не отличались от показателей контрольной группы. Уровни IgG были практически такими же как в контрольной группе, а IgA оставались достоверно сниженными у больных получавших только комплексную терапию.

При наблюдении в течение 1 года рецидив у больных, в комплексном лечении которых применялся беталейкин, был выявлен у двух женщин (10%), а в группе больных, находящихся только на комплексном лечении у 7 человек (38,9%).

Заключение. Клиническое течение ПВИ связано с выраженной иммуносупрессией. Различные классические способы лечения не предотвращают развитие рецидива заболевания. Применение в комплексной терапии беталейкина восстанавливает функциональную активность иммунокомпетентных клеток и существенно препятствует развитию рецидива заболевания, делает благоприятным течение беременности. В периоде динамического наблюдения целесообразно через 4-5 месяцев проводить иммуномодулирующую терапию беталейкином.

ТЕЧЕНИЕ НЕОСЛОЖНЕННЫХ ДИСГОРМОНАЛЬНЫХ ЭКТОПИЙ В ЮНОМ ВОЗРАСТЕ

Бурчик В.К., Кулик А.Ю., Липатова О.А.

Россия. Алтайский государственный медицинский университет, кафедра акушерства и гинекологии №1

Большинство авторов считают, эктопию шейки матки у женщин в юном возрасте дисгормональным состоянием и предлагают либо наблюдение, либо гормональную коррекцию эстраген-гестагенными препаратами. Вместе с тем участились случаи выявления рака шейки матки в юном возрасте. По архивным материалам за 5 лет нами выявлено 10 случаев рака шейки матки от 16 до 23 лет. Мы поставили цель: провести ретроспективный анализ течения эктопий в молодом возрасте.

Материалы и методы исследования. Проанализировано по амбулаторным картам 186 случаев больных с неосложненными формами дисгормональных эктопий в возрасте от 16 до 23 лет с нереализованной репродуктивной функцией и не имевших в анамнезе беременностей. Больные находились под наблюдением от 1 до 5 лет. При отборе исследуемых больных исключались пациентки с клинически и цитологически подтвержденными признаками воспаления. При кольпоскопическом исследовании эктопии визуализировались с четкими границами без атипических элементов и трактовались как неосложненные формы эктопии. Цитологический и кольпоскопический контроль проводился с интервалом в 3-6 мес. Функция яичников исследовалась по базальной температуре. При появлении кольпоскопических и клинических признаков инфекции проводилось углубленное исследование на инфекции передаваемые половым путем (ИППП). Показанием к лечению больных являлся переход неосложненных форм эктопии в осложненную. При выявлении скрытой инфекции проводилось специфическое лечение. При установлении ановуляторного цикла назначались монофазные гормональные контрацептивы для ускорения эпителизации. При появлении атипической кольпоскопической картины проводилась биопсия шейки матки, при выявлении дисплазии и прогрессии эктопии проводилась криодеструкция шейки матки.

Результаты исследования: В ходе наблюдения установлено, что у 28(15%) больных с размерами эктопии не превышавшими 5 мм менструальный цикл был двухфазный, размеры эктопии уменьшались во 2 фазу цикла и полностью исчезали без каких либо методов лечения через 3-6 месяцев. У остальных 158 (85%) в процессе наблюдения размеры эктопии увеличивались, клинически у 59 (31,7%) имело место присоединение инфекции, при кольпоскопическом исследовании у 58 (31%) появлялись атипические изменения, у 68(37%) произошла гипертрофия шейки матки с формированием множества открытых и закрытых желез. У 20(10 %) больных выявлена хламидийная, микоплазменная инфекции, у 30 (16%) – ВПЧ инфекция. При гистологическом исследовании у 8 (4%) больных – выявлена дисплазия 1 и 2 степени, хронический цервицит - у 49(26%). После проведенного специфического лечения инфекции и криодеструкции положительный эффект был достигнут у 42 (27%) больных с двухфазным циклом. При нестабильном менструальном цикле и больших размерах эктопии эффект от лечения достигнут у 22 (19%) из 116 больных. После повторной криодеструкции и назначения монофазных эстраген-гестагенных препаратов у всех больных наблюдалась полная эпителизация шейки матки.

Выводы:

Эктопии шейки матки в молодом возрасте спонтанно заживают в 15% случаев при двухфазном менструальном цикле и размерах эктопии не превышающих 5 мм.

При обширных эктопиях с нестабильным двухфазным циклом в сочетании с ановуляторной происходит инфицирование шейки матки, переход неосложненных эктопий в осложненные, требующих комплексного лечения.

ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН, ПЕРЕНЕСШИХ ЛАЗЕРОХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ШЕЙКИ МАТКИ ПО ПОВОДУ ФОНОВЫХ И ПРЕДРАКОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Валиахметова Р.Р., Глебова Н.Н., Додонов А.Н.

Россия. Уфа. Башкирский государственный медицинский университет

В настоящее время основными и наиболее эффективными методами фоновых и предраковых заболеваний шейки матки является лазерохирургический, криохирургический и реконструктивно-пластические операции (при выраженной деформации рубцово измененной шейки). Применение названных методов лечения патологии шейки матки является вторичной профилактикой рака шейки матки. В то же время остается недостаточно изученным вопрос о влиянии данных оперативных вмешательств на течение последующей пролонгированной беременности и родов, а так же взаимное влияние наступившей беременности и родов на состояние оперированной шейки.

Цель исследования. Изучить влияние лазерохирургического лечения фоновых и предраковых заболеваний шейки матки на течение последующей пролонгированной беременности и обосновать целесообразность применения диагностических и лечебных мероприятий в послеродовом периоде у данной группы женщин.

Материалы и методы исследования. Объектом исследования явились 37 беременных женщин, находившихся в возрасте от 17 до 37 лет, перенесших до наступления данной беременности лазерохирургическое лечение фоновых и предраковых заболеваний.

Методы исследования: клинические, лабораторные (бактериоскопические, бактериологические, иммунофлуоресцентные), инструментальные (эндоскопические – кольпоскопия, ультразвуковые).

Результаты исследования. Промежуток времени от лазерохирургического лечения фоновых заболеваний шейки до наступившей настоящей беременности составил от 1 года до 6 лет. Первородящих среди обследованных женщин было 17, повторнородящих – 20. Показания для лазерохирургического лечения шейки матки были следующие: эрозия шейки (24), простая лейкоплакия (5), эрозированный эктропион (3), рубцовая деформация шейки матки (3), плоские кондиломы (2).

Эффективность проведенного лечения: у 35 женщин – оригинальная слизистая, в 2 наблюдениях диагностирована эктопия с незаконченной зоной трансформацией. У 6 пациенток – укорочение шейки матки после лазероконизации. Данная пролонгированная беременность осложнилась угрозой прерывания у каждой третьей, железодефицитной анемией у каждой второй, поздним гестозом – у каждой третьей женщины. В родах наблюдалось несвоевременное отхождение околоплодных вод у каждой третьей, аномалии родовой деятельности у каждой пятой женщины. Имел место высокий удельный вес кесарских сечений (у 10 из 37), половина из них (5) выполнено по поводу первичной и вторичной слабости родовой деятельности и ригидности шейки матки. При комплексном обследовании женщин по окончании послеродового периода диагностирован кандидозный вагинит у 18, эктопия шейки матки с незаконченной зоной трансформации (2), эрозированный эктропион (1), цервицит (3). По поводу выявленной патологии шейки матки произведено лазерохирургическое лечение после предварительной санации половых путей.

Заключение. Женщины, перенесшие лазерохирургическое лечение шейки матки перед последующей пролонгированной беременностью, относятся к группе риска по развитию аномалий родовой деятельности и оперативному родоразрешению. В послеродовом периоде данная группа женщин должна подвергаться комплексному обследованию для выявления патологии шейки матки с дифференцированным лечением и последующим диспансерным наблюдением.

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ПРОФИЛАКТИКИ ПЕРЕДАЧИ ВИЧ ОТ МАТЕРИ РЕБЕНКУ НА ТЕРРИТОРИИ ЧИТИНСКОЙ ОБЛАСТИ В 2005-2007 ГГ

Василевская Л.А., Розенберг В.Я., Цынгеева Д.Д., Бутыльский А.Н.

Россия. Чита. ГУЗ «Областной Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями»

В Читинской области на 01.01.08 выявлено 2415 ВИЧ-позитивных (относительный показатель на 100 тыс. жителей – 214,9), из них 15 детей. Умерло 265 человек, в т.ч. от СПИДа - 60. Женщины из общего числа инфицированных составили 505 человек (27,4%), в том числе 494 (97,8%) – в возрасте от 15 до 50 лет. На 01.01.08 зарегистрировано всего 217 детей с перинатальным контактом по ВИЧ инфекции, выставлен диагноз ВИЧ-инфекция 12 детям (5,5%). Доля женщин из выявленных за год ВИЧ-позитивных лиц неуклонно растет с 15% в 2001г до 58,3% в 2007 г. За 7 лет регистрации родов у ВИЧ+женщин наблюдается увеличение ежегодного количества родов с 2 (в 2000 году) до 56 (в 2007 году). Целью исследования стал анализ ситуации по перинатальной передаче ВИЧ-инфекции на территории Читинской области в 2005-2007 гг. Были поставлены задачи: Изучение течения беременности и родов у ВИЧ+женщин; изучение влияния профилактических мероприятий на частоту передачи ВИЧ от матери ребенку. Материалы и методы: Проведен статистический анализ карт диспансерного наблюдения большого ВИЧ-инфекцией и историй родов 106 ВИЧ-инфицированных женщин, закончивших беременность родами в 2005-2007 гг. Из них 6 пациенток наблюдались в стадии вторичных заболеваний (4А по классификации В.И.Покровского, 2001г.), 100 – в субклинической стадии. Время жизни с ВИЧ-инфекцией колебалось от 1 до 7 лет. Пути заражения: 81 – половой, 25 – парентеральный (употребление ПАВ), с активной наркоманией в течение беременности - 2. Возраст женщин – колебался от 18 до 35 лет. 26% женщин узнали о своем ВИЧ-статусе в период беременности и родов. Сроки постановки на учет: до 12 недель – 31%, 12-22 недели – 37%, 23-35 недель – 28%, в родах и после родов – 4%, грудное вскармливание – 2 случая (1,8%) . Результаты исследования: При анализе течения беременности выявлены: недостаточность фетоплацентарного комплекса - у 85%, ХВГП - 69%, ЗВУР - 16%. Беременность протекала на фоне заболеваний мочеполовой системы у 20%, гестационной анемии у 40%; герпес-вирусная инфекция выявлена у 28%, ЦМВ – у 12%. Частые осложнения в родах: несвоевременное излитие околоплодных вод - 40%, аномалии родовой деятельности - 18%, кровотечение - 3%. Оказаны пособия в родах: амниотомия - 18%, хирургическая защита промежности - 23%, ручное отделение и выделение последа - 3%. Процент преждевременных родов: 2005- 14,8%, 2006 - 8,6%, 2007- 3,6%. Показатель перинатальной смертности составил: 2005 - 37,2‰, 2006 – не зарегистрирован, 2007- 17,8‰. Кесарево сечение проводилось по акушерским показаниям

в 2005 - 14,8%, 2006 - 17,3%, 2007 - 14,2%. Трехэтапная химиопрофилактика в 2005 проведена в 77%, 2006 – в 74%, 2007- в 84%, доля ВААРТ в 2006-2007 гг. достигла 8%. Частота вертикальной передачи ВИЧ по Читинской области за 2005 г. составляет 7,4% (2 из 27 родившихся), 2006 г. – 4,3% (1 из 23 родившихся). Выводы: Течение беременности у ВИЧ инфицированных женщин ассоциировано с более частым развитием фетоплацентарной недостаточности, внутриутробной гипоксии и гипотрофии плода. Проведение комплекса профилактических мероприятий, включающего тестирование, дородовое наблюдение, рациональную тактику родоразрешения, трехэтапную химиопрофилактику перинатальной передачи ВИЧ и отказ от грудного вскармливания значительно снижает риск заражения ребенка ВИЧ-инфекцией.

ГЕНОТИПИРОВАНИЕ ВПЧ У ЖЕНЩИН В ШЕЙКЕ МАТКИ И У ДЕТЕЙ ПРИ ПАПИЛЛОМАТОЗЕ ГОРТАНИ

Ворошилина Е.С., Плотко Е.Э., Хаютин В.Н., Сергеев А.Г., Самойличенко В.О., Устюжанин А.В.

Россия. Екатеринбург. Медицинский центр «Гармония», кафедра микробиологии, вирусологии и иммунологии Уральской государственной медицинской академии

Папилломавирусная инфекция относится в настоящее время к наиболее распространенным и социально-значимым заболеваниям. Более половины населения в течение жизни инфицируется вирусом папилломы человека (ВПЧ). Более 30 типов ВПЧ могут вызывать поражения покровного эпителия и слизистых половых органов. Наибольшая опасность развития диспластических процессов и рака шейки матки связана с онкогенными типами ВПЧ – 16 и 18. ВПЧ низкого онкогенного риска, в частности 6 и 11 типы, вызывают развитие кондилом аногенитальной области, причем у одного больного может быть выявлено несколько типов одновременно. Однако традиционными органами-мишенями для ВПЧ являются также слизистые верхних дыхательных путей, рожее полости рта и пищевода, что обуславливает возможность инфицирования детей во время родов и развития у них тяжелых поражений гортани. Данные о типировании ВПЧ при папилломатозе гортани не столь обширны и нуждаются в уточнении.

Целью настоящего исследования было определить преобладающие типы ВПЧ у женщин репродуктивного возраста в материале из гениталий и у детей с папилломатозом гортани.

Материалы и методы. Было обследовано 528 женщин в возрасте от 18 до 42 лет (основная группа) на наличие ВПЧ. Группу сравнения составили 9 детей в возрасте от 2 до 12 лет с установленным диагнозом папилломатоза гортани. Было проведено генотипирование образцов, полученных из шейки матки у женщин и папиллом гортани у детей, в ПЦР с детекцией методом электрофореза (тест-системы НПФ «Литех», Москва, «Интерлабсервис», Москва).

Определяли 6, 11, 16, 18, 31, 33 и 45 типы вируса папилломы человека.

Результаты. В основной группе различные типы ВПЧ был обнаружен у 101 женщины, таким образом, частота инфицирования составила 19,1%. У 33 (6,3%) женщин были выявлены 16 и 18 типы, у 41 (7,8%) - 31, 33 и 45 типы, у 37 (7%) – 6 и 11 типы. Смешанная инфекция имела место у 13 человек (0,5%). Таким образом, в структуре ВПЧ – инфекции у женщин на долю высокоонкогенных типов приходится 86,1%. В группе сравнения ВПЧ был обнаружен в 100% случаев. При этом у всех детей в материале из папиллом гортани были выделены 6 и 11 типы вирусов, а у одного ребенка (11%) в сочетании с 16 и 18 типами. Другие вирусы из группы высокого онкогенного риска (31, 33 и 45) у обследованных детей обнаружены не были.

Закключение. Полученные данные демонстрируют различную частоту и структуру инфицирования ВПЧ у обследованных женщин и детей с папилломатозом гортани. В гениталиях женщин преобладают онкогенные типы ВПЧ, у детей с папилломатозом гортани неонкогенные. Однако, следует учитывать, что обнаружение в половых путях женщин 6 и 11 типов ВПЧ является существенным фактором риска интранатального инфицирования и развития тяжелых поражений гортани у детей. С этой точки зрения целесообразно определение всех типов ВПЧ при планировании беременности, особенно при наличии кондиломатоза аногенитальной зоны в анамнезе. Одним из путей профилактики такой тяжелой патологии детского возраста как папилломатоз гортани может быть использование у женщин и подростков поливалентной вакцины против ВПЧ, включающей 6 и 11 типы вирусов.

ЛЕЧЕБНО-РЕАБИЛИТАЦИОННЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПРИ ФОНОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ШЕЙКИ МАТКИ У ЮНЫХ ЖЕНЩИН ПРИ ПРЕРЫВАНИИ ПЕРВОЙ БЕРЕМЕННОСТИ МЕДИКАМЕНТОЗНЫМ АБОРТОМ

Гайсина М.В., Трубина Т.Б., Трубин В.Б., Додонов А.Н.

Россия. Уфа. Башкирский государственный медицинский университет

Одним из современных щадящих методов является медикаментозное прерывание беременности малых сроков. В то же время, опыт изучения результатов искусственного прерывания беременности в ранние сроки показал, что аборт является серьезной биологической травмой для женщины, особенно юной первобеременной, оказывает многогранное негативное влияние, как на организм в целом, так и особенно на состояние репродуктивной системы, обуславливая риск развития гинекологических заболеваний в отдаленном периоде, значительно повышает частоту осложнений при последующей беременности и родах.

Цель исследования: обоснование и реализация диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий при первом медикаментозном аборте у юных женщин с фоновыми заболеваниями шейки матки.

Материалы и методы исследования. Произведено прерывание первой беременности ранних сроков медикаментозным методом у 38 юных женщин, находящихся в возрасте 14 лет (2); 16-18 лет (17); 19-24 лет (19) пациенток. Комплексное обследование перед медикаментозным абортом проводилось с использованием современных информативных методов – клинических, лабораторных, инструментальных (бактериоскопические, бактериологические, эндоскопические – кольпоскопия, ультразвуковые). Оценивался психоэмоциональный статус, проводилась консультация психотерапевта.

При комплексном обследовании были диагностированы хронические экстрагенитальные заболевания в фазе ремиссии у 52,5% пациенток (ведущие – заболевание желудочно-кишечного тракта, мочевой системы, ЛОР-органов). При обследовании гениталий диагностированы фоновые заболевания шейки матки в 76,3% наблюдений, представленные: эктопиями, эрозиями, лейкоплакией, эндоцервицитами, вагинитами (бактериальными и кандидозными). У 4 и 3 пациенток диагностирован уреоплазмоз и хламидиоз соответственно. Для юных пациенток при медикаментозном аборте была разработана система диагностических и лечебно-реабилитационных мероприятий. На первом подготовительном этапе проводилась санация половой системы с использованием медикаментозных средств в зависимости от выявленной патологии, а так же с применением обработки влагалища пибактериофагом (5-6 ежедневных процедур) с последующим бактериологическими бактериоскопическим контролем. В послеабортном периоде – ультразвуковой контроль, назначение оральных контрацептивов. Через месяц после медикаментозного аборта, после очередных месячных – комплексное обследование гениталий с оценкой состояния шейки матки и проведение лечения фоновых заболеваний лазерохирургическим методом. Оценка результатов проведенного лазерохирургического лечения осуществлялась через 2 месяца. Констатировано 100% оздоровление шейки матки.

Заключение: проведенное исследование с разработкой и реализацией диагностических и лечебно-реабилитационных мероприятий при фоновых заболеваниях шейки матки при прерывании беременности малых сроков медикаментозным абортом показало его высокую эффективность и целесообразность использования в практическом здравоохранении.

ПРИМЕНЕНИЕ КОМПЛЕКСА ЕСТЕСТВЕННЫХ ЦИТОКИНОВ В ТЕРАПИИ ШЕЕЧНО-ВАГИНАЛЬНЫХ ИНФЕКЦИЙ

Гапарова Е., Ахмерова Н.Ш.

Таджикистан. Душанбе. Таджикский институт последипломной подготовки медицинских кадров

Лечение урогенитальных инфекций представляет собой сложную проблему вследствие разнообразия микрофлоры влагалища, высокой частоты инфицирования одновременно несколькими патогенами, не всегда достаточной местной и общей иммунной защиты женского организма.

Цель исследования – оценить клиническую эффективность применения комплекса естественных цитокинов в терапии шеечно-вагинальных инфекций.

Материал и методы. Проведено исследование применения препарата «Спленопид», являющегося комплексом естественных цитокинов в терапии 50 женщин репродуктивного возраста с цервиковагинитом смешанной этиологии. Спленопид применялся местно вместе с комплексным препаратом «Полижинакс». При исследовании проводили микроскопию отделяемого уретры, влагалища, цервикального канала, бактериологические посевы мочи, отделяемого влагалища. Оценивали клиническую картину воспаления вульвы и влагалища до и после лечения, используя метод расширенной кольпоскопии, анализировали жалобы и общее состояние больных. До терапии наиболее часто в посевах присутствовали *S. epidermidis* и *E. coli* как в монокультуре, так и ассоциациях.

Результаты исследования. Анализ результатов исследования обнаружил следующее. Изменений состава периферической крови, показателей, отражающих состояние печени, почек на фоне приема Спленопида и Полижинакса не отмечено. Улучшение самочувствия больных (уменьшение или исчезновение болевого синдрома, зуда, жжения в области наружных половых органов, регресс воспалительного процесса на слизистых оболочках вульвы и влагалища) установлено во всех группах пациентов уже после первых 2–3 дней применения препарата.

К моменту завершения курса антибактериального лечения при контрольных исследованиях зарегистрировано улучшение показателей микроскопии отделяемого влагалища и цервикального канала (снижение лейкоцитоза, уменьшение количества кокковой и бактериальной флоры, исчезновение грибов) в 80% наблюдений.

В 36 случаях (72%) отмечены стерильные бактериологические посевы отделяемого цервикального канала и влагалища. Данные исследования коррелировали с кольпоскопической картиной, при которой отмечено уменьшение, но не исчезновение проявлений воспалительного процесса.

Местное применение Спленопида продолжалось в течение 10 дней от начала терапии. Контрольная расширенная кольпоскопия показала, что к

окончанию курса терапии у 46 пациенток полностью отсутствовали признаки воспаления, признаки диффузного вагинита отмечены у 4 женщин.

Таким образом, местное применение цитокинов, действующих на все без исключения стороны развития неспецифической резистентности и специфического иммунитета, в терапии шеечно-вагинальных инфекций позволяет увеличить эффективность проводимой терапии без проявления побочных эффектов.

ПРОФИЛАКТИКА РАКА ШЕЙКИ МАТКИ

Голубкова О.В.

Клиника «Спектра», Москва, Россия

В амбулаторной практике шейка матки в силу своей доступности, является одним из основных объектов для обследования и лечения. Патология шейки матки занимает ведущее место в структуре амбулаторной гинекологической заболеваемости. Раннее выявление предраковых состояний шейки матки, адекватное их лечение, является действенной профилактикой рака.

Цель исследования: повышение эффективности диагностики и лечения заболеваний шейки матки у женщин репродуктивного возраста с использованием современных медицинских технологий.

Задачи: 1. Изучить ретроспективно структуру заболеваний шейки матки и методы их диагностики и лечения у женщин в 1988-1999г.г. по данным обращаемости в Клинику.

2. Провести обследование и лечение пациенток с различными заболеваниями шейки матки радиоволновым методом с использованием высокочастотного радиохирургического генератора «Сургитрон» (3,8-4,0 МГц).

3. Сравнить эффективность диагностики и лечения заболеваний шейки матки, проведенных в Клинике до 1999г, с результатами применения современных технологий, в первую очередь радиоволнового воздействия.

4. Внедрить в практику амбулаторного лечения консультирование пациенток о причинах, приводящих к раку шейки матки и вакцинацию от заражения ВПЧ.

Материалы и методы исследования: гинекологический осмотр, бактериологический, бактериоскопический, цитологический, ПЦР, кольпоскопический, радиоволновая эксцизия, морфологический, клинико-статистический анализ.

Обследовано 537 женщин репродуктивного возраста с патологией шейки матки, которые составили 2 группы. В 1 группу вошли 403 пациентки, у которых проведен ретроспективный анализ результатов лечения шейки матки различными методами. 2 группу составили 134 пациентки с заболеваниями шейки матки, пролеченные новым методом – радиоволновой хирургией с использованием высокочастотного генератора «Сургитрон» (3,8-4,0 МГц).

Результаты и их обсуждение:

Из первичной медицинской документации 1 группы выяснилось, что у преобладающего большинства пациенток ранее было выявлено «Эрозии» шейки матки и эрозированные эктропионы (90%) и почти не выявлялись дисплазии шейки матки (1,5%). Им применялись различные деструктивные и консервативные методы лечения. Рецидив патологии шейки матки имел место у 67% женщин.

После радиохирургического воздействия и гистологического исследования удаленной ткани у пациенток 2 группы было выявлено: 48% хр. цервицитов (включая эндо- и экзоцервицит с эктопией), 25% дисплазии различных степеней, 10 % пара- и гиперкератоз, акантоз МПЭ (включая лейкоплакию без атипии), по 5% составили кондиломы и полипы нижней трети цервикального канала, в 6 случаях из 134 выявлен рак in situ или с микроинвазией, что составило 4,5% от числа больных 2 группы.

Инфицирование ВПЧ высокого онкологического риска в группе женщин с дисплазиями различных степеней составило 73%. Лечение пациенток с ВПЧ проводилось совместно с иммунологом.

Выводы: Таким образом применение радиоволнового скальпеля позволяет удалить всю атипическую зону трансформации шейки матки в пределах здоровых тканей и провести исследование всех измененных участков, в том числе с более тяжелыми поражениями.

Применение радиоволнового скальпеля позволяет в одной процедуре совместить диагностику заболевания с хирургическим лечением шейки матки. Правильный диагноз, поставленный на основании гистологического исследования, полное удаление патологической зоны на шейке матки в пределах здоровой ткани под контролем зрения, приводит к дальнейшей адекватной тактике ведения и выздоровлению пациентки.

АНАЛИЗ РАБОТЫ ЦЕНТРАЛИЗОВАННОЙ ЦИТОЛОГИЧЕСКОЙ ЛАБОРАТОРИИ ПОЛИКЛИНИКИ №195 ЗАО Г.МОСКВЫ ПРИ СКРИНИНГОВЫХ ИССЛЕДОВАНИЯХ ЗА ПЕРИОД 2003-2007 ГГ

**Фуфаев Е.Н., Гашилова Н.С., Фурдюк Е.Р., Власова Е.А., Сизова И.И.,
Космачева Н.В., Левадная М.Г.**

Россия, Москва, поликлиника № 195

Цель работы: изучение заболеваемости опухолевыми и предопухолевыми процессами шейки матки у женщин в возрасте 35-69 лет ЗАО г. Москвы при скрининговом исследовании в 2003-2007 гг.

Задачи работы: 1) выявление предраковых заболеваний и ранних форм рака шейки матки (ШМ);

2) диагностика неопухолевых процессов ШМ;

3) анализ диагностических ошибок цитологического отделения.

4) анализ совместной работы специалистов, участвующих в скрининговых исследованиях: гинекологов, онкологов, цитологов и гистологов.

Согласно приказу № 103 КЗ г. Москвы от 5 марта 2002 г. «Целевая диспансеризация женского населения по выявлению заболеваний шейки матки», в целях ранней диагностики злокачественных новообразований ШМ в ЦЦЛ проводится скрининговое обследование женского населения в возрасте 35-69 лет.

При анализе цитологического материала использовалась программа ILMIS компании ORSYS Ltd (Израиль), в случаях, сложных для диагностики, создавался фотоархив изображений цитологических препаратов с помощью программы «Fotoshop». Результаты цитологических исследований вносились в базу данных, что позволяло осуществлять быстрый поиск нужного бланка, сравнивать полученные результаты при повторном взятии материала и изучать патологический процесс в динамике.

Обследовано 149684 женщин с 2003г. по 2007г. В 129770 случаях (86,7%) цитологические препараты признаны адекватными, в 19196 (12,8 %) – недостаточно адекватными, в 718 (0,5 %) – неадекватными. Процент количества недостаточно адекватных препаратов колеблется от 9,4% до 17,0%, что обусловлено рядом организационных причин. Существует тенденция к уменьшению количества неадекватных — с 1,4 % до 0,3%. Среди обследованных пациенток признано здоровыми 83882 женщины (56 %); легкая дисплазия эпителия ШМ (CIN I) была обнаружена в 218 наблюдениях (0,15 %), умеренная дисплазия (CIN II) — в 166 случае (0,11%), тяжелая дисплазия и рак in situ (CIN III) — у 156 женщин (0,1%), инвазивный рак ШМ был выявлен у 55 больных (0,04 %). Неопухольевые (фоновые) заболевания ШМ встретились в 31628 случаях (21 %), они были представлены, главным образом, цервикальной эктопией, гиперкератозом многослойного плоского эпителия и хроническим цервицитом. Описательный ответ был дан в 35861 наблюдениях (23,9 %).

При анализе полученных данных было установлено: 1.Выявляемость CIN разной степени выраженности и рака ШМ ежегодно остается примерно на одном уровне. 2. Фоновые заболевания составляют высокий процент в скрининговых исследованиях.

Больным с цитологическим диагнозом CIN I-III и рака ШМ производилась биопсия, однако, результаты гистологического исследования были получены ЦЦЛ в 10 % наблюдений. При сравнении данных цитологического и гистологического исследований наибольшее количество совпадений диагнозов отмечалось при CIN III и раке ШМ. За 5 лет в 5 верифицированных случаях цитологическому диагнозу CIN II соответствовал гистологический диагноз — cancer in situ.

Качество цитологических исследований зависит от: 1. Тесного взаимодействия между специалистами, участвующими в скрининге: гинекологами, цитологами, гистологами и онкологами, подкрепленного как организацион-

ными мерами, так и техническими средствами; 2. Систематического анализа и оценки результатов цитологических исследований; 3. Дальнейшего совершенствования системы повышения профессионального уровня специалистов – цитологов.

ХИМИОТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ РЕЦИДИВОВ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ

Воробйова Л.И., Югринов О.Г., Неспрядько С.В., Гончарук И.В.

Украина. Киев. Институт онкологии АМН Украины

Актуальность. Проблема рецидивов рака шейки матки является одним из наиболее трудных и недостаточно изученных разделов клинической онкогинекологии. Более чем 80 % рецидивов РШМ возникают в течение первых двух лет после комбинированного лечения. В 50–85% случаев рецидивы РШМ выявляют в области таза. Прогноз у больных с рецидивами и метастазами РШМ крайне неблагоприятный. У больных с рецидивным РШМ средняя продолжительность жизни составляет 7,7 месяца. Основным видом лечения данной категории больных является химиотерапия. Наряду с применением системной химиотерапии представляется перспективным применение новых технологий в лечении местных рецидивов РШМ, а именно внутриаартериальной (селективной) полихимиотерапии (ВАПХТ). Доклинические исследования показали, что добавление к стандартной химиотерапии препаратов из группы ингибиторов циклооксигеназы- 2 (ЦОГ- 2) может потенцировать противоопухолевый эффект химиотерапии.

Цель работы — повысить эффективность лечения больных с рецидивами РШМ путем использования полихимиотерапии с использованием ингибиторов ЦОГ- 2.

Материалы и методы. Селективная ВАПХТ использована при лечении тазовых рецидивов РШМ у 11 больных, ранее леченных комбинированным (8 женщин) или сочетанно- лучевым (3 пациентки) методом. Возраст больных — от 28 до 61 года, средний – 37 лет. Плоскоклеточный РШМ гистологически подтвержден у 10 больных, у одной пациентки верифицирован мелкоклеточный рак. В условиях рентгеноперационной трансфеморальным доступом проводили катетеризацию одной из тазовых артерий (а.а. pudenda interna, obturatorius, presacralis в зависимости от расположения локального рецидива). Характер неоваскуляризации в опухоли оценивали при ангиографическом исследовании. Катетер устанавливали на 3 дня, инфузии цитостатиков проводили ежедневно с помощью дозатора в таких дозах: цисплатин — 100 мг/м², циклофосфан 1200 мг/м², 5- фторурацил — 1000 мг/м², при плоскоклеточных карциномах включали блеоцин — 45 мг/м². Также внутриаартериально вводили ингибитор циклооксигеназы -2 династат в дозе 40 мг. После

окончания цикла ВАПХТ проводили повторное ангиографическое исследование и извлекали катетеры. Циторедуктивный эффект оценивали через 10-14 дней. Системная ПХТ применялась при лечении 10 больных с отдаленными метастазами РШМ. Курсы ПХТ проводили каждые три недели.

Результаты. Локальные рецидивы возникли у больных после лечения за период от 6 месяцев до 5 лет, отдаленные — от 8 месяцев до 3 лет. Клинически тазовые рецидивы проявлялись плотными, болезненными инфильтратами, распространяющимися на параметральные пространства и достигающими тазовой кости — у 9 пациенток, в культе влагалища — у 2 пациенток. Отдаленные метастазы выявлены в легких у 2 пациенток, в печени — у 1, в парааортальных лимфатических узлах — у 5, в надключичных — у 2. Среди клинических симптомов у всех больных преобладали боли разной степени интенсивности. Дизурические явления были у 5 больных, боли в нижних конечностях — у 4, боли в пояснице — у 5, отеки нижних конечностей у 4 больных. При УЗИ выявлены признаки гидронефроза у 8 пациентов. Все больные отмечали уменьшение или исчезновение болей через 10—14 дней после 1-го цикла ВАПХТ.

Выводы. Системная ПХТ и селективная ВАПХТ позволяют добиться уменьшения болевого синдрома, стабилизации опухолевого процесса, что существенно улучшает качество жизни больных рецидивами РШМ.

РАДИКАЛЬНАЯ АБДОМИНАЛЬНАЯ ТРАХЕЛЭКТОМИЯ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ИНВАЗИВНЫМ РАКОМ ШЕЙКИ МАТКИ T1b1

Воробьева Л.И., Свинцицкий В.С., Неспрядько С.В., Гончарук И.В., Полонская Л.Н.

Украина. Киев. Институт онкологии АМН Украины

В последние годы отмечается увеличение заболеваемости РШМ у женщин репродуктивного возраста. Частота выявления РШМ T1b1 стадии по данным разных авторов составляет 45- 50%. Стандартный метод лечения больных РШМ T1b1 — операция Вертгейма, которая включает гистерэктомию II типа и подвздошную лимфодиссекцию. Большие по объему оперативные вмешательства у больных РШМ вызывают существенные изменения со стороны других органов и систем, что влияет на качество жизни больных и нередко приводит к инвалидности и утрате репродуктивной функции. Нередко больные инвазивными формами РШМ (стадии T1b1) хотели бы сохранить репродуктивную функцию.

Цель работы — обосновать возможность ораносохраняющего лечения больных РШМ T1b1 стадии, которые желают сохранить репродуктивную функцию, путем выполнения радикальной абдоминальной трахелэктомии и

оценить непосредственные результаты лечения.

Материалы и методы. Нами использован способ хирургического лечения больных РШМ T1b1 стадии – радикальная абдоминальная трахеэктомиа (РАТ). Основными этапами РАТ являются: подвздошная лимфодиссекция, абдоминальная экстирпация шейки матки, формирование маточно-влагалищного анастомоза, что позволяет сохранить репродуктивную функцию женщин детородного возраста, не снижая радикализм лечения.

Результаты. Клинические испытания РАТ проведены с 2006 года в отделе онкогинекологии Института онкологии АМН Украины. По данной методике проведено хирургическое лечение у 7 больных. На этапе предыдущего лечения у двух больных выполнялась диатермоконизация шейки матки. Три женщины из семи имели детей. Критериями эффективности предложенного метода были: отсутствие признаков продолжения болезни, восстановление менструальной функции, сохранение репродуктивной функции. РАТ включала подвздошную лимфодиссекцию, со срочным интраоперационным гистологическим исследованием лимфатических узлов и гистологических срезов с шейки матки. У всех больных установлен РШМ T1b1. Возраст больных от 23 до 35 лет. Во всех случаях была гистологически подтверждена инвазивная плоскоклеточная карцинома. Первый опыт проведения РАТ положительный: длительность операции — 120±15мин, объем кровопотери — 200±50 мл. Послеоперационный период протекал практически без осложнений. Средний койко-день составил — 12±2 дня. За время наблюдения рецидивов заболевания не выявлено. Наибольший период наблюдения 1,5 года. У всех больных восстановился менструальный цикл.

Выводы. Первый опыт выполнения РАТ свидетельствует о том, что это эффективный метод лечения больных РШМ T1b1 репродуктивного возраста, позволяет сохранить репродуктивную и менструальную функции и дает возможность улучшить психоэмоциональное состояние и качество жизни женщин.

ЭТИОЛОГИЯ ДИСБИОТИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ВЛАГАЛИЩА

Горяева Я.С.

Россия. Геленджик

Вопрос этиологии бактериального вагиноза (БВ) до настоящего времени остается спорным, наиболее часто обнаруживают *Gardnerella vaginalis*, *Mobiluncus spp.*, *Bacteroides spp.*, *Mycoplasma hominis*. Следует отметить, что в 24-50% случаев БВ протекает бессимптомно и диагноз может быть поставлен только на основании лабораторных методов исследования [Прилепская В.Н., 2004].

Цель: изучить состав вагинальной микрофлоры у пациенток группы высокого риска по инфекционным заболеваниям влагалища.

Материалы и методы исследования: обследовано 67 пациенток в возрасте 16-40 лет с установленным диагнозом БВ, согласно алгоритму клинико-микробиологической диагностики (Кира Е.Ф., 2001). Клинические проявления заболевания имели 53% пациенток. Контрольную группу составили 25 женщин, у которых при обследовании выявили нормоценоз влагалищной микрофлоры. Для определения возбудителей вагиноза использовали современную молекулярную методику - полимеразную цепную реакцию (ПЦР).

Результаты и их обсуждение: у женщин без БВ преобладали лактобациллы. Во всех пробах от пациенток с вагинозом определялась *Gardnerella vaginalis*. Кроме того, выявлены следующие микроорганизмы: *Atopobium vaginae*, *Mobiluncus spp.*, *Bacteroides spp.*, *E. coli* (типирование B2/D), *Corynebacterium spp.*, *Staphylococcus spp.* *Mycoplasma hominis* не обнаружена.

Gardnerella vaginalis – определялась не только у всех пациенток с вагинозом, но и в 60% случаев в норме. Более специфичным для бактериального вагиноза было определение *Atopobium vaginae*.

Выводы: метод ПЦР генотипирования позволяет эффективно и быстро проводить этиологическую расшифровку диагноза, что влияет на тактику лечения каждой пациентки с бессимптомным течением вагинального дисбиоза, являющегося кофактором канцерогенеза.

МИКРОБИОЦЕНОЗ ВЛАГАЛИЩА У ПАЦИЕНТОК С ЦЕРВИКАЛЬНОЙ ИНТРАЭПИТЕЛИАЛЬНОЙ НЕОПЛАЗИЕЙ

Горяева Я.С.

Россия, Геленджик

В настоящее время проблеме бактериального вагиноза уделяется большое внимание не только в связи с его широким распространением, показано также, что нитрозамины – продукты метаболизма облигатных анаэробов – являются коферментами канцерогенеза и могут быть одной из причин развития неопластических процессов цервикального эпителия [Кононов А.В., 2006].

Цель: изучение состава вагинальной микрофлоры у пациенток с предраковой патологией шейки матки.

Материалы и методы исследования: было проведено микробиологическое, молекулярно-биологическое исследование содержимого заднего свода влагалища в комплексе с микроскопией вагинальных мазков 47 пациенток в возрасте от 21 до 44 лет с диагнозом цервикальной интраэпителиальной неоплазии.

Результаты и их обсуждение: у всех обследованных пациенток с цервикальной неоплазией выявлены нарушения в составе микрофлоры различ-

ного характера. Комплекс изменений, соответствующий бактериальному вагинозу – дефицит или отсутствие лактобактерий при избыточном росте облигатных анаэробов – выявлен у 38 пациенток (80%); факультативно-анаэробные микроорганизмы выявлены у 35 пациенток (72%), наиболее часто встречались *E. coli*, *Corynebacterium spp.*, *Staphylococcus spp.* Дрожжеподобные грибы рода *Candida* обнаружены у 4 пациенток (8%). У одной пациентки выявлены влагалищные трихомонады. При микроскопии вагинальных мазков у 36 пациенток (76%) отмечалась выраженная воспалительная реакция со стороны слизистой оболочки влагалища.

Выводы: предраковая патология шейки матки в большинстве случаев протекает в сочетании с нарушением микробиоценоза влагалища. Поэтому, одним из направлений в профилактике рака шейки матки является воздействие на кофактор канцерогенеза - влагалищный дисбиоз.

НИЗКОЭНЕРГЕТИЧЕСКАЯ ЛАЗЕРНАЯ ТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ УРОГЕНИТАЛЬНОГО ТРИХОМОНИАЗА

Дамиров М.М., Сюч Н.И., Полётова Т.Н., Созаева Л.Г., Бушкова А.С.
Россия. Москва. Кафедра акушерства и гинекологии ГОУ ДПО РМАПО

Урогенитальный трихомониаз (УТ) занимает одно из ведущих мест среди инфекций, передающихся половым путем. В связи с возросшей устойчивостью возбудителя к препаратам имидазольного ряда, частота посттрихомонадных воспалительных процессов (ПТВП) наблюдается у 30-45% пациенток. Частые рецидивы заболевания, склонность к персистенции инфекции обуславливают необходимость разработки новых методов лечения у больных с данной патологией.

Цель исследования: повышение эффективности лечения ПТВП путем применения низкоэнергетического лазерного излучения.

Материал и методы исследований. Для постановки диагноза УТ использовали регламентированные методы лабораторной диагностики и иммуноцитохимический метод для идентификации бактериальных клеток *Helicobacter pylori*.

Изучены результаты лечения у 77 больных с ПТВП. В состав I группы вошли 38 пациенток (средний возраст $34,7 \pm 3,74$ лет), у которой использовали неспецифическую медикаментозную терапию. II группу составили 39 пациенток (средний возраст $36,1 \pm 3,48$ лет), которым был проведен курс лазеротерапии аппаратом РИКТА (Россия) по разработанной нами методике. Проводилось 10 сеансов с использованием транскутанной и влагалищной методик.

Результаты исследования.

У больных УТ в отделяемом из мочеполовых органов преобладала сме-

шанная кокковая и палочковая Грам-положительная и Грам-отрицательная микрофлора; наличие *Helicobacter pylori*-антиген-позитивных бактерий (НР). Бактериальные клетки с антигенами НР в эпителии уретры, влагалища и шейки матки были обнаружены с низкой частотой встречаемости (5-7 обнаруженных клеток на 1000 полей зрения).

После окончания лечения у больных из I группы воспалительные изменения в уретре сохранялись у 36,8% больных, в цервикальном канале - у 21,1%, во влагалище - у 15,8%. Проведение лазеротерапии приводило к более выраженному противовоспалительному действию. У больных из II группы после окончания лечения удалось полностью купировать воспалительные проявления во влагалище, а в уретре и цервикальном канале снизить до 7,7%. Полученные данные свидетельствуют о том, что если у больных из I группы после окончания лечения наблюдалась лишь тенденция к уменьшению воспалительных проявлений в отделяемом мочеполовых органов, то проведение курса лазеротерапии позволяет не только закрепить полученный эффект, но и добиться статистически значимого противовоспалительного воздействия.

После окончания лечения у больных из I группы наблюдалась лишь тенденция к увеличению количества Грам +/- палочковой микрофлоры, тогда как после курса лазеротерапии у больных из II группы удалось достигнуть статистически значимого ее преобладания в отделяемом. После полного купирования воспалительных процессов в различных отделах урогенитального тракта НР не выявлялись.

Выводы. Применение лазеротерапии в комплексном лечении пациенток с ПТВП способствует клиническому излечению за счет уменьшения интенсивности воспалительных явлений и нормализации состава микрофлоры мочеполовых органов. Наиболее вероятным у больных УТ представляется транзиторный характер обсемененности НР-антиген-позитивными бактериями, вследствие транслокации из биотопа желудочно-кишечного тракта. Нельзя исключить фактор ослабления местного иммунитета, приводящей к появлению нетипичной микрофлоры.

МОРФОЛОГИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПРЕИМУЩЕСТВ РАДИОКОНИЗАЦИИ ПРИ ЦЕРВИКАЛЬНОЙ ИНТРАЭПИТЕЛИАЛЬНОЙ НЕОПЛАЗИИ

Дерижанова И.С., Нечитайло Т.А., Берлим Ю.Д.

Россия Ростов-на-Дону, Ростовский государственный медицинский университет

Цель исследования: изучить морфологические изменения в тканях и особенности заживления послеоперационных ран шейки матки после радиоконизации при CIN. Использован портативный прибор «Сургитрон». Исследовано

224 фрагмента шейки матки, удаленных от 56 больных, соскобы из цервикального канала и мазки-отпечатки с поверхности эктоцервикса (нейтральная зона, цервикальный канал, передняя и задняя губа) на 1,7 и 21 сутки после радиоконизации, Гистологические и цитологические препараты окрашивались стандартными методами. У всех женщин имелись железистые или железисто-сосочковые псевдоэрозии, многочисленные ретенционные кисты, хроническое воспаление, фиброз и гипертрофия мышечной ткани, морфологические признаки папилломавирусной инфекции. CIN II обнаружены у 51 больной, CIN III – у 3, Ca in situ – у 2 пациенток. При помощи ПЦР у всех больных выявлены различные штаммы HPV, в 58,2% – различные онкогенные типы. Морфологические изменения в экто- и эндоцервиксе при радиоконизации находились в зависимости от мощности радиоволны, времени воздействия ее.

Оптимальным следует считать режим фильтрованного тока мощностью 45–50 Вт, при котором зона коагуляционного некроза не превышала 0,05–0,4 мм, дистрофические и некробиотические изменения эпителиоцитов выражены не резко и не препятствовали гистологической диагностике CIN в операционном материале.

При воздействии радиоволны возникали спазм гладкомышечных элементов сосудов, резкое сужение просветов их, вплоть до обтурации; десквамации, склеивания эндотелиоцитов с пикнозом ядер. В течение первых 7 суток происходило отторжение некротических масс с раневой поверхности в виде очень мелких фрагментов, расположенных среди фибрина и немногочисленных нейтрофильных гранулоцитов. Преобладали коккобациллярная флора, нейтрофильные гранулоциты в состоянии фагоцитоза и распада.

В периферических зонах выражена регенерация покровного эпителия в виде скоплений пластов парабазальных клеток. На 21 сутки происходило восстановление слизистой оболочки цервикального канала, эпителизация значительной части раны. Лейкоцитарная инфильтрация выражена слабо. Условно-патогенная флора замещалась лактобациллами. Полная эпителизация шейки матки наступала через 30–45 дней. Через 6 месяцев в биоптатах обнаруживалось полное восстановление целостности шейки матки и цервикального канала. Признаки CIN отсутствовали. Лишь у одной больной имелся рецидив HPV- инфекции с формированием кондилом и CIN II.

В контрольной группе (30 больных с диатермокоагуляцией по классической методике; материал и методы аналогичные) отмечены более широкая зона коагуляционного некроза в удаленных фрагментах шейки матки (1–4 мм), тяжелые дистрофические и некробиотические изменения эпителиоцитов, некроз стенок и дилатация просветов сосудов с полной гибелью эндотелиоцитов. В соскобах эндоцервикса на 4–7 сутки выявлены многочисленные эритроциты, что свидетельствует о выраженной кровоточивости; в цитологических отпечатках на 21 сутки преобладали полинуклеары и различная условно-патогенная микрофлора. Заживление послеоперационной раны происходило на 2–4 недели позже по сравнению с радиоконизацией.

Выводы: радиоволновый метод лечения CIN в виде конизации шейки матки приводит к минимальному повреждению тканей, вызывает изменения сосудов, препятствующие возникновению кровотечений; восстанавливая физиологический микроценоз, что ускоряет процессы заживления.

ВЛИЯНИЕ ГИСТЕРЭКТОМИИ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА, МЕТОДЫ КОРРЕКЦИИ

Додонов А.Н., Глебова Н.Н., Трубин В.Б., Трубина Т.Б., Магафуров Р.Ф.

Россия, г. Уфа, Башкирский государственный медицинский университет

Гистерэктомия является одним из наиболее частых видов оперативного вмешательства в гинекологии. По данным литературы ее частота в России составляет около 40%. Более значимой в вопросе реабилитации женщин после гинекологических операций является проблема отдаленных результатов гистерэктомии. У значительного числа пациенток в отдаленные сроки после гистерэктомии развивается патологический симптомокомплекс, приводящий к существенному снижению качества жизни, несмотря на отсутствие каких-либо хирургических осложнений раннего послеоперационного периода.

Цель исследования: изучение влияния гистерэктомии на качество жизни женщин репродуктивного возраста, разработка методов коррекции.

Материалы и методы исследования. Было обследовано 50 женщин, в возрасте от 25 до 48 лет (средний возраст $42 \pm 3,3$ года), перенесших тотальную и субтотальную гистерэктомию. Первую – контрольную группу составили 25 женщин перенесших гистерэктомию, обследование которых позволило разработать комплексную систему диагностических и реабилитационных мероприятий. Вторую – основную группу составили женщины, у которых применялась разработанная система. Применялись современные информативные методы исследования: клинические, лабораторные, экспериментально-психологическое тестирование. Для определения качества жизни пациенток после операции использовали модифицированный вопросник «Качество жизни женщин», разработанный в Научном Центре акушерства, гинекологии и перинатологии РАМН.

Показаниями для операции явились: миома матки в сочетании с эндометриодными кистами яичников (24), миома матки в сочетании с кистами яичников (21), миома матки в сочетании с гнойными тубовариальными образованиями (3), нарушение питания миоматозного узла (2). Был выполнен следующий объем оперативного вмешательства: гистерэктомия в сочетании с двусторонней овариэктомией (21), гистерэктомия в сочетании с односторонней овариэктомией (18), гистерэктомия без овариэктомии (11). В плановом порядке прооперировано 45 женщин, в экстренном – 5.

Была разработана система реабилитационных мероприятий при тотальной и субтотальной гистерэктомии. Комплекс реабилитационных мероприятий включал углубленное обследование женщин в условиях поликлиники перед операцией с использованием метода прогнозирования развития психовегетативных расстройств после операции, проведение консультации психотерапевта.

В условиях гинекологического стационара в раннем послеоперационном периоде проведение лечебно-реабилитационных мероприятий с использованием немедикаментозных методов: психотерапии, фитотерапии, иглорефлексотерапии, ТЭС-терапии. Гормонотерапия применялась по показаниям в зависимости от степени тяжести психовегетативных расстройств и с учетом индивидуальной переносимости лечебных мероприятий. После выписки пациентам назначались курсы лечения с использованием вышеназванных средств в амбулаторных условиях.

Была проведена оценка качества жизни женщин сравнительной и основной групп до и после оперативного лечения. Для женщин в обеих группах было характерно ухудшение уровня физической активности по большинству параметров после операции. Наибольшие значения в обеих группах наблюдались через 1 месяц после операции. Наиболее выраженные изменения у женщин сравнительной группы были связаны с ощущением вялости, чувством усталости, сонливости. У женщин сравнительной группы через 12 месяцев после операции показатели снижения переносимости к физической нагрузке оставались высокими. В основной группе на фоне проводимых лечебно-реабилитационных мероприятий показатели значительно снизились, приближаясь к таковым до операции. Наибольшие изменения в сексуальной жизни возникали у женщин обеих групп через месяц после перенесенной операции. Основными факторами, снижавшими качество сексуальной жизни, являлись: чувство дискомфорта во время полового акта и чувство сексуальной неудовлетворенности. С течением времени показатели в основной группе вернулись к таковым до операции. В сравнительной группе через год после перенесенной операции, показатели улучшились незначительно. Таким образом, нарушения сексуальной жизни в большей степени были выражены у женщин сравнительной группы. При исследовании психического статуса обращали внимание невротоподобные расстройства: ощущение подавленного унылого настроения; ощущение тревожности или нервозности. Перед операцией в обеих группах у женщин в ответ на стресс в виде предстоящей операции наблюдались невротические расстройства тревожно-депрессивного характера. В основной группе показатель по этому параметру был меньше, чем в сравнительной, что объясняется проведением еще до операции корригирующих мероприятий. В течение года показатели по этому параметру в сравнительной группе изменились незначительно, что говорит о сохранении невротических расстройств через 12 месяцев после операции. В основной группе, напротив, наблюдалось обратное развитие невротической симптоматики.

На фоне проведенных лечебно-реабилитационных мероприятий, показатели по данному критерию снизились более чем в 2 раза ($p < 0,05$) по сравнению с дооперационным уровнем. В обеих группах пациенток до операции социальное функционирование не было нарушено. Максимальные изменения по большинству параметров социального функционирования наблюдались через месяц после операции. Это связано с тем, что в этот период происходит возвращение женщин в привычную микросоциальную среду (семья, работа, коллектив). В силу изменения соматического состояния (наличия психовегетативных расстройств) возвращение в эти социальные отношения не всегда является простым. Наибольшие отклонения в социальном функционировании были выявлены по параметру нетерпимость по отношению к другим людям. Изменений ролевого функционирования респонденток до операции по большинству предложенных для оценок параметров в обеих группах не было выявлено. Основной причиной, ограничивающей ролевое функционирование пациенток после операции, являлась быстрая утомляемость. Обращают внимание высокие показатели нарушений взаимоотношений с мужем у женщин в сравнительной группе, что не было характерно для основной группы. Максимальные отклонения в ролевом функционировании не превышали в сравнительной группе значения «средний», в основной «незначительно, всегда». Через 12 месяцев после операции в сравнительной группе показатели снизились до уровня «незначительно, всегда», в основной группе через год после операции отклонений ролевого функционирования выявлено не было, что говорит о высокой эффективности проведенных лечебно-реабилитационных мероприятий у пациенток данной группы.

Заключение. Сравнительный анализ результатов проведенного через год после операции исследования качества жизни у пациенток основной и сравнительных групп позволяет сделать заключение о высокой эффективности применения разработанной комплексной системы диагностических, профилактических и лечебно-реабилитационных мероприятий, что может служить обоснованием для ее использования в практическом здравоохранении.

ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ РАДИКАЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ (ЭКСТИРПАЦИЯ МАТКИ) ПРИ ФОНОВЫХ И ПРЕДРАКОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ШЕЙКИ МАТКИ

Додонов А.Н., Глебова Н.Н., Трубин В.Б., Трубина Т.Б.

Россия. Уфа. Башкирский государственный медицинский университет

В последнее время отмечается рост гинекологических заболеваний, требующих радикального оперативного вмешательства и происходит омоложение контингента оперированных женщин. Гистерэктомия остается самой распространенной операцией в гинекологии. Несмотря на то, что в последнее

время все чаще высказывается мнение о необходимости сохранения шейки матки, экстирпация матки остается наиболее распространенным вариантом хирургической менопаузы.

При определении показаний для операции, нередко встает вопрос о выборе оптимального объема оперативного вмешательства у пациенток, страдающих сочетанной патологией гениталий.

Целью данного исследования явилось обоснование выполнения операции экстирпации матки при фоновых и предраковых заболеваниях шейки.

Материалы и методы. Применялись современные информативные лабораторно-инструментальные методы исследования: эндоскопические (кольпоскопия), ультразвуковые, бактериоскопические, бактериологические, цитологические, гистоморфологические, иммунофлюоресцентный.

Результаты обследования. Было обследовано 70 женщин в возрасте от 22 до 49 лет (средний возраст $42,2 \pm 3,3$ года), поступивших на оперативное лечение по поводу сочетанной патологии гениталий (миома матки в сочетании с доброкачественными опухолями яичников, эндометриоз). В анамнезе все женщины имели экстрагенитальные заболевания: на первом месте - заболевания желудочно-кишечного тракта (43 - 35,8%), на втором месте - болезни органов мочевого выделения (23 - 19,2%), на третьем - патология сердечно-сосудистой системы (21 - 17,5%). Среди перенесенных гинекологических заболеваний вульвовагиниты различной этиологии перенесли 53 (75,7%) больных, у 25 (35,7%) женщин имелись хронические воспалительные процессы гениталий. Перенесенные заболевания шейки матки в анамнезе были представлены следующей патологией: эктопия шейки матки - 30 (42,9%), полип шейки - 5 (7,2%), лейкоплакия - 2 (2,8%), эрозированный эктропион 6 (8,6%), рубцовая деформация 7 (10%). Из них всем женщинам, некоторым неоднократно, проводилось лечение выявленных заболеваний шейки, включая диатермокоагуляцию, крио- и лазеродеструкцию, полипэктомию с раздельным выскабливанием цервикального канала и полости матки. На каждую женщину приходилось в среднем 4,9 беременностей, среднее количество родов и абортос составил соответственно 1,6 и 3,2. Проведенное перед операцией комплексное обследование шейки матки, включающее осмотр в зеркалах, кольпоскопию, выявило: рубцовую деформацию (9 - 12,6%), эктопию шейки матки (14 - 20%), эндометриоз шейки матки (7 - 10%), эрозированный эктропион (10 - 14,3%), лейкоплакию (6 - 8,6%), полип шейки матки (2 - 2,8%), железисто-мышечную гипертрофию (7 - 10%), шеечную локализацию миомы матки (4 - 5,7%). Результаты цитологического исследования мазков с шейки матки: дисплазия легкой степени - 1 (1,4%), дисплазия средней степени тяжести - 1 (1,4%), лейкоплакия - 6 (8,6%), у остальных женщин атипических клеток выявлено не было. Был выполнен следующий объем оперативного вмешательства: экстирпация матки - 59 (84,3%) женщины, ампутация матки - 7 (10%), двусторонняя аднексэктомия - 4 (5,7%) пациентки. Результаты гистоморфологического исследования удаленных препаратов:

CIN шейки матки легкой и средней степени тяжести (2 – 2,8%), лейкоплакия (6 – 8,6%), наботовы железы (14 – 20%), эндоцервикоз (16 – 22,9%).

Заключение. При сочетанной патологии половой системы методом выбора оперативного лечения является экстирпация матки в связи с высоким удельным весом фоновых и предраковых заболеваний шейки матки.

ВЛИЯНИЕ ГИСТЕРЭКТОМИИ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА, МЕТОДЫ КОРРЕКЦИИ

Додонов А.Н., Глебова Н.Н., Трубин В.Б., Трубина Т.Б., Магафуров Р.Ф.

Россия. Уфа. Башкирский государственный медицинский университет

Гистерэктомия является одним из наиболее частых видов оперативного вмешательства в гинекологии. По данным литературы ее частота в России составляет около 40%. Более значимой в вопросе реабилитации женщин после гинекологических операций является проблема отдаленных результатов гистерэктомии. У значительного числа пациенток в отдаленные сроки после гистерэктомии развивается патологический симптомокомплекс, приводящий к существенному снижению качества жизни, несмотря на отсутствие каких-либо хирургических осложнений раннего послеоперационного периода.

Цель исследования: изучение влияния гистерэктомии на качество жизни женщин репродуктивного возраста, разработка методов коррекции.

Материалы и методы исследования. Было обследовано 50 женщин, в возрасте от 25 до 48 лет (средний возраст $42 \pm 3,3$ года), перенесших тотальную и субтотальную гистерэктомию. Первую – контрольную группу составили 25 женщин перенесших гистерэктомию, обследование которых позволило разработать комплексную систему диагностических и реабилитационных мероприятий. Вторую – основную группу составили женщины, у которых применялась разработанная система. Применялись современные информативные методы исследования: клинические, лабораторные, экспериментально-психологическое тестирование. Для определения качества жизни пациенток после операции использовали модифицированный вопросник «Качество жизни женщин», разработанный в Научном Центре акушерства, гинекологии и перинатологии РАМН.

Показаниями для операции явились: миома матки в сочетании с эндометриодными кистами яичников (24), миома матки в сочетании с кистами яичников (21), миома матки в сочетании с гнойными тубовариальными образованиями (3), нарушение питания миоматозного узла (2). Был выполнен следующий объем оперативного вмешательства: гистерэктомия в сочетании с двусторонней овариэктомией (21), гистерэктомия в сочетании с односторонней овариэктомией (18), гистерэктомия без овариэктомии (11). В плановом порядке прооперировано 45 женщин, в экстренном – 5.

Была разработана система реабилитационных мероприятий при тотальной и субтотальной гистерэктомии. Комплекс реабилитационных мероприятий включал углубленное обследование женщин в условиях поликлиники перед операцией с использованием метода прогнозирования развития психовегетативных расстройств после операции, проведение консультации психотерапевта.

В условиях гинекологического стационара в раннем послеоперационном периоде проведение лечебно-реабилитационных мероприятий с использованием немедикаментозных методов: психотерапии, фитотерапии, иглорефлексотерапии, ТЭС-терапии. Гормонотерапия применялась по показаниям в зависимости от степени тяжести психовегетативных расстройств и с учетом индивидуальной переносимости лечебных мероприятий. После выписки пациентам назначались курсы лечения с использованием вышеназванных средств в амбулаторных условиях.

Была проведена оценка качества жизни женщин сравнительной и основной групп до и после оперативного лечения. Для женщин в обеих группах было характерно ухудшение уровня физической активности по большинству параметров после операции. Наибольшие значения в обеих группах наблюдались через 1 месяц после операции. Наиболее выраженные изменения у женщин сравнительной группы были связаны с ощущением вялости, чувством усталости, сонливости. У женщин сравнительной группы через 12 месяцев после операции показатели снижения переносимости к физической нагрузке оставались высокими. В основной группе на фоне проводимых лечебно-реабилитационных мероприятий показатели значительно снизились, приближаясь к таковым до операции. Наибольшие изменения в сексуальной жизни возникали у женщин обеих групп через месяц после перенесенной операции. Основными факторами, снижавшими качество сексуальной жизни, являлись: чувство дискомфорта во время полового акта и чувство сексуальной неудовлетворенности. С течением времени показатели в основной группе вернулись к таковым до операции. В сравнительной группе через год после перенесенной операции, показатели улучшились незначительно. Таким образом, нарушения сексуальной жизни в большей степени были выражены у женщин сравнительной группы. При исследовании психического статуса обращали внимание невротоподобные расстройства: ощущение подавленного унылого настроения; ощущение тревожности или нервозности. Перед операцией в обеих группах у женщин в ответ на стресс в виде предстоящей операции наблюдались невротические расстройства тревожно-депрессивного характера. В основной группе показатель по этому параметру был меньше, чем в сравнительной, что объясняется проведением еще до операции корригирующих мероприятий. В течение года показатели по этому параметру в сравнительной группе изменились незначительно, что говорит о сохранении невротических расстройств через 12 месяцев после операции. В основной группе, напротив, наблюдалось обратное развитие невротической симптоматики. На фоне проведенных

лечебно-реабилитационных мероприятий, показатели по данному критерию снизились более чем в 2 раза ($p < 0,05$) по сравнению с дооперационным уровнем. В обеих группах пациенток до операции социальное функционирование не было нарушено. Максимальные изменения по большинству параметров социального функционирования наблюдались через месяц после операции. Это связано с тем, что в этот период происходит возвращение женщин в привычную микросоциальную среду (семья, работа, коллектив). В силу изменения соматического состояния (наличия психовегетативных расстройств) возвращение в эти социальные отношения не всегда является простым. Наибольшие отклонения в социальном функционировании были выявлены по параметру нетерпимость по отношению к другим людям. Изменений ролевого функционирования респонденток до операции по большинству предложенных для оценок параметров в обеих группах не было выявлено. Основной причиной, ограничивающей ролевое функционирование пациенток после операции, являлась быстрая утомляемость. Обращают внимание высокие показатели нарушений взаимоотношений с мужем у женщин в сравнительной группе, что не было характерно для основной группы. Максимальные отклонения в ролевом функционировании не превышали в сравнительной группе значения «средний», в основной «незначительно, всегда». Через 12 месяцев после операции в сравнительной группе показатели снизились до уровня «незначительно, всегда», в основной группе через год после операции отклонений ролевого функционирования выявлено не было, что говорит о высокой эффективности проведенных лечебно-реабилитационных мероприятий у пациенток данной группы.

Заключение. Сравнительный анализ результатов проведенного через год после операции исследования качества жизни у пациенток основной и сравнительных групп позволяет сделать заключение о высокой эффективности применения разработанной комплексной системы диагностических, профилактических и лечебно-реабилитационных мероприятий, что может служить обоснованием для ее использования в практическом здравоохранении.

РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ И РЕПРОДУКТИВНОЕ ПОВЕДЕНИЕ ДЕВУШЕК ТОФАЛАРИИ

Долгих В.В., Храмова Е.Е., Пигарева Л.Н., Макеева Е.И

Россия. Иркутск. Государственное Учреждение Научный Центр Медицинской Экологии Восточно-Сибирского Научного Центра Сибирского Отделения Российской Академии Медицинских Наук

Тофалария расположена в центральной части Восточного Саяна, на западе Иркутской области. Это место проживания одной из самых малочисленных этнических групп - тофов (или тофаларов). Тофы - один из древнейших народов Восточного Саяна. До настоящего времени Тофалария достаточно обособленный район. Дорог до поселков Тофаларии не проложено. Всего в

Тофаларии проживает 1117 человек, из них тофа – 760, чистокровных — 320 человек (данные 2006 года). Наиболее крупный населенный пункт - поселок Алыгджер. Кроме того, есть еще два поселка - Нерха и Верхняя Гутара. Все эти поселки были построены в конце 20-х - в 40-х годах XX века при переходе тофов к оседлому образу жизни.

С 2006 года специалистами клиники ГУНЦМЭВСНЦСОРАМН проводится комплексное исследование состояния соматического, репродуктивного здоровья детей, подростков и молодежи

Цель исследования – изучить репродуктивное здоровье и репродуктивное поведение девушек Тофаларии.

Материалы и методы: оценено физическое и половое развитие девочек 11-14-лет (n=33), 15-17-летних девушек (n=25) и молодых женщин 18-24 лет (n=26), с рождения проживающих в поселке Алыгджер.

Результаты. Оценено физическое развитие девочек и девушек и установлено отставание в росте девочек-тофаларок в сравнении с русскими сверстницами во всех возрастных группах. В группе 11-14 летних степень развития вторичных половых признаков (оценивалось по Таннеру) соответствовало возрасту у 75,8%, 24,2% имели отставание полового развития. Средний возраст менархе в этой группе составил 11,7+1,2 лет. При обследовании девушек 15-17 лет выявлено, что средний возраст менархе в этой группе составил 13+1,3, нерегулярными менструации были у 40%, первичная дисменорея установлена у 20% девушек. Сексуальноактивные подростки в этой группе составили 28%, средний возраст начала половой жизни - 14,6+0,6, причем все девушки этой группы не применяли ни один из методов контрацепции. При гинекологическом осмотре сексуальноактивных подростков у 100% выявлена эктопия шейки матки, степень чистоты влагалища соответствовала 3-4 степени, у одной пациентки установлен вагинальный трихомониаз. В группе молодых женщин 18-24 лет (n=26) высшее образование имела одна девушка, средне-специальное - двое, 11 классов закончили две девушки и незаконченное среднее образование – 21(84%). Средний возраст менархе составил в этой группе 13,5+0,8, жалобы на нерегулярные менструации предъявляли 44%, болезненные - 52%, средний возраст начала половой жизни 16,8+1,2. Наиболее популярные методы контрацепции в этой группе: внутриматочная спираль - 16%, барьерные средства – 12%, комбинированные оральные контрацептивы – 4%, 68% молодых женщин не использовали никаких методов. Средний возраст первой беременности - 16,6+1,6, 12% девушек первую беременность прервали сроке до 12 недель. Средний возраст первых родов – 20,5+ 1,9. При гинекологическом обследовании у 100% установлена эктопия шейки матки, степень чистоты влагалища 3-4, у четырех девушек (16%) выявлен вагинальный трихомониаз, у 5 пациенток (20%) методом ПЦР установлен хламидиоз и у 11 девушек методом ПЦР выявлен ВПЧ 18. Средний возраст начала курения составил 15,2+1,2, употребления алкоголя – 16,3+0,8.

Таким образом, репродуктивное здоровье девушек Тофаларии характе-

ризуется высоким уровнем нарушений полового созревания (24,2%), менструальной функции (40-44%), ранним началом половой жизни, высоким уровнем абортот и ИППП. С целью сохранения репродуктивного потенциала подростков Топаларии необходимо разработать комплекс лечебно-профилактических, образовательных мероприятий.

ПАПИЛЛОМАВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ И СОСТОЯНИЕ ШЕЙКИ МАТКИ У ДЕВУШЕК-ПОДРОСТКОВ

Долгих В.В., Храмова Е.Е., Пигарева Л.Н., Макеева Е.И.

Россия. Иркутск. Государственное Учреждение Научный Центр Медицинской Экологии Восточно-Сибирского Научного Центра Сибирского Отделения Российской Академии Медицинских Наук

В последние годы доказана роль ВПЧ в канцерогенезе шейки матки. Наиболее распространенный путь заражения – половой. Внедрение ВПЧ обычно происходит через микроповреждения, обнажающие базальный клеточный слой или на границе различных типов эпителия. Наиболее уязвимой на шейке матки является зона трансформации.

Высокая распространенность эктопии шейки матки у молодых девушек, функциональная незрелость иммунной системы, их ранняя и повышенная сексуальная активность делает эту возрастную группу особенно уязвимой для заражения ВПЧ. Считается, что наиболее частым клиническим проявлением ВПЧ-инфекции являются генитальные бородавки. Для диагностики изменений на шейке матки, слизистой влагалища, вульвы в комплекс обследования девушек должна включаться расширенная кольпоскопия.

Цель исследования: обследование девушек с патологическими кольпоскопическими образованиями на шейке матки.

Материалы и методы: проведено обследование 35 сексуальноактивных девушек 15-19 лет 16,4(+1,2), включающее общеклиническое, бактериоскопическое, цитологическое, молекулярно-генетическое исследования и расширенную кольпоскопию. Критериями отбора явилось наличие эктопии шейки матки и таких патологических кольпоскопических образований, как прозрачный и полупрозрачный ацето-белый эпителий, «нежная» мозаика, «нежная» пунктация, йод-негативные зоны. При гинекологическом осмотре остроконечных кондилом не было выявлено ни в одном случае.

Результаты: бактериоскопическая картина была нормальной у 18 пациенток, у 15 выявлен повышенный лейкоцитоз, смешанная обильная микрофлора, у 1-й – бактериальный вагиноз, у 1-й – кандидозный вульвовагинит. При обследовании на ИППП в одном случае обнаружен диагностический титр уреоплазмы, в 4-х случаях – кандидоз, у остальных ИППП не выявлено. Вирус папилломы человека обнаружен методом ПЦР у 6-ти пациенток, причем в 3-х случаях это были высокоонкогенные типы вирусов. При цитоло-

гическом исследовании наиболее частыми изменениями были гиперплазия цилиндрического эпителия (11 случаев), атипии не выявлено ни в одном случае. Гистологическое исследование шейки матки было проведено 3-м пациентам с наличием ВПЧ 16 и 18 типов. В 1-м случае была получена очаговая гиперплазия цилиндрического эпителия, койлоциты.

Таким образом, изменения, определяемые при расширенной кольпоскопии у подростков (ацето-белый эпителий, мозаика, йод-негативные зоны), чаще связаны с процессами метаплазии. Папилломавирусная инфекция достаточно широко распространена в данной возрастной группе, однако чаще протекает бессимптомно, без образования экзофитных форм. Высоконкогенные типы ВПЧ могут вызывать формирование эндофитных поражений шейки матки, поэтому в комплекс обследования подростков должно включаться: расширенная кольпоскопия, онкоцитология, по показаниям типирование ВПЧ и биопсия. Деструктивные методы лечения шейки матки в подростковом возрасте должны применяться строго по показаниям.

МЕСТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ МАНГОГЕРПИНОМ ЖЕНЩИН С БЕСПЛОДИЕМ И ХРОНИЧЕСКОЙ РЕЦИДИВИРУЮЩЕЙ ФОРМОЙ ГЕНИТАЛЬНОГО ГЕРПЕСА

Дубчак А.Е., Милевский А.В., Галазюк Л.В.

Украина. Киев. ГУ "Институт педиатрии, акушерства и гинекологии АМН Украины"

Вирусная инфекция мочеполовой сферы занимает значительное место в структуре инфекций, передающихся половым путем. Инфекционная патология крайне негативно отражается на состоянии здоровья женщин, а также затрудняет полноценную реализацию репродуктивной функции. Цель работы: оценить клиническую эффективность препарата Мангогерпин, который применялся в виде 2% и 5% крема и таблеток. Материалы и методы исследования: Проведено клиничко-лабораторное изучение эффективности комплексного лечения 30 женщин с бесплодием и наличием генитального герпеса до лечения и после комплексной противовоспалительной терапии с применением Мангогерпина в виде капсул и крема. Контролем были 20 здоровых женщин репродуктивного возраста. Обследование проводилось с помощью общеклинических, бактериологических, иммунологических методов. Для диагностики герпес-вирусной инфекции (ГВИ) использовался метод ИФА, (ELISA), ПЦР сыворотки крови и содержимого цервикального канала и высыпаний. Изучали показатели фагоцитоза, в цервикальном секрете и сыворотке крови определяли уровень Ig G, M, A, лизоцим (методом радиальной иммунодиффузии). В схему лечения включали препарат Мангогерпин (Mangoherpin) (БФ ФАРМА, Вьетнам), который относится к естественным флавоноидам и индукторам ИФН растительного происхождения. Противовоспалительная

активность препарата распространяется на ДНК-содержащие вирусы (*Herpes simplex I* и *II* типа, *Varicella zoster*, цитомегаловирусы) и РНК-содержащие вирусы (вирус иммунодефицита человека). Мангогерпин угнетает репродукцию вирусов на ранних этапах их развития, обладает умеренным бактериостатическим действием к грамположительным и грамотрицательным бактериям, простейшим и микобактериям туберкулеза. Мангогерпин имеет иммуномодулирующее действие относительно клеточного и гуморального иммунитета, а также способность индуцировать продукцию γ -интерферона в клетках крови. Принимается препарат по 1-2 капсулы 3-4 раза в сутки на протяжении 10-30 дней, в зависимости от формы и тяжести течения заболевания, в комплексе с 2% или 5% кремом.

Результаты исследования: Проведенные исследования свидетельствуют, что влагалищные выделения определялись у 21(70%) женщин до лечения и у 3(10%) – после. Зуд, жжение в области наружных половых органов отмечали 18 (60%) женщин до лечения и 2 (6,7%) после лечения. Патологические изменения шейки матки в виде эрозии, цервицита выявлены у 20 (66,7%) обследованных. Гиперемию и отек слизистых влагалища и отмечено у 22 (73,3%) женщин (после лечения на выявлено). Элементы сыпи на шейке матки выявлялись у 12 (40%) женщин до лечения (после лечения не выявлено). После лечения с использованием препарата Мангогерпин выявлено повышение активности фагоцитоза, показателей НСТ-теста и функционального резерва полиморфноядерных лейкоцитов. Анализ содержания специфических и неспецифических факторов гуморального иммунитета показал, что у обследованных женщин до лечения в сыворотке крови отмечено повышение уровня Ig G, который после лечения снизился и сравнялся с контрольными показателями. При этом уровни Ig A, Ig M и основного бактерицидного фактора биологических жидкостей – лизоцима в динамике обследования не отличались от соответствующих показателей здоровых женщин ($p < 0,05$). Выводы. После проведения противовоспалительной терапии с включением препарата Мангогерпин происходит нормализация показателей системного и местного иммунитета у большинства больных. Побочных эффектов и осложнений не отмечено, что позволяет рекомендовать Мангогерпин в терапии хронической рецидивирующей формы генитального герпеса.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ФОНОВЫХ И ПРЕДРАКОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ШЕЙКИ МАТКИ МЕТОДОМ РАДИОВОЛНОВОЙ ХИРУРГИИ

Умаханова М.М., Дуванский Р.А., Торчинов А.М., Аубекирова М.А., Садуллаева Э.Т.

Россия. Москва. ГОУ ВПО «Московский медико-стоматологический университет Росздрава»,
Поликлиника Минобрнауки

Цель: оценить эффективность лечения фоновых и предраковых заболеваний шейки матки методом радиоволновой хирургии.

Материалы и Методы исследования: проанализированы результаты амбулаторного обследования и лечения 115 пациенток с фоновыми и предраковыми заболеваниями шейки матки. Больных с эктопией шейки матки было 42, из них 8 пациенток с рецидивирующей патологией, 15 - с эрозированным эктропионом, 33 – с лейкоплакией, 12 – с рубцовой деформацией шейки послеродовыми разрывами, 8 – с эндометриозом шейки матки, 5 – с дисплазией шейки матки I – II степени. Обследование больных включало в себя: клиническое обследование; кольпоскопическое исследование; микробиологическое исследование; цитологическое исследование; гистологическое исследование биоптатов шейки матки. Применяли отечественный радиоволновой генератор «Фотек-Е80». Аппарат предназначен для резания, а также моно- и биполярной коагуляции биологических тканей. Радиохирургическое лечение проводили в I фазу менструального цикла, что позволяло исключить наличие беременности цикла и улучшить течение раневого процесса.

Результаты и их обсуждение: лечение методом радиоволновой хирургии было выполнено в следующем объеме: прицельная биопсия шейки матки с последующей радиокоагуляцией шейки – у 83 больных, радиокоагуляция шейки матки с последующей радиокоагуляцией шейки – у 32 больных (15 - с эрозированным эктропионом, 12 – с рубцовой деформацией шейки послеродовыми разрывами, 5 – с дисплазией шейки матки I – II степени). Биопсию производили петлевым электродом. При четких границах поражения выполнялась простая эксцизия измененных участков. При выполнении биопсии применяли рабочий режим «резание», мощность выбирали в пределах 4-4,5 единиц. После забора материала шариковой насадкой проводили коагуляцию зоны воздействия в режиме «монокоагуляция», мощность 4,5-5 единиц. Интродооперационных осложнений не отмечали. После радиохирургического воздействия отмечали заживление раны под фибриновой пленкой, которая отторгается на 9-15 сутки. Полная эпителизация раны после радиохирургического воздействия отмечали на 30-40 сутки. Кровотечения из зоны воздействия, после отторжения струпа нами не отмечено. Радиокоагуляцию провели конизатором, режим «смесь», мощность 4-4,5 единиц. При возникновении кровотечения из удаленной зоны проводили коагуляцию кровоточащих сосудов шариковым электродом в режиме «монокоагуляция», мощность

4,5-5 единиц. Полная эпителизация раны после радиоконизации наступала на 40-45 сутки. Отмечали отсутствие кровотечения при взятии биопсии и выполнении радиоконизации шейки матки, а также отсутствие грубых ожоговых струпов. Рецидивы заболевания были отмечены у 6 пациенток с лейкоплакией, им было проведено повторное лечение.

Заключение: радиохирургическое воздействие является эффективным методом лечения различных патологических процессов шейки матки. Радиоволновая хирургия позволяет значительно уменьшить травматичность и продолжительность оперативного вмешательства, кровопотерю, что позволяет проводить диагностические и лечебные манипуляции на шейке матки в амбулаторных условиях.

ОПТИМИЗАЦИЯ СКРИНИНГОВОЙ ДИАГНОСТИКИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ШЕЙКИ МАТКИ

Дяткова А.В., Тулупова М.С.

Россия. Владивосток. Краевой клинический центр современных видов медицинской помощи. Дальневосточный филиал ГУ научного центра медицинской экологии Восточно – Сибирского научного центра СО РАМН

Рост заболеваемости и частота инвалидизации больных раком шейки матки предопределяет необходимость поиска новых диагностических мероприятий и прогностических маркеров онкопатологии у женщин.

Целью нашего исследования являлась оценка процессов пролиферации и апоптоза в тканях шейки матки путем определения факторов прогноза опухоли, оценка экспрессии опухолевых маркеров: р53-онкопротеина, Ki-67, PCNA, онкопротеин с-ег В-2.

Материалы и методы. Проведено комплексное обследование 30 женщин с заболеваниями шейки матки, средний возраст составил $31,5 \pm 3,5$ лет, обратившихся в кабинет патологии шейки матки ЦПСР ККЦСВМП. Использованы следующие методы исследования: бактериологический, ПИФ, ПЦР на выявление ИППП и ВПЧ в соскобах экзо- и эндоцервикса; расширенная кольпоскопия, гистологическое и иммуногистохимическое исследование биоптатов шейки матки. Методом иммуногистохимии оценивался уровень экспрессии Ki-67, р53-онкопротеина, PCNA и онкопротеина с-ег В-2 качественной реакцией: отрицательная (-), слабоположительная (+), умеренно положительная (++) , сильно положительная (+++) реакции. Иммуногистохимическое исследование проводилось авидин – биотиновым методом.

Результаты. В результате обследования у $82,2 \pm 3,1\%$ выявлены заболевания передающиеся половым путем, причем во всех случаях имеет место микстинфицирование, в $76,3 \pm 1,2\%$ случаев выделены ВПЧ высокого онкогенного типа. При кольпоскопическом исследовании преобладала картина атипичской трансформации эпителия на фоне хронического цервицита.

Всем женщинам с патологическими мазками и ИППП перед операцией проводилась специфическая антибактериальная, противовоспалительная, противовирусная терапия с учетом результатов исследования по утвержденным схемам с последующим контрольным кольпоскопическим исследованием. По результатам кольпоскопии пациентки разделились на две подгруппы: I (16 человек) составили женщины с положительной динамикой патологического процесса, II (14 человек) – без динамики. У всех пациенток с атипической кольпоскопической картиной была выполнена прицельная биопсия шейки матки и диагностическое выскабливание цервикального канала с последующим гистологическим и иммуногистохимическим исследованием полученного материала.

По результатам гистологического исследования биоматериала выявлено: в 100% - признаки воспалительного процесса, в 23,3% случаях он сочетался с базальноклеточной пролиферацией, в 20,0% - с дисплазией легкой степени, в 16,6% - с дисплазией средней степени, в 6,6% - с дисплазией тяжелой степени, в 10,0% - с дистрофической лейкоплакией, в 13,3% - с гипертрофией шеечного эпителия. В результате иммуногистохимического анализа выявлено: во II подгруппе в 35,7% случаев выявлена сильная экспрессия Ki-67 и PCNA, в 21,4% - умеренная и слабая экспрессия онкопротеина c-er B-2, экспрессии p53 не выявлено; в I группе – в 25,0% случаев выявлена средняя и слабая экспрессия маркеров пролиферации, в 12,5% - умеренная экспрессия онкопротеина c-er B-2, в 6,3% - умеренная экспрессия протеина p53.

Выводы. Таким образом, не смотря на положительный результат кольпоскопии, по данным иммуногистохимического исследования достоверной разницы в показателях пролиферации и экспрессия онкопротеина и белка p53 в обеих группах не выявлено. Следовательно, иммуногистохимический метод позволяет определить пролиферативный потенциал эпителия, прогнозировать вероятность развития неопластического процесса, а также выбрать правильную и своевременную тактику ведения пациенток с относительно благоприятным и неблагоприятным прогнозом.

ВЛИЯНИЕ КОНТАКТНОЙ ИНФРАКРАСНОЙ ЛАЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ (КИЛТ) НА ПАТОЛОГИЮ ШЕЙКИ МАТКИ

Ежов В.В., Торчинов А.М., Гейниц А.В., Салиев А.А.

Россия. Москва. Кафедра акушерства и гинекологии с/ф МГМСУ, Отделение гинекологии ГКБ №52 г. Москвы

Введение и цель исследования: Согласно классификации ВОЗ к заболеваниям шейки матки относятся: 1) невоспалительные заболевания (эктопия), полипы, папилломы, лейкоплакия, эндометриоз; 2) воспалительные – экзо- и эндоцервициты; 3) посттравматические состояния. Целью настоящей работы было изучение лазерной терапии в качестве метода их лечения.

Материалы и методы: Пролечено 38 женщин в возрасте от 28 до 60 лет в первой фазе менструального цикла. В качестве лазерной терапии нами применён аппарат «Лазермед-1-10» (Россия) в инфракрасном диапазоне, в непрерывном режиме (длина волны 1,06 мкм, плотность мощности 300 – 600 Дж/см², экспозиция 10 – 20 мин, глубина проникновения 20 – 60 мм). При обнаружении дополнительной инфекции (инфекции, передающиеся половым путём, а также вирус папилломы) до проведения лазерной терапии пациенткам проводилось медикаментозное лечение. Мы разработали специальную технологию проведения лазерного лечения с применением углеродного красителя и специальных линз для защиты окружающей биоткани. Лазерное лечение проводилось бесконтактно в расфокусированном режиме. Главная особенность метода – тропность к многослойному плоскому, метапластическому эпителию и к резервным клеткам.

Результаты: Наши исследования показали, что полный эффект был зарегистрирован в 76% случаев, частичный – в 14%, отсутствие эффекта – 10%. Полное заживление регистрировалось через 2 месяца. Контрольный осмотр осуществлялся через 6 – 8 месяцев. Эффективность лазерного лечения была доказана клиническим, кольпоскопическим, бактериологическим, гистологическим и цитологическим методами исследования. Кроме того, эффект был отмечен у женщин с папилломавирусной инфекцией.

КОМПЛЕКСНЫЕ УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ КРИТЕРИИ ГЕСТАЦИОННЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ШЕЙКИ МАТКИ

Зароченцева Н.В., Титченко Л.И., Титченко Ю.П., Чечнева М.А.

Россия. Москва. Московский областной научно-исследовательский институт акушерства и гинекологии

Цель: Разработать нормограммы размеров и объема шейки матки у женщин с нормально протекающей беременностью.

Материалы и методы исследования: проведено обследование 100 беременных с неизменной шейкой матки в возрасте от 17 до 42 лет, не имеющих факторов риска несостоятельности шейки матки и нормально протекающей беременности. Ультразвуковое исследование шейки матки проводилось с 10 до 40 недели беременности: в 10-14 недель; 15-19 недель; 20-24 недель; 25-29 недель; 30-34 недель; 35-40 недель на ультразвуковых аппаратах Aspen (Acuson) и Asscix XQ –EXP (Medison) и использованием мультисекторных влагалищных датчиков 5-7 МГц. Количественные показатели объемного кровотока: индекс васкуляризации (VI), индекс кровотока (FI) оценивались на аппарате «Voluson - 730» (Kreiz Technik). При каждом ультразвуковом исследовании оценивались следующие параметры: длина шейки матки (в см), толщина шейки матки (в см) на уровне внутреннего зева, объем шейки матки

(в см³), индекс васкуляризации шейки матки (VI), индекс кровотока шейки матки (FI).

Результаты и их обсуждение: Средняя длина шейки матки в сроки 10-14 недель нормально протекающей беременности составила $3,55 \pm 0,41$ см. В дальнейшем длина шейки матки прогрессивно увеличивалась до $4,11 \pm 0,41$ см в сроки 24-29 недели ($p < 0,05$). Начиная с 30-34 недель беременности длина шейки матки постепенно уменьшается и к 35-40 недели составила $2,85 \pm 0,40$ см ($p < 0,05$). Толщина шейки матки в 10-14 недель нормально протекающей беременности составила в среднем $3,01 \pm 0,26$ см, которая прогрессивно увеличивалась во время беременности и в 35-40 недель составила $4,11 \pm 0,33$ см ($p < 0,01$). Объем шейки матки в 10-14 недель беременности в среднем составил $18,9 \pm 2,6$ см³, достигая максимального значения в 25-29 недель ($26,2 \pm 3,7$ см³, $p < 0,05$), с последующим уменьшением к концу беременности. в 35-40 недель беременности объем шейки матки в среднем составил $20,1 \pm 2,3$ см³.

Среднее значение индекса васкуляризации шейки матки в сроке 10-14 недель нормально протекающей беременности составил $3,33 \pm 0,26$. В дальнейшем VI прогрессивно увеличивался до $5,55 \pm 0,39$ в 35-40 недель беременности ($p < 0,05$). Индекс кровотока шейки матки в 10-14 недель физиологически беременности составил $27,22 \pm 0,36$, постепенно возрастая к концу беременности : в 35-40 недель составляя $37,19 \pm 0,63$ ($p < 0,05$).

Выводы: Таким образом, при физиологической беременности наблюдается постепенное увеличение длины шейки матки, максимальные значения которой определяются в сроке 25-29 недель, в дальнейшем отмечается ее уменьшение по мере созревания шейки матки, что происходит после 35 недель беременности. Средняя толщина шейки матки и объем шейки матки характеризуются постепенным увеличением по мере прогрессирования беременности. Характерным является прогрессивное увеличение показателей гемодинамики шейки матки со сроком гестации: достоверное увеличение VI и FI.

ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ РАДИОХИРУРГИЧЕСКОГО МЕТОДА У БЕРЕМЕННЫХ С ПОЛИПАМИ ЦЕРВИКАЛЬНОГО КАНАЛА

Зароченцева Н.В., Краснопольский В.И., Серова О.Ф.

Россия. Москва. Московский областной научно-исследовательский институт акушерства и гинекологии

Цель исследования: оптимизация тактики ведения беременных с полипами цервикального канала

Материал и методы. Проведено комплексное обследование 72 беременных в возрасте от 17 до 42 лет (в среднем $29,5 \pm 5,3$ года) с полиповидными

образованиями шейки матки, впервые выявленными в первом (69,5%) и во втором (30,5%) триместрах. Всем беременным проводилось комплексное обследование, включая общеклиническое, микроскопическое, бактериологическое, вирусологическое исследования, расширенная кольпоскопия, цитологическое исследований мазков, комплексное ультразвуковое исследование. Полипэктомия во время беременности была произведена 36 пациенткам с использованием высокочастотного радиоволнового прибора «Сургитрон» производства «Ellman International» США, с последующим гистологическим исследованием.

Результаты исследования и их обсуждение. Данная беременность была первой лишь у (25,0%) пациенток, предстоящие первые роды – у (47,2%). Основными жалобами беременных были: тянущие боли внизу живота и в поясничной области (63,8%) и мажущие кровянистые выделения из половых путей (77,7%). Показаниями для полипэктомии во время беременности явились: величина истинных полипов более 1 см, рост полиповидного образования, кровоточивость, деструктивные и некротические изменения, сопровождающиеся выраженной воспалительной реакцией, наличие дискарриоза.

Полипэктомия производилась под местным обезболиванием, без фиксации шейки матки пулевыми щипцами радиохирургическим методом с использованием петлевого электророда в режиме «разрез и коагуляция» (мощность 2-4 ед.). При удалении полипов больших размеров на толстой ножке последнюю перевязывали хирургической лигатурой. После удаления полиповидного образования цервикального канала при необходимости его основание коагулировали шариковым электродом без травматизации окружающих тканей. Применение высокочастотных волн (3,8 МГц) обеспечивает бесконтактный разрез ткани и позволяет удалять полиповидные образования цервикального канала бескровно, безболезненно, без травматизации окружающих тканей и получить полноценный материал для гистологического исследования.

Гистологическое исследование выявило истинные железисто- фиброзные полипы с признаками децидуализации в (61,2%) случаев и децидуальные «псевдополипы» в (38,8%) случаев.

Адекватность предлагаемого подхода подтверждена отсутствием негативного влияния полипэктомии на течение беременности. Так, угроза невынашивания после проведенной терапии и удаления полиповидных образований сохранялась в (5,5%) случаев. Кровянистых выделений из влагалища не было ни в одном случае. Все беременности закончились самопроизвольными родами.

Выводы: таким образом, полипэктомия во время беременности при наличии показаний может проводиться в любом сроке гестации радиохирургическим методом под местной анестезией в условиях акушерского отделения или дневного стационара.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ОНКОГЕННЫХ ТИПОВ ВИРУСА ПАПИЛОМЫ ЧЕЛОВЕКА У ЖЕНЩИН С ПАТОЛОГИЕЙ ШЕЙКИ

**Золотоверхая Е.А., Шипицына Е.В., Юшманова Е.С., Евстигнеева Л.А.,
Савичева А.М.**

Россия. Санкт-Петербург. Государственное учреждение Научно-исследовательский институт акушерства и гинекологии им. Д.О. Отта Российской академии медицинских наук

Введение: Доказательство того, что рак шейки матки является последствием папилломавирусной инфекции (ПВИ), поставило его в ряд заболеваний, потенциально предотвратимых с помощью вакцинации. В связи с разработкой профилактических и лечебных противовирусных вакцин проведение исследований по распространенности вируса папилломы человека (ВПЧ) высокого онкогенного риска у женщин с патологией шейки матки представляется чрезвычайно актуальным.

Цель и задачи: Целью данного исследования явилось изучение распространенности онкогенных типов ВПЧ в соскобах цервикального канала в группах с различной тяжестью цервикальных поражений. Для достижения поставленной цели планировалось протестировать клинические пробы, полученные от пациенток с патологией шейки матки, с применением типоспецифических праймеров и проанализировать полученные результаты в свете данных цитологических исследований.

Материал и методы: Для выявления ВПЧ высокого онкогенного риска использовали ПЦР с типоспецифическими праймерами (АмплиСенс ВПЧ, ЦНИИ Эпидемиологии, Москва). От всех пациенток был взят материал для цитологического исследования. Цитологические исследования соскобов эпителия цервикального канала проводились в лабораториях патоморфологии НИИ акушерства и гинекологии и НИИ онкологии.

Результаты: В анализ было включено 192 пробы, в которых была обнаружена ДНК ВПЧ высокого онкогенного риска. По данным цитологического исследования, все пациентки были разделены на 4 группы. Численность группы с цитологической нормой составила 57 человек, с низкой степенью плоскоклеточного интраэпителиального поражения (LSIL - low grade squamous intraepithelial lesion) – 24 человека, с высокой степенью плоскоклеточного интраэпителиального поражения (HSIL - high grade squamous intraepithelial lesion) – 46 человек. Группу с диагнозом рака шейки матки составили 65 пациенток.

ВПЧ 16 типа был обнаружен у 145 пациенток (76%). Остальные типы распределились следующим образом: 56 (29%), 33 (23%), 31 (21%), 45 (16%), 18 (14%), 52 (12%), 58 (13%), 35 (4%), 39 (3%), 59 (2%).

Частота встречаемости 16 типа ВПЧ была ассоциирована со стадией заболевания ($p < 0,001$): при цитологической норме она составила 56% (32 случая из 57), при LSIL – 67% (16 случаев из 24), при HSIL – 83% (38 случаев из 46), при плоскоклеточной карциноме – 91% (59 случаев из 65). Для остальных

типов ВПЧ данная закономерность не прослеживалась.

У 63% пациенток (121 из 192) было обнаружено два и более типа ВПЧ. Инфицирование несколькими типами ВПЧ было ассоциировано с тяжестью цервикальных поражений ($p < 0,01$): если в группе пациенток без атипии распространенность множественной инфекции составила 51% (29 из 57), то в группах пациенток с LSIL, HSIL и раком она равнялась 58% (14 из 24), 70% (32 из 46) и 71% (46 из 65), соответственно.

Выводы: У женщин с высокой степенью плоскоклеточного интраэпителиального поражения и раком шейки матки чаще всего обнаруживаются 16, 18, 31, 33, 45, и 56 типы ВПЧ. При этом для ВПЧ 16 типа отмечена ассоциация частоты встречаемости со стадией заболевания.

СОСТОЯНИЕ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ИППП У ЖЕНЩИН В АМУРСКОЙ ОБЛАСТИ

Зражевская С.Г., Меркулова С.А., Базанов Е.К., Платонов А.В., Близнюк Е.А.
Россия. Благовещенск. ОГУЗ «Амурский областной кожно-венерологический диспансер», ГОУ ВПО Амурская ГМА Росздрава

Целью данной работы является проведение анализа заболеваемости женщин Амурской области инфекциями, передаваемыми половым путем (ИППП) и планирование работы с данной категорией больных с учетом полученных результатов.

В результате проведенной работы выявлено, что ежегодно в области регистрируется более 6 тысяч случаев впервые выявленных ИППП. Заболеваемость населения Амурской области ИППП превышает среднероссийский уровень ежегодно в 1,7 раза.

Заболеваемость ИППП в Амурской области и РФ в 2006 году:

Заболевание	Абс. число На 100 тыс. нас.	РФ 2006 г. на 100 тыс. нас.
Сифилис	1420 161,7	65,4
Гонорея	1577 179,6	63,9
Трихомоноз	2511 286,0	200,1
Урогенитальный хламидиоз	800 91,1	97,5
Урогенитальный герпес	111 12,6	23,7
Аногенитальные бородавки	510 58,1	33,6

В 2006 году на учет с ИППП взято 4250 человек, т.е. 61,3% от всех зарегистрированных. Женщины детородного возраста из них составили 3499 чел (82,3%). На 1 месте из ИППП у женщин регистрируется трихомоноз – более 50,0%, на 2 - сифилис 20,0%, на 3 – гонорея 13,0%, затем урогенитальный хла-

мидиоз, аногенитальные бородавки, урогенитальный герпес.

Такой уровень регистрации ИППП среди женщин обусловлен тем, что трихомоноз наиболее прост для диагностики, по профилактике сифилиса также выработана достаточно действенная система контроля. А вот с гонореей, когда диагностика не соответствует стандартам (во многих ЛПУ не проводятся бактериологические посеы, не всегда правильно окрашиваются мазки детей и женщин в менопаузе, недоступна ПЦР-диагностика) и само течение патологического процесса не способствует быстрой и простой диагностике - обстановка сложнее. Кроме того, если обследование женщин на хламидиоз проводится при взятии на учет по беременности и при дообследовании на ИППП в случае хронических воспалительных заболеваний, методом соскобов и ИФА – методикой, то на герпес и ВПЧ женщины очень редко направляются на обследование.

Динамика ИППП у женщин Амурской области:

Заболевание	2004 год	2005 год	2006 год
Сифилис	20,4	18,9	17,3
Гонорея	13,3	12,0	11,8
Трихомоноз	52,3	54,3	53,9
УГ хламидиоз	7,3	8,3	9,7
УГ герпес	1,8	1,2	1,4
Аногенитальные бородавки	4,8	5,2	5,9

Значительный рост частоты инфекций, передаваемых половым путем среди детородного населения, оказывает неблагоприятное влияние на репродуктивную функцию. Как известно, одна из наиболее распространенных причин бесплодия - инфекционно-воспалительные заболевания половых органов (22-60%), среди которых ведущее место занимают ИППП до 50%.

Таким образом, определенный процент неудач в лечении ИППП связан в первую очередь с недостаточным обследованием больных и, как следствие, неадекватностью выбранной схемы терапии. Существует много причин, способствующих распространению ИППП среди женщин. Однако, дерматовенерологи совместными усилиями с акушерами-гинекологами уже сейчас проводят большую работу и в дальнейшем могут в значительной степени повлиять на создавшуюся ситуацию, наладив качественную лабораторную диагностику, позволяющую одновременно тестировать наибольшее число ИППП и внедрив антибактериальные препараты, активные в отношении всех участников микробной ассоциации.

АНАЛИЗ МИКРОБИОЦЕНОЗОВ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ УРОГЕНИТАЛЬНОМ ХЛАМИДИОЗЕ У ФЕРТИЛЬНЫХ ЖЕНЩИН

Зур Н.В., Савицкая К.И., Нестерова М.В., Русанова Е.В.

Россия. Москва. МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского, Москва, Россия

Цель: характеристика микрофлоры слизистых урогенитальной системы и крови у женщин репродуктивного возраста с хроническими воспалительными заболеваниями (ХВЗ) мочеполовых органов (эндо- и экзоцервицит, эндометрит, сальпингофорит) сочетанной хламидийной этиологии.

Материалы и методы исследования: изучали обсемененность слизистых влагалища, цервикального канала, уретры, проб мочи с определением показателя экологической общности (коэффициент Жаккарда) у 21 больной с затяжным, рецидивирующим характером течения хронической хламидийной инфекции в стадии обострения. В целом проанализировано 189 проб. Посев осуществляли количественным методом на стандартный набор питательных сред для культивирования аэробных, факультативно-анаэробных и анаэробных микроорганизмов. Методы идентификации общепринятые. Детекцию возбудителей инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), проводили с помощью реакции прямой (ПИФ), непрямой (РНИФ) иммунофлюоресценции и ПЦР (полимеразной цепной реакции). В качестве материалов для исследования служили мазки-соскобы со слизистых оболочек влагалища, шейки матки, уретры и мазки периферической крови.

Результаты и их обсуждение: микробиоценоз урогенитальной системы при сочетанном инфицировании с возбудителями других ИППП (*M. hominis* - 85,7%, *U. urealyticum* - 61,9%, *T. vaginalis* - 33,3%, цитомегаловирус - 19%) и образовании ими 2-5-компонентных ассоциаций сформирован монокультурами коагулазоотрицательных стафилококков (CNS), *S. группы viridans* - 102-4 КОЕ/мл, *Lactobacillus spp.* (103-5 КОЕ/мл), *E. faecium* (102-9 КОЕ/мл), *E. faecalis* и энтеробактерий (103 КОЕ/мл), *C. albicans* (103-7 КОЕ/мл), *S. aureus* (104-9 КОЕ/мл). В слизистой влагалища и уретры в 42,9-33,3% случаев не было обнаружено возбудителей ИППП, но вместе с тем на монокультуры и ассоциации приходилось по 28,6-38,1%. При этом они были представлены преимущественно *C. trachomatis*, *M. hominis* и *U. urealyticum*. Установлено, что наиболее информативными клиническими материалами у обследованных пациенток при детекции возбудителей ИППП являлись слизистая цервикального канала (100%) и кровь (95,2%). *C. trachomatis* идентифицировали в 95,2-80,9%; *M. hominis* - в 76,2-42,9%; *U. urealyticum* - в 52,4-28,6%; *T. vaginalis* - в 47,6-19,0%; цитомегаловирус (CMV) - в 14,3-33,3% соответственно. При этом в слизистой цервикального канала возбудители ИППП формировали 2-5-компонентные ассоциации, преимущественно (23,8%) в виде 2-компонентных (*C. trachomatis*+*M. hominis*) и 4-компонентных (*C. trachomatis*+*M. hominis*+*U. urealyticum*+*T. vaginalis*) ассоциаций. В крови в 71,4% случаев определяли сочетанную инфекцию, в основном (66,7%) в виде 2-3 компо-

нентных ассоциаций возбудителей ИППП с преимущественным участием *S. trachomatis*, *M. hominis* и *CMV* при наличии единственной 5-компонентной ассоциации. Указанное выше подтверждается и значениями показателя экологической общности возбудителей ИППП, которые составили в слизистой цервикального канала для хламидий и микоплазм, хламидий и уреоплазм, хламидий и трихомонад, микоплазм и трихомонад 80,0%; 55,0%; 50,0%; 52,9% соответственно. В крови наибольшие значения (44,4% и 33,3%) коэффициента Жаккарда были зарегистрированы для хламидий и микоплазм, а также для хламидий и цитомегаловируса.

Выводы: затяжное, рецидивирующие течение хронической урогенитальной хламидийной инфекции у фертильных женщин характеризуется многоочаговостью поражения, обусловленного ассоциативной микрофлорой. Указанное выше способствует развитию генерализации инфекционного процесса, о чем свидетельствует обнаружение хламидий в крови, преимущественно в составе ассоциаций с другими возбудителями ИППП.

ИММУНОЛОГИЧЕСКИЙ МОНИТОРИНГ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОЙ ХЛАМИДИЙНОЙ ИНФЕКЦИИ

Зур Н.В., Савицкая К.И., Русанова Е.В.

Россия. Москва. МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского

Цель: оценить состояние иммунологического аспекта системы антиинфекционной резистентности организма (САИР) у женщин с хронической генерализованной хламидийной инфекцией (ХГХИ) в стадии обострения хронических инфекционно-воспалительных заболеваний (ХИВЗ) урогенитальной системы (эндо- и экзоцервицит, эндометрит, сальпингоофорит) на фоне проведения комплексной иммунотерапии.

Материалы и методы исследования: изучали клеточные и гуморальные факторы иммунологического аспекта САИР с определением интегральных показателей фагоцитоза (индекс переваривания и индекс завершенности фагоцитоза – ИП, ИЗФ) при использовании *S. aureus* 209 P и музейного штамма *E. coli* у 49 пациенток с ХГХИ. Иммунологический мониторинг осуществляли в течение 2-8 месяцев: до начала лечения; после окончания каждого курса комплексной терапии с поэтапным применением ронколейкина по 500 000 МЕ подкожно № 10 через день, последовательного применения беталейкина 0,0005 №3 и ронколейкина по 500 000 МЕ подкожно №7 через день, последовательного применения беталейкина 0,0005 №3 подкожно и пирогенала по схеме №10 внутримышечно через день; по окончании всех курсов (2-4) комплексной терапии. В целом было выполнено 1709 исследований.

Результаты и их обсуждение: у больных с ХГХИ выявлено отсутствие (71,4%) системной реакции на обострение воспалительного процесса, суще-

ственное угнетение фагоцитарной функции нейтрофилов на фоне повышенного уровня циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК), снижения соотношения CD4+/CD8+ и продукции лизоцима. В результате проведения полного курса комплексной иммунокоррекции на фоне элиминации хламидий из урогенитального тракта и из крови (в 100 % случаев) зарегистрированы значительный рост (на 30-66%) интегральных показателей фагоцитоза ($p < 0,01$), нормализация абсолютного содержания CD4+, CD8+ и в целом иммунорегуляторного индекса, уровня мелких ЦИК при снижении продукции крупных и средних ЦИК. Следует отметить, что при иммунотерапии ронколейкином отмечено ($p < 0,05$) более выраженное повышение абсолютного содержания NK-клеток (CD3-CD16+CD56+), пула нулевых лимфоцитов, а также CD4+, CD8+ и общего количества лимфоцитов. При последовательном применении беталейкина и ронколейкина преимущественно констатировано уменьшение выработки иммуноглобулинов, увеличение концентрации лизоцима ($p < 0,05$), нормализация уровня Т-киллеров (CD3+CD16+CD56+). При последовательном применении беталейкина и пирогенала установлена существенная активизация фагоцитарной функции нейтрофилов, увеличение количества Т-клеток NK (CD3+CD16+CD56+), что, наряду с ростом уровня натуральных киллеров (NK-клеток) способствует лизису инфицированных и аномальных клеток, и, в целом, усилению репаративно-адаптогенных функций организма.

Выводы: при хронической генерализованной хламидийной инфекции установлена дисфункция клеточных и гуморальных факторов иммунологического аспекта САИР, что является маркером вторичного иммунодефицита. Указанное выше диктует необходимость применения комплексной, комбинированной и поэтапной иммунокоррекции с использованием иммунотропных препаратов, способных влиять на различные звенья иммунной системы.

ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЦЕННОСТЬ ДИСКЕРАТОЗА В ПАП-МАЗКЕ В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ ПРЕДРАКОВЫХ СОСТОЯНИЙ ШЕЙКИ МАТКИ

Иванова Н.Б., Ахмедова М.П., Курбанбекова Д.С..

Узбекистан. Ташкент. Ташкентская медицинская академия, Центр здоровья женщин

Классификационная система цитологических результатов Пап-мазков Бетесда 2001 года состоит из 3-х основных категорий: 1) негативный результат, включающий в себя норму и реактивные изменения клеток; 2) атипичный - разделенный на атипию плоского и железистого эпителия; 3) категория «другое», в которую входят различные цитологические находки. Одним из часто встречающихся реактивных изменений клеток многослойного плоского эпителия экзоцервикса является дискератоз (гипер- и паракератоз),

указывающий на нарушение процессов ороговения в клетках. В мазках, полихромно окрашенных по методу Папаниколау, клетки с гиперкератозом сохраняют форму поверхностных клеток, но их отличает отсутствие ядер и плотная, окрашенная в оранжевый цвет цитоплазма. Паракератоз представлен мелкими плоскими клетками с оранжевой цитоплазмой и пикнотичным ядром. Применяемая на территории ННГ монохромная окраска цервикальных мазков по Романовскому-Гимзе не всегда позволяет выявить гиперкератоз, а паракератоз практически невозможно определить. Дискератоз чаще всего связан с хроническими воспалительными заболеваниями, но в то же время он может сопутствовать и предраковым состояниям шейки матки (ШМ).

Целью нашего исследования явилось оценить значение дискератоза в выявлении предраковых состояний ШМ.

Материалы и методы исследования: исследование проведено в Центре здоровья женщин, оснащенном современным оборудованием для диагностики и лечения заболеваний ШМ. Из 1800 женщин, прошедших Пап-тест, у 278 в возрасте от 19 до 67 лет в мазках выявлен дискератоз (мазки окрашивались по методу Папаниколау и классифицировались по системе Бетесда 2001). Им проведена простая и расширенная кольпоскопия с биопсией выявленных очагов поражения (кольпоскопические данные оценивались по Международной классификации 1990 года, Рим).

Результаты и их обсуждение: из общего количества женщин (278 – 100%), у 38,8% дискератоз сочетался с реактивными изменениями клеток, характерными для воспаления (преимущественно у молодых женщин 20-30 лет), у 34,2% - с ASCUS и LSIL в средней возрастной группе (31-50 лет), у 5,1% - с HSIL у женщин старше 50 лет. При кольпоскопическом и гистологическом исследовании дискератоз сочетался с CIN I – в 31,2% и 29,6% случаев соответственно, с CIN II – в 2,4% и 2,9%, с CIN III - в 1,6% и 1,2%, с CIS – в 0,8 и 1,2% соответственно. У 7,9% женщин с дискератозом патология эпителия не получила кольпоскопического подтверждения.

Особый интерес представляют случаи дискератоза без атипии плоских клеток (у 21,9% женщин). Кольпоскопическое и гистологическое исследование выявили CIN I у 38,2%, CIN II – у 7,7%, CIN III – у 0,8%, что составляет 46,7% всех случаев дискератоза без атипии клеток. Наибольший процент выявленной патологии приходится на среднюю возрастную группу. Выявленные дисплазии свидетельствуют о том, что в мазок часто попадают клетки с поверхности патологического очага, а атипичные клетки, расположенные под слоем ороговевших клеток, остаются на ШМ.

Выводы: цитологический скрининг рака шейки матки необходимо проводить, используя полихромную окраску по методу Папаниколау как наиболее информативную в отношении патологических процессов в эпителии ШМ. Ввиду того, что дискератоз в большом проценте случаев является маркером неопластических состояний эпителия ШМ, при обнаружении дискератоза,

даже в отсутствии клеточной атипии, особенно у женщин средней возрастной группы, необходимо проводить кольпоскопию с гистологическим исследованием выявленных патологических очагов.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ВЫСОКОЭНЕРГЕТИЧЕСКОГО ЛАЗЕРА «АТКУС-15» В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПРЕДРАКОВЫХ ПРОЦЕССОВ ШЕЙКИ МАТКИ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Иванова Л.В., Савинов И.П., Волкова А.В.

Россия. Санкт-Петербург. Кафедра акушерства и гинекологии ВМА им. С.М. Кирова, кафедра хирургических болезней МПФ СПбГМА им. И.И. Мечникова, Северо-западный центр лазерной медицины

Актуальность: на сегодняшний день рак шейки матки занимает одно из ведущих мест среди всех злокачественных новообразований женских половых органов. Это связано с поздним диагностированием заболевания, нарастанием случаев рака шейки матки среди женщин в возрасте моложе 30 лет и значительной распространенностью и контагиозностью папилломавирусной инфекции (ПВИ), связь которой с предраковыми процессами шейки матки, способными прогрессировать в инвазивный рак, в последние годы стала очевидной. При этом наиболее агрессивными считаются папилломавирусы 16, 18, 31, 45 и 56 типов, обнаруживаемые в 95-100% преинвазивных и инвазивных форм рака шейки матки.

Цель исследования: оценка эффективности применения высокоэнергетического лазера «Аткус-15» в комплексном лечении предраковых процессов шейки матки у женщин репродуктивного возраста.

Материалы и методы исследования: 27 больных в возрасте от 18 до 48 лет с предраковыми (CIN I-III) процессами шейки матки, проходивших лечение высокоэнергетическим лазером «Аткус-15» в 2000-2005 гг. Критерием отбора пациентов был морфологически верифицированный диагноз. До и после лечения всем женщинам было выполнено комплексное обследование, включающее в себя расширенную кольпоскопию, мазки на флору и онкоцитологию, биопсию шейки матки, определение папилломавирусной и других генитальных инфекций методом полимеразной цепной реакции. Динамическое наблюдение осуществлялось через 3, 6 и 12 месяцев.

Результаты и их обсуждение: средний возраст женщин составил $25,7 \pm 8,3$ лет. CIN I установлена в 14 (51,8%) случаях, CIN II – в 6 (22,3%) случаях, CIN III – в 7 (25,9%) случаях. Уреа-микоплазменная и хламидийная инфекции диагностированы у 23 (85,1%) пациентов; ПВИ - у 25 (92,6%) пациентов. При этом преобладали высоко- и среднеонкогенные вирусы папилломы человека - 23 (85,1%). Всем пациентам проводилось комплексное этапное лечение. На пер-

вом этапе применялись антибактериальные, иммунокорректирующие препараты и антисептики местного действия. На втором этапе, на фоне продолжающейся иммуномодулирующей терапии, была выполнена лазеродеструкция шейки матки с использованием высокоэнергетического полупроводникового лазерного аппарата «Аткус-15» (выходная мощность от 8 до 15 Вт). Процедура выполнялась на 5-9 день менструального цикла в амбулаторных условиях и в 26 (96,3%) случаях не требовала местной анестезии. Длительность лазеродеструкции шейки матки составила в среднем 2 мин. 38 сек.

При оценке эффективности процедуры было установлено, что полный регресс предраковых процессов шейки матки в виде полной ее эпителизации с отсутствием признаков ПВИ к 3 месяцам отмечался в 10 (37,1%) случаях, к 6 и 12 месяцам – в 9 (33,3%) и 8 (29,6%) случаях соответственно. Динамическое снижение показателей было обусловлено отказом пациенток от барьерных методов контрацепции. Вялотекущая эпителизация шейки матки наблюдалась у 5 (18,5%) женщин и была обусловлена сочетанием ПВИ с рецидивом генитальных инфекций, что потребовало повторения комплексного этапного лечения. Полная эпителизация шейки матки с сохранением признаков ПВИ отмечалась в 12 (44,4%) наблюдениях, была в 100 % случаев обусловлена высоко- и среднеонкогенными папилломавирусами и потребовала выполнения повторной лазеродеструкции.

Выводы: применение высокоэнергетического лазера «Аткус-15» является перспективным направлением в комплексном лечении предраковых процессов шейки матки у женщин репродуктивного возраста, позволяющим снизить степень онкологического риска. При этом рецидивы патологических состояний после лазеродеструкции шейки матки обусловлены как агрессивностью самой ПВИ, так и ее сочетанием с недолеченными генитальными инфекциями.

ОЦЕНКА НЕКОТОРЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ АССОЦИИРОВАННЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ ПАПИЛЛОМАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ЖЕНЩИН

Иванова И.М., Рощенко Л.О., Брыков В.И.

Украина. Киев. Главный Военный Клинический Госпиталь МОУ

Поиск путей раннего распознавания папилломавирусного инфицирования (ПВИ) уrogenитального тракта женщин остаётся актуальным для определения адекватной тактики ведения этих пациенток.

Цель исследования: оценка преимущественных ассоциантов смешенного инфицирования, содержащего ДНК вируса папиллом человека (ВПЧ) онкогенного типа в гениталиях женщин.

Материалы и методы: проанализированы результаты первичного ком-

плексного обследования 143-х (100 %) пациенток репродуктивного возраста с выявленным ДНК ВПЧ. Проводилась расширенная кольпоскопия, цистоскопия, цитология мазков, патоморфологическое изучение биоптатов с поражённых участков гениталий и уретелия. Оценка сопутствующей генитальной инфекции осуществлялась методом полимеразной цепной реакции (ПЦР), бактериоскопическим и бактериологическим методами с применением культурального метода DUO. Для идентификации материала на наличие ДНК ВПЧ использовался метод ПЦР с генотипированием вирусной панели высокого (16, 18, 45, 56), промежуточного (31, 33, 35, 52, 58) и низкого (6, 11, 40, 42, 43, 44) онкогенного риска.

Результаты и их обсуждение.

Для изучения инфицированные пациентки объединены в группы:

группа I - латентные формы ПВИ – 25,6%;

группа II - субклинические формы – 36,5%;

группа III – клинически выраженные формы – 22,4%;

группа IV – цервикальные, интраэпителиальные неоплазии – 15,5 %.

При идентификации ДНК ВПЧ 16, 18, 56 типа выявлены в – 18,4%; 31, 33, 58 типа – 29,2%; 6, 43, 44 типа – 26%. Сочитание различных типов ВПЧ – 27%. При первичном изучении биоциноза влагалища пациенток с ДНК ВПЧ гениталий определялось: уреплазмы – 29%, микоплазмы – 22,7%,

хламидии – 18,4%, трихомонады – 13,9%, герпес – 9 %, цитомегаловирус - 7%.

При бактериологическом исследовании чаще других обнаруживались: кишечная палочка – 25%, гарднарелы – 19%, энтерококки – 18%, кандиды – 15, стрептококки - 12%, золотистый стафилококк – 8%.

В целом, оценивая экологию влагалища, микстинфекция составляла 64 % случаев.

У пациенток I-ой клинической группы уреа-микоплазмы определялись – в 38%, во II группе – 40%, в III группе – 26, в IV группе – 12%.

Таким образом, в изучаемом нами материале, обращает на себя внимание достаточно высокая выявляемость уреа-микоплазм, особенно в группах с латентным и субклиническим течением ВПИ. Это позволяет предположить определенный синергизм взаимодействия между вирусами и уреа-микоплазмами.

Кольпоскопия при клинических и субклинических формах ПВИ представлена картинками: укусно-белого эпителия, пунктацией, мозаикой, лейкоплакией, плоскими, инвертированными и остроконечными кондиломами, микропапилломатозом вульварного кольца и влагалища, а также сочетанием этих картин.

Цистоскопически проводилась визуальная идентификация поражений уретелия в зоне мочепузырного треугольника Лъето, которые были представлены картинками шеечного цистита и участками лейкоплакии мочевого пузыря, что коррелировало с формами проявлений генитальных поражений ПВИ.

Выводы: обобщая приведённые данные, следует полагать, что выявление уреа-микоплазм при микстинфицировании урогенитального тракта женщин может рассматриваться как один из косвенных маркеров присутствия ДНК ВПЧ. Наиболее раннее уточнение этого момента, даёт возможность правильно определить стратегию и тактику ведения этой категории пациенток с целью предупреждения развития онкотрансформации тканей.

ЧАСТОТА ПРЕДРАКА ШЕЙКИ МАТКИ ПО ГУНИБСКОМУ РАЙОНУ И ПО Г. МАХАЧКАЛА РЕСПУБЛИКИ ДАГЕСТАН

Исаева З.У.

Россия. Махачкала. Дагестанский научный центр РАМН

Актуальность: Проблема профилактики рака остается до настоящего времени одной из сложнейших проблем онкологии. Заболеваемость раком шейки матки по Российской Федерации составляет 10,8 на 100 тыс. женщин, по Дагестану за 2005г. заболеваемость раком шейки матки составила 9,8 на 100 тыс. населения, за 2006 год - 10,3 на 100 тыс. населения. На сегодняшний день в Республике Дагестан не проводилось исследование по клинической эпидемиологии предрака шейки матки. Цель: изучение частоты предрака шейки матки в Гунибском районе (1485 м над уровнем моря) и в г. Махачкале (равнинная местность) у женщин в зависимости от возраста, социального положения женщин и природно-климатических условий. Материалы и методы: проведено обследование 17471 женщин в возрасте 18-60 лет (в Гунибском районе — 375 чел, в г Махачкале - 17096 чел). Было обследовано 455 пациенток с предраком шейки матки. Основную группу составили 405 женщин, которым проводилось комплексное обследование и лечение с применением современных методов диагностики и терапии. В группу контроля вошли 50 пациенток, которым было проведено традиционное обследование и общепринятое лечение. Примененялась кольпоскопия с прицельным гистологическим исследованием биоптата в сочетании с цитологическим, серологическим и вирусологическим исследованиями. Кольпоскопия проводилась аппаратом «ИНАМИ» (Япония), цитологические мазки исследовались по Папаникалау.

Результаты: предраковые состояния шейки матки у женщин Гунибского района диагностированы в 20,0% случаев. Дисплазии шейки матки чаще встречались в возрастной группе от 31 до 35 лет (21,3%) и в возрастной группе 51 год и старше — 18,6% ($p < 0,001$ для обеих групп). В г. Махачкале предраковое состояние шейки матки выявлено в 380-и случаях (2,2%). Дисплазии шейки матки встречаются чаще у работников сельского хозяйства и неработающих женщин Гунибского района (41,3% и 38,7% соответственно), а в г. Махачкале - у служащих (27,1%) и неработающих женщин (63,7%). Кроме того, женщины

Гунибского района раньше начинали половую жизнь (49,3% против 40,3%, $p < 0,01$), рожали в молодом возрасте (48,0% против 20,8%, $p < 0,001$), что положительно коррелировало с достоверным увеличением частоты развития дисплазий шейки матки ($p < 0,05$, $r = 0,48$). Частота профилактических осмотров и диспансерно-динамического наблюдения женщин в горном районе была значимо ($p < 0,001$) меньше, чем в г. Махачкале (65,3% и 48,0% против 96,4% и 90,3% соответственно) и положительно коррелировала ($r = 0,56$) с развитием дисплазий шейки матки.

Выводы: частота предрака шейки матки в республике Дагестан значимо различна в горном Гунибском и в равнинном (г. Махачкала) районах, что можно объяснить различными природно-климатическими условиями, разным социальным статусом, особенностями сексуального поведения, отсутствием должного диспансерного наблюдения и низким процентом профилактических осмотров жителей горных районов.

ИММУНОТЕРАПИЯ ЦЕРВИЦИТОВ ХЛАМИДИЙНО-ВИРУСНОЙ ЭТИОЛОГИИ

Каграманова Ж.А., Малиновская В.В., Парфенов В.В.

Россия. Москва. ГОУ ВПО ММА им. И.М. Сеченова

Цель исследования: Определить эффективность иммунотерапии цервицитов хламидийно-вирусной этиологии у молодых женщин препаратом виферон-гель.

Материалы и методы: Проведено обследование и лечение 25 женщин в возрасте от 18 до 30 лет. При изучении этиологических факторов заболевания хламидийный фолликулярный цервицит диагностирован у 5 женщин, цервицит герпесвирусной этиологии (ВПГ2 типа) у 20 пациенток. У 10 женщин при локализации высыпаний на коже или слизистых наружных половых органов парестезии проявлялись в виде жжения или зуда на месте возникновения герпетических высыпаний. У 3-х больных при рецидиве инфекции на внутренней поверхности малых половых губ возникали боли в области промежности. У 2-х пациенток отмечалось жжение в области локализации пузырьков и слизистые выделения из уретры и цервикального канала. При расширенной кольпоскопии на влагалищной части шейки матки была видна зона эктопии у всех пациенток. Иммунологическое исследование крови позволило выявить у всех больных значительное повышение иммунорегуляторного индекса (CD4/CD8)+ клеток, за счет увеличения относительного количества (CD-4)+ и снижения уровня цитотоксических Т-лимфоцитов (CD8)+, а также титров IgA, как маркера местного воспаления и снижения функции местного иммунитета.

Всем пациенткам мы проводили лечение препаратом виферон-гель, содержащим рекомбинантный интерферон- $\alpha 2$ и комплекс антиоксидантов

(токоферола ацетат, метионин, бензойная и лимонная кислоты) в смеси с водополимерной основой карбоксиметилцеллюлозы. Доза рекомбинантного интерферона- $\alpha 2$ в геле составила 36000 тыс. МЕ/мл, токоферола ацетата – 0,5 мг/мл. Препарат виферон-гель назначался путем аппликации тонким слоем на участок эктопии влагалищной части шейки матки, слизистые оболочки больших и малых половых губ 1 раз в день. Курс лечения составлял от 6 до 10 дней. Контрольную группу составили 30 женщин, которые в качестве терапии получали плацебо (гелевую основу препарата).

Результаты: На 2 сутки терапии у всех пациенток купировались зуд, жжение, болезненность в местах поражения слизистых оболочек влагалища, влагалищной части шейки матки. Продолжительность заболевания не превысила 10 суток (в среднем 5-6-дней). Общая клиническая симптоматика исчезала на 5 сутки. Механизм действия основы препарата виферон-гель заключается в образовании защитной пленки на месте аппликации пораженного участка эктопии шейки матки за счет фармакологического влияния интерферона, что дает положительный результат, успешно позволяет добиться регенерации цилиндрического эпителия в многослойный плоский эпителий влагалищной части шейки матки. После окончания курса терапии препаратом виферон-гель, иммунорегуляторный индекс (CD4/CD8)+ был восстановлен, уровень IgA достигал физиологических значений у 96%. У 75% пациенток контрольной группы нормализовались показатели иммунорегуляторного индекса и уровни IgA. Средний период между рецидивами генитального герпеса в основной группе составил 125 дней, в контрольной группе 65 дней.

Выводы: При цервицитах хламидийно-вирусной этиологии происходит угнетение функций местного и клеточного иммунитета за счет снижения продукции IgA, повышения иммунорегуляторного индекса(CD4/CD8)+, показатели которых после терапии препаратом виферон-гель нормализовались. Таким образом, препарат виферон-гель обладает, иммуномодулирующим, противовоспалительным, антипролиферативным, противовирусным действием, может быть использован в качестве местной терапии цервицитов хламидийно-вирусной этиологии.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВОССТАНОВЛЕНИЯ БИОЦЕНОЗА ВЛАГАЛИЩА ЖЕНЩИН С СИНДРОМОМ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПСЕВДОЭРОЗИИ ШЕЙКИ МАТКИ

Калинкина О.Б., Мельников В.А., Маслова О.Р., Щукин В.Ю.

Россия. Самара. Самарский Государственный медицинский университет, кафедра акушерства и гинекологии № 1

Актуальность исследования обусловлена необходимостью повышения эффективности лечения псевдоэрозии шейки матки у женщин группы

риска. Женщины с синдромом поликистозных яичников (СПКЯ) относятся к группе риска по возникновению патологии шейки матки вследствие ряда причин: изменение гормонального фона в сторону дефицита эстрогенов, нарушение запасов гликогена в эпителии влагалища, являющегося питательной средой для лактобацилл. Высока частота развития у этих пациенток дисбиоза влагалища. Цель исследования : повысить эффективность лечения псевдоэрозии шейки матки у женщин с СПКЯ, используя коррекцию биоценоза влагалища.

Материалы и методы исследования. Были обследованы 47 пациенток с СПКЯ и папиллярной псевдоэрозией шейки матки, которые были разделены на 2 группы, сопоставимые по основным характеристикам. Пациенткам проводилось комплексное лечение, включающее коррекцию гормонального фона и метаболических нарушений. В 1-ю группу вошли 27 женщин с СПКЯ и различными формами нарушений микробиоценоза влагалища, которым назначали санацию влагалища метронидазолом с последующим восстановлением нормальной лактофлоры. Использовалось заселение влагалища собственными живыми лактобациллами и формирование индивидуального биоценоза. Метод заключался в использовании селективной среды для культивирования аутолактобацилл. Во 2-ю группу вошли 20 женщин с СПКЯ, у которых этап восстановления биоценоза влагалища не проводился.

Полученные результаты. Состояние микробиоценоза влагалища у 47 женщин с СПКЯ до лечения характеризовалось следующими вариантами: промежуточный тип – у 21 (44,7%), дисбиоз – у 26 (55,3%). Нами выявлено 3 варианта биоценоза после санации. Вариант 1 характеризовался полным отсутствием микрофлоры во влагалище (58%), вариант 2 – наличием единичных лактобацилл (29%), вариант 3 – наличием аэробной и анаэробной флоры (13%). После терапии у пациенток 1 группы после использования собственных лактобацилл отмечалась нормализация микрофлоры. Нормоценоз выявлен у 40 (85,1%) женщин, промежуточный тип – только у 7 (14,8%), дисбиоза выявлено не было. Рецидив дисбиоза в течение года был выявлен только у 2% пациенток. Причем у 19 женщин 1 группы (33,3%) отмечалось полное заживление псевдоэрозии шейки матки, а у 18 (66,6%) выявлено уменьшение размеров псевдоэрозии за счет эпителизации шейки матки. У женщин 2 группы полное заживление псевдоэрозии было выявлено только у 2-х (10%), положительная динамика (уменьшение размеров псевдоэрозии) у 7-х (35%). У 11 пациенток (55%) размеры псевдоэрозии остались прежними. Это потребовало криодеструкции шейки матки. Таким образом, включение в комплексную терапию женщин с СПКЯ и папиллярной псевдоэрозией шейки матки восстановление биоценоза влагалища позволяет повысить эффективность лечения данной патологии.

СЛУЧАЙ ЛОКАЛЬНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА ШЕЙКИ МАТКИ

Камаева Е. Г.

Россия. ГУЗ «Противотуберкулезный клинический диспансер» Ростовской области

Цель: описание редкой локализации генитального туберкулеза.

Пациентка П. 1950 г. р. поступила в областной противотуберкулезный диспансер после

планового обследования по месту жительства с жалобами на слабость, быструю утомляемость, сукровичные выделения из половых путей.

Из анамнеза жизни известно, что в детстве пациентка перенесла пневмонию. Туб. контакт не установлен. Страдает поливалентной аллергией. С 1989 года-сахарный диабет 2 типа. В женской консультации состояла на диспансерном учете по поводу миомы матки с 1985 года. В 1985 году перенесла надвлагалищную ампутацию матки с придатками в связи с быстрым ростом и субмукозной локализацией миоматозных узлов. При гистологическом исследовании(№89765-89771) была обнаружена лейомиома, признаки хронического неспецифического воспаления придатков матки. После операции большая периодически обращалась по месту жительства с жалобами на бели с неприятным запахом, зуд, чувство жжения в области вульвы и влагалища. Неспецифическая противовоспалительная терапия, гормонотерапия давала лишь кратковременный эффект.

При очередном обращении у пациентки был взят мазок из цервикального канала. Цитологическое исследование №9475-9476 от 20.04.01.:среди элементов гнойного воспаления обнаружены гигантские многоядерные клетки типа Пирогова-Лангханса.В урогенитальном отделении пациентка была полностью обследована с целью выявления первичного очага туберкулезной инфекции. Рентгенограмма органов грудной клетки(19.06.01.) в пределах возрастной нормы. При УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства обнаружены признаки хронического холецистита, диффузных изменений печени, хронического пиелонефрита.

В течении года больная получала основной курс противотуберкулезной терапии с последующим санаторно-курортным лечением. В течении 5 лет пациентка наблюдалась в противотуберкулезном диспансере с ежегодным стационарным обследованием. В связи со стойкой ремиссией в 2007 г.снята с учета и переведена под наблюдение врача женской консультаии.

Выводы: туберкулез шейки и влагалища чаще всего является завершающим этапом туберкулезного поражения гениталий. В нашем случае первичный очаг инфекции не был выявлен, что позволяет описать его как редкий случай первичного туберкулеза шейки матки.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ НЕОПУХОЛЕВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ШЕЙКИ МАТКИ

Каухова Е.Н., Лугуева А.Ю., Каухова А.А.

Москва, У ВПО РГМУ Росздзрва, Кафедра акушерства и гинекологии педиатрического факультета.
Городская Клиническая Больница №31

Актуальность. Неопухолевые заболевания шейки матки встречаются в 10-15% и служат фоном для развития предраковых состояний и рака шейки матки. До настоящего времени четко не разработан алгоритм диагностики и лечения с учетом современных методов.

Цель. Оптимизация современных методов диагностики и лечения данных больных .

Материалы и методы. С 2004 по 2007 г.г. нами обследовано 524 пациенток с неопухолевыми заболеваниями шейки матки: эктопией- (98), лейкоплакией (87), гипертрофией и деформацией шейки матки (246), эндометриозом (93). Большинство (66,7%) были в возрасте от 21 до 39 лет. Все обследуемые были разделены на три группы: 1 группа -120 с диатермоэлектроконизацией; 2 гр.- 146 после криодеструкции; 3 гр.- 258 обследованных, которым проведено лечение радиохирургическим методом. Всем выполнялось УЗИ органов гениталий, кольпоскопическое, цитологическое, бактериоскопическое исследования, диагностика половых инфекций методом ПЦР с типированием вируса папилломы человека (ВПЧ). У 127 с аномальной кольпоскопической картиной выполнена биопсия шейки матки острым путем (у 89 из них – радиопетлей) с выскабливанием слизистой цервикального канала и гистологическим исследованием. Эффективность лечения оценивали как в ближайшие сроки -через 10 недель, так и в отдаленные - через 6 - 12 месяцев. Результаты. При осмотре 59 % обследованных предъявляли жалобы: на бели- 61%, на зуд влагалища– 43%, боли различной локализации- 7%. У каждой третьей в анамнезе выявлена эктопия шейки матки, у 43 – лейкоплакия, у 58 – деформация шейки матки. По поводу указанной патологии 186 обследуемых получали лечение : диатермоэлектротокоагуляция – 31, консервативная терапия – 22, криодеструкция –19, лазерное лечение –41. Длительность заболевания у 38% -менее 5 лет,у 62% –более 10 лет. УЗИ у 57% - наряду с поверхностными, обнаружило и глубокие nabothovy kisty, определило их истинные размеры. У 56% пациенток определялась 3-4 степень чистоты мазков, при обследовании методом ПЦР- у 46 ВПЧ , высокого онкологического риска (16, 18, 31 и 33 типы) встречался у 23,9%. С эктопией шейки матки (98) - проведена криодеструкция (91%) и радиоволновая хирургия (98%). Всем с отсутствием эффекта от криолечения и рецидивами - радиолечение (с эффектом). У 87 с лейкоплакией без атипии - полный эффект после диатермоэлектроконизации (94%), всем с неэффективным лечением и рецидивами- радиоконизация (с эффектом).У 43 после криодеструкции , выявили ее малую инвазивность ,отсутствие осложнений - всем с отсутствием эффекта и рецидивами заболевания - радиоконизация (с

эффектом). Диатермоэлектро (93%) и радиолечение (98%) при деформации, гипертрофии шейки матки в сочетании с наботовыми кистами. С отсутствием эффекта - радиоконизация с положительным результатом. При эндометриозе: одинаково высокий эффект как от диатермоэлектро- (94,9%), так и радиолечения (98,3%), лечение проводилось на фоне приема ОК. У 295 из 524 диагностированы наботовы кисты. Наилучший результат - при использовании радио- и электровоздействия (94,6% и 92,9%). Выводы. Алгоритм обследования включает бактериоскопическое, бактериологическое обследование методом ПЦР с типированием ВПЧ, УЗИ органов малого таза. Выбор метода лечения должен быть дифференцированным и определяться видом патологии шейки матки, площадью патологического участка, длительностью заболевания и наличием сопутствующей патологии органов гениталий пациенток.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ СЕРТАКОНАЗОЛА В МОНОТЕРАПИИ ОСТРОГО УРОГЕНИТАЛЬНОГО КАНДИДОЗА

Кира Е.Ф.¹, Муслимова С.З.²

¹Россия. Москва. Кафедра женских болезней и репродуктивного здоровья Института усовершенствования врачей Российского Национального медико-хирургического центра им. Н.И. Пирогова.

²Россия. Москва. Кафедра акушерства, гинекологии, перинатологии и репродуктологии Московской медицинской академии им. И.М. Сеченова

Цель: оценка эффективности и безопасности препарата сертаконазол (залаин), суппозитории вагинальные, в монотерапии острого урогенитального кандидоза (УГК) у женщин репродуктивного возраста.

Материалы и Методы исследования: у 183 пациенток с острым УГК в строгом соответствии с правилами GCP проведено многоцентровое проспективное рандомизированное изучение эффективности и безопасности препарата залаин в монотерапии острого УГК. В данной работе строго учитывались критерии включения и исключения из исследования. Критериями включения пациенток были: репродуктивный возраст, клинико-лабораторная верификация диагноза острого УГК, готовность пациентки соблюдать предписания врача. Критериями исключения являлись: беременные или кормящие грудью женщины; повышенная чувствительность или индивидуальная непереносимость компонентов препарата; пациентки, страдающие рецидивирующим УГК, острыми или хроническими воспалительными (в стадии обострения) заболеваниями малого таза, сопутствующими инфекциями, передающимися половым путём (ИППП); больные, которые нуждались в запрещённой в рамках данного исследования терапии. Для постановки диагноза УГК применялись клиническое и лабораторное обследование. Клиническое обследование включало выяснение анамнестических данных, жалоб пациентки, проведение физикального обследования с оценкой степени выраженности

признаков вагинита. Используются следующие лабораторные методы диагностики: ДНК-диагностика материала из уретры и шейки матки на ИППП; серологическое исследование крови на RW и ВИЧ-инфекции; микроскопия мазков из трёх точек (задний свод влагалища, цервикальный канал, уретра), окрашенных по Граму; бактериологическое исследование вагинального отделяемого с количественной оценкой роста грибов и видовой идентификацией выделенных штаммов; аминотест. После установления диагноза острого УГК все больные получали монотерапию препаратом залаин по следующей схеме: по 1 суппозиторию (300 мг) интравагинально однократно на ночь, независимо от менструального цикла. Если через 7 дней от начала терапии симптомы заболевания сохранялись, препарат назначался повторно в аналогичной дозировке. Всеми больными режим приёма препарата соблюдался. Проводилась первичная и вторичная оценка эффективности препарата. Первичная оценка: после завершения лечения (на 7-е и 28-е сутки) в сравнении с клиническими признаками инфекции до начала лечения с целью выявления рецидивов. Вторичная оценка: 1) бактериологическая эффективность; 2) клинико-лабораторная эффективность; 3) оценка безопасности и переносимости препарата. Статистический анализ результатов исследования выполнен с применением программы «Statistica 6,0».

Результаты и их обсуждение: исследование в 178 (97,3%) случаях завершено согласно протоколу, в 5 (2,7%) случаях - по поводу неэффективности препарата. Переносимость препарата оценена как 98,4%, так как у 3 (1,6%) больных возникли нежелательные явления. У 2 (1,1%) больных связь с препаратом была возможной (жжение), у 1 (0,5%) - сомнительной (диарея). У всех больных степень тяжести нежелательных явлений была легкой. В связи с тем, что серьезных нежелательных явлений не зарегистрировано ни в одном случае (0,0%) наблюдений, безопасность препарата залаин оценена как 100,0%.

Выводы: полученные результаты свидетельствуют о высокой эффективности (97,3%) и безопасности (100%) препарата залаин, суппозитории вагинальные, в монотерапии острого УГК.

ВПЧ-АССОЦИИРОВАННОЕ ПОРАЖЕНИЕ ШЕЙКИ МАТКИ

Клинышкова Т.В., Самосудова И.Б.

Россия. Омск. Омская государственная медицинская академия

Важнейшим фактором канцерогенеза шейки матки является инфицирование женщин вирусом папилломы человека (ВПЧ). Сохраняет актуальность проведение клинико-морфологических параллелей у инфицированных больных.

Цель: установить частоту распространения ВПЧ высокого онкогенного риска у больных с высокой степенью плоскоклеточного поражения шейки матки (CIN II, CIN III).

Материал и методы исследования. В результате целенаправленного скрининга больных специализированного приема по патологии шейки матки группу обследования составили 30 пациенток с CIN II и CIN III в сочетании с папилломавирусной инфекцией. После цитологического обследования и кольпоскопии выполнялось ВПЧ-тестирование цервикальных образцов посредством полимеразной цепной реакции с детекцией высокоонкогенных типов, а также выявление *S. trachomatis* и генитальных микоплазм. На основании данных биопсии экзоцервикса и выскабливания цервикального канала проводилась гистологическая верификация CIN.

Результаты и их обсуждение. Возраст больных с CIN II, CIN III на фоне ДНК ВПЧ варьировал в пределах от 20 до 70 лет, что в среднем составило $38,5 \pm 2,5$ лет. Доминировали женщины репродуктивного возраста, доля пациенток постменопаузального периода составила 26,7%. По мере прогрессирования CIN доля больных постменопаузы незначительно увеличивалась: 25% при CIN II и 33,3% при CIN III.

По результатам цитологического исследования признаки CIN II и CIN III установлены у всех пациенток. Анализ кольпоскопических результатов у инфицированных больных позволил выявить аномальные кольпоскопические признаки в 77,8% наблюдений, среди них ацетобелый эпителий, мозаика, пунктация, атипические сосуды, йод-негативный эпителий и их сочетание. В остальных случаях на экзоцервиксе, доступном визуализации, отмечались как нормальные кольпоскопические картины, так и разные результаты (кондилома, кератоз, полип, воспаление), которые наблюдались как изолированно, так и в сочетании с аномальными признаками. Детекция CIN II и CIN III у больных с нормальными кольпоскопическими картинами: цилиндрический эпителий, зона трансформации, в том числе на фоне рубцовой деформации, осуществлялась на основании ревизии цервикального канала. Обращало внимание высокая частота рубцовой деформации шейки матки у обследованных больных, составившая 30% случаев. Гистологически CIN II и CIN III идентифицирована на фоне плоскоклеточной метаплазии (78,6%), лейкоплакии шейки матки (21,4%). Генотипирование ВПЧ позволило установить наличие высокоонкогенных типов (16, 18, 16 и 18, 31 и 33, 58 и 59) в 24 (80%) наблюдениях: 75% при CIN II и у всех пациенток с CIN III, в остальных случаях – ВПЧ низкого риска (6, 11 тип или сочетание). Среди пациенток, инфицированных высокоонкогенными типами ВПЧ, доминировал 16 тип (14/58,3%). Инфицирование ВПЧ 16 типа протекало преимущественно в варианте моноинфекции (12/50%) либо в сочетании с 18 типом ВПЧ (2/8,3%). Сопутствующее ВПЧ инфицирование шейки матки *S. trachomatis* и генитальными микоплазмами установлено у 4 (13,3%) пациенток.

Выводы. Таким образом, у больных с высокой степенью плоскоклеточного поражения шейки матки установлено: преимущественное поражение женщин репродуктивного возраста при ВПЧ - ассоциированной CIN II и CIN III; высокая распространенность ВПЧ высокого онкогенного риска (80%) с преоблада-

нием 16 типа ВПЧ (58,3%); частота высокоонкогенных типов ВПЧ возрастает по мере прогрессирования процесса в CIN III.

ПУТИ ПРОФИЛАКТИКИ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ В ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ

Ковчур П.И., Сазонова Л.Н., Белоярова В.С., Корнилова Т.С.

Россия. Петрозаводск. Петрозаводский государственный университет

Цель: Определить возможности профилактики и диагностики рака шейки в условиях женской консультации.

Материал и методы исследования. Для определения динамики частоты рака шейки матки (РШМ) в Карелии проведен анализ статистических отчетов республиканского Карельского ракового регистра за 1998-2007гг. Всего было зарегистрировано 626 случаев РШМ на территории Карелии. Проведен сравнительный анализ 104 случаев РШМ, выявленных за период 1998-2007гг в женской консультации (ЖК) родильного дома им К.А. Гуткина. Комплексное обследование включало анамнез, цитологическое исследование, кольпоскопическое, гистологическое, диагностику инфекций передаваемых половым путем, определение HPV-инфекции с помощью полимеразной цепной реакции.

Средний показатель частоты РШМ в Карелии составил 14,9 на 100000 женщин (с колебаниями от 10,5 до 29,5 в 2007 году), отмечен рост как абсолютного числа заболевших РШМ, так и заболеваемости РШМ на 100 тыс. женщин с 1998 года. Смертность от рака шейки матки в Карелии составляет 7,1 на 100 тысяч. За период 1988-2000 гг. наблюдалось увеличение показателя выявляемости в I-II стадии РШМ с 55,8 до 88%, в последующие годы - с 42,5% до 81,6% (2007г). В 3 стадии заболевание диагностируется приблизительно в трети случаев (35,3%). Показатель запущенности (III-IV стадия) в 1998-2000гг уменьшился с 44,2% до 12%, затем с 57,5% (2001г) до 18,3% (2007г). IV стадия рака шейки матки выявляется в среднем у 4% больных. Диагностика карциномы *in situ* у женщин в Карелии по данным Карельского ракового регистра за период 2000-2007гг составила 23,8%, при этом отмечен стабильный рост показателя с 18,4% до 30,4% в 2006 году. В 1 и 2 стадии процесса – 49,3%, в 3-4 стадии – 26,9%. Соответственно структура выявленной патологии шейки матки у женщин ЖК представлена: карцинома *in situ* – 63,5% (66), рак 1a степени – 11,5% (12), 1b степени – 18,3% (19), 2 стадии – 3,9% (4), 3 стадии – 1,9% (2), 4 стадия – 0,97% (1). Цитологический скрининг в группе пациентов ЖК с РШМ (N-104) показал, что мазок класса-4,5 (HSIL) выявлен у 33,3% женщин, в 66,7% цитологический мазок был представлен воспалением, картиной эндоцервикоза, метаплазированным эпителием [класс 1 – 5,6%, класс 2 (ASC) – 32,2%, класс 3 (LSIL) – 28,9%]. Из обратившихся женщин в ЖК с РШМ 77,8% находились в возрасте до 50 лет

с диагнозом карцинома in situ и рак 1 стадии, 2-3-4 стадия отмечена только у 5,6% женщин старше 51 года. 93% пациентов имели фоновые и предраковые заболевания шейки матки и все находились на диспансерном наблюдении. Кольпоскопический скрининг в этой группе выявил 85,5% аномальных кольпоскопических картин, что послужило основанием к ориентированной биопсии. С 2005 года в ЖК внедрено ДНК-типирование на папилломавирусную инфекцию. Среди обследованных пациентов с РШМ у 85,7% женщин выявлен вирус папилломы: 16 тип - у 88,9%, тип 31,33 - у 11,1% женщин. В 14,3% случаев - вирус папилломы выявлен не был.

Таким образом, при «организованном скрининге» (из числа обратившихся) в условиях ЖК №1 РД им К.А.Гуткина пик заболеваемости приходится на возраст 21-40 лет и процент ранней диагностики (0-1 стадии) составляет 93,3%. С другой стороны, решающим фактором, непосредственно влияющим на эффективность скрининга, является широта охвата скринингом женского населения Карелии. Проведенный анализ показал, что при «неорганизованном скрининге» пик заболеваемости РШМ приходится на возраст 51-60 лет и 70% женщин не посещают гинеколога более 3 лет (от 5 до 20 лет).

Все изложенное свидетельствует о необходимости формирования государственной системы профилактики рака шейки матки, где основной задачей в снижении заболеваемости и смертности от РШМ будет играть внедрение скрининговой программы по выявлению HPV-инфекции и комплексного подхода к диагностике патологических состояний шейки матки.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВИРУС-ПОЗИТИВНОГО РАКА ШЕЙКИ МАТКИ

Коломиец Л.А., Чуруксаева О.Н.

Россия. Томск. ГУ НИИ онкологии ТНЦ СО РАМН, г. Томск, Россия

Цель: изучить клинические особенности рака шейки матки позитивного к 16 и 18 типам ВПЧ –инфекции.

Материал и методы исследования. В исследование было включено 85 больных раком шейки матки (РШМ) I-IV стадий, которые проходили обследование и лечение в гинекологическом отделении ГУ НИИ онкологии ТНЦ СО РАМН. У всех больных проводился сбор общего и акушерско-гинекологического анамнеза, кольпоскопия, ПЦР-диагностика на онкотропные типы ВПЧ-инфекции, цитоморфологическое исследование. Объем противоопухолевого лечения проводился в зависимости от стадии опухолевого процесса.

Результаты и их обсуждение. Удельный вес 16 и 18 подтипа у больных раком шейки матки составил 77,8%. Средний возраст вирус-позитивных больных РШМ был 38,7±3,7 лет. В возрасте до 30 лет больных вирус-позитивным РШМ было 29%, от 31 до 40 лет 21%, от 41 до 50 лет 30%. После

60 лет удельных вес таких больных не превышал 3%. Анализ анамнестических данных показал, что 33,4% больных не предъявляли жалоб, у 16,7% пациенток был болевой синдром, ациклические мажущие выделения были у 55,6% больных. Ранний сексуальный опыт имели 43,2% больных вирус-положительным РШМ. В 64,5% случаев эти пациентки имели 4-5 и более половых партнеров. Барьерную контрацепцию использовали только 28,9% больных, оральные контрацептивы – 11,5%, а 58,3% больных не пользовались контрацептивными средствами. Среднее число родов у этих больных было $1,44 \pm 0,2$, аборт - $1,78 \pm 0,5$. Разрывы шейки в родах отмечены в 22,2% случаев. Эрозию шейки матки имели 66,7% больных вирус-положительным РШМ, причем в 83,3% лечение фоновой патологии шейки матки этим больным не проводилось, кроме того, у 33% больных в анамнезе была миома матки, у 55,5% воспалительные заболевания. Урогенитальная инфекция встречалась у 31,5% пациенток. При вирус-положительном РШМ преобладал неороговевающий рак низкой степени дифференцировки. Удельный вес CIN 111 среди вирус-положительных больных составил 18 %, в 44% случаев диагностировался местно-распространенный РШМ. Всем больным с CIN111 проведено органосохраняющее лечение с одновременным проведением неспецифической иммунотерапии. Больным с местно-распространенным РШМ проводилось химиолучевое лечение, включающее 2 курса химиотерапии гемзар/цисплатин с последующей сочетанной лучевой терапией. Оценка эффективности неоадьювантной химиотерапии показала, что после 2-х курсов химиотерапии у больных вирус-положительным РШМ стабилизация процесса была в 12,5% случаев, частичная регрессия наблюдалась в 75%, полная регрессия первичного очага – в 12,5%. У больных РШМ, у которых 16 и 18 типы ВПЧ- инфекции не выявлялись, после неоадьювантной химиотерапии стабилизация процесса наблюдалась в 50%, частичная регрессия опухоли – в 50% случаев, полной регрессии выявлено не было. Проведение второго этапа лечения –сочетанной лучевой терапии у больных вирус-положительным РШМ проводилось на фоне иммунотерапии. Общая эффективность после окончания противоопухолевого лечения составила 89,1%. Показатель одногодичной выживаемости был 100%, а одногодичная выживаемость без прогрессирования-84%.

Выводы. Полученные результаты свидетельствуют об существующих особенностях клинического течения и данных анамнеза у больных вирус-положительным РШМ, а также и ответа опухоли на проводимое лечение.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ПРЕДРАКОВЫХ СОСТОЯНИЙ И КАРЦИНОМЫ ШЕЙКИ МАТКИ

Кондриков Н.И. Шамаракова М.В.

Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии РАМН, Москва, Россия

Раковые поражения шейки матки занимают второе место среди злокачественных опухолей репродуктивных органов у женщин, притом в последние годы наметилась тенденция к увеличению заболеваемости раком шейки матки (РШМ) у женщин в возрасте до 29 лет. Несмотря на то что отмечается некоторое снижение числа больных, умирающих в связи с раковым поражением шейки матки, вместе с тем уровень смертности все еще остается достаточно высоким, особенно в возрасте 25-39 лет.

Для выявления предраковых состояний и карциномы шейки матки широко используется цитологическое исследование шеечных мазков, окрашенных по Папаниколау (Pap-тест), что позволило снизить заболеваемость и смертность у больных РШМ. Однако данный традиционный цитологический метод имеет определенные ограничения: его высокая специфичность сопровождается низкой воспроизводимостью, что отчасти связано с неадекватным взятием материала и интерпретацией цитологической картины, ложноположительными и ложноотрицательными заключениями. Для улучшения цитологической диагностики предраковых состояний и раковых поражений шейки была предложена классификация TBS (Terminology Bethesda System, 2001), согласно которой различают интраэпителиальные плоскоклеточные поражения низкой и высокой степени (LSIL и HSIL), более соответствующие биологии цервикального канцерогенеза и морфологической классификации цервикальной интраэпителиальной неоплазии (CIN).

Учитывая вариабельность результатов скрининговых программ с использованием Pap-теста, в настоящее время все шире применяется жидкостная технология взятия материала и приготовления тонкослойных цитологических препаратов (Thin Prep-метод), позволяющая одновременно провести тестирование на выявление вируса папилломы человека (ВПЧ). Принимая во внимание значение ВПЧ в патогенезе цервикального канцерогенеза, диагностику инфицирования ВПЧ следует рассматривать в качестве составного компонента скрининга и профилактики РШМ. Жидкостная цитология, благодаря улучшению качества образцов, является более чувствительным методом по сравнению с Pap-тестом, однако характеризуется более высокой стоимостью и почти идентичной специфичностью с традиционным цитологическим исследованием. В связи с этим нельзя исключить необходимости проведения рандомизированного контролируемого исследования для оценки значения жидкостной цитологии в снижении заболеваемости и смертности от РШМ.

Для выявления и генотипирования ВПЧ используются методы гибридизации *in situ* и полимеразной цепной реакции (ПЦР). Чувствительность

ВПЧ-тестирования значительно превышает таковую цитологического исследования, а специфичность почти не отличается от специфичности Pap-теста. Наиболее распространенным методом выявления и типирования ВПЧ является ПЦР в качественном исполнении, хотя более целесообразным представляется применение ПЦР в реальном времени (определение концентрации вируса в клетках эпителия) или технологии амплификации нуклеиновых кислот (выявление полноразмерной мРНК генов E6 и E7 ВПЧ высокоонкогенных серотипов). Однако высокая стоимость ВПЧ-тестов затрудняет их использование в программе скрининговых исследований, притом у большинства женщин инфицирование ВПЧ имеет транзиторный характер.

Преодоление недостатков традиционного Pap-теста и иных методов исследования при цитологической диагностике предраковых состояний и РШМ могут способствовать специфические молекулярные маркеры, в частности, определение экспрессии ингибитора циклинзависимой киназы p16INK4a. Использование данного маркера позволяет не только обнаружить дискаринотические и атипические клетки, но и благодаря свойственным последним нарушениям ядерно-цитоплазматического соотношения и атипии ядер провести дифференциальную диагностику с атрофическими и метапластическими клетками, которые также характеризуются экспрессией p16INK4a. В сомнительных случаях сочетанное определение экспрессии p16INK4a и маркера пролиферации Ki-67 помогает исключить ложноотрицательную и ложноположительную интерпретацию цитологической картины. Однако, для подтверждения клинической значимости определения экспрессии p16INK4a и Ki-67 в программе по предотвращению РШМ или выявления поражения на ранних стадиях развития необходимо проведение проспективного исследования на большом числе наблюдений.

Следует отметить, что оптимальная программа цитологического скрининга все еще остается предметом дискуссии. Вместе с тем, несмотря на некоторые финансовые затраты, не вызывает сомнения целесообразность использования при скрининге современных методов цитологического исследования (включая иммуноцитохимический метод) при обследовании женщин групп риска в отношении возможности развития предраковых состояний и раковых поражений шейки матки.

ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ЖЕНЩИН С ПАНИЛЛОМАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

Кортунова В.В., Глебова Н.Н., Красникова М.Б.

Россия. Уфа. Башкирский государственный медицинский университет

Целью нашего исследования явилось изучение психоэмоционального статуса женщин, страдающих папилломавирусной инфекцией гениталий.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 216 молодых женщин с папилломавирусной инфекцией (ПВИ) гениталий. При обследовании изучаемого контингента женщин применялись общепринятые клинические методы, бактериологические, бактериоскопические, эндоскопические (кольпоскопия, вульвоскопия), цитологические, гистологические, иммунологические методы, метод ПЦР, гистоморфологические методы исследования. Для оценки психоэмоционального статуса использовалось тестирование по шкале самооценки Ч.Д. Спилбергера и Ю.А.Ханина.

Результаты и их обсуждение. Средний возраст молодых женщин с папилломавирусной инфекцией составил 22,9 лет. Продолжительность заболевания варьирует от 7 дней до 1 года. Все пациенты предъявляли жалобы на обильные выделения из половых путей с неприятным запахом, зуд, жжение и высыпания в области гениталий. В 71,8% случаях остроконечные кондиломы имели множественный характер и были расположены в области больших и малых половых губ, промежности, преддверия и стенок влагалища, устья уретры. Наряду с остроконечными кондиломами у всех молодых женщин диагностирована гинекологическая патология: вульвовагиниты (100%), фоновые заболевания шейки матки (83,1%), цервициты (6,5%), хронический сальпингоофорит (18,2%), кроме того, при бактериологическом исследовании выявлена сопутствующая микрофлора: хламидии, уреоплазмы, микоплазмы, гарднереллы, кандиды. Диагноз папилломавирусной инфекции подтвержден методом ПЦР, наличием койлоцитов при цитологическом исследовании мазков.

По шкале Ч.Д. Спилбергера и Ю.А.Ханина, которая является информативным способом самооценки уровня реактивной и личностной тревожности, были опрошены 216 женщин с папилломавирусной инфекцией гениталий. Анализ тестирования в 42% случаев выявил умеренную тревожность. Отклонения от нормы имели 58% опрошенных, из них 35% - низкую тревожность и 23% - высокую. Лечение женщин с папилломавирусной инфекцией проводилось в три этапа, по разработанной нами методике. Первый этап - лечение выявленной сопутствующей патологии гениталий. Второй этап - лечение остроконечных кондилом с использованием аппарата «Сургитрон». Третий этап - рациональное ведение послеоперационного периода с использованием мазей стимулирующих регенерацию тканей, в том числе противовирусных.

У женщин с низкой и высокой тревожностью одновременно с лечением назначалась консультация психолога, которым были даны соответствующие рекомендации. После проведенного лечения папилломавирусной инфекции, с применением рекомендаций психолога, позволило снизить число психоэмоциональных нарушений до 42%.

Выводы: проведенное комплексное лечение папилломавирусной инфекции с включением рекомендаций психолога позволили снизить психоэмоциональные нарушения с 58% до 42%.

ЦЕРВИКАЛЬНАЯ ИНТРАЭПИТЕЛИАЛЬНАЯ НЕОПЛАЗИЯ II-III СТЕПЕНИ У БЕРЕМЕННЫХ

Косенко И.А. ¹, Русакевич П.С. ², Литвинова Т.М. ¹, Матылевич О.П. ¹, Костевич Г.В. ¹

¹Республиканский научно-практический центр онкологии и медрадииологии им. Н.Н. Александрова, Минск, Республика Беларусь

²Белорусская академия постдипломного образования, Минск, Республика Беларусь

При беременности цервикальная интраэпителиальная неоплазия (CIN) встречается редко. Публикаций по методам диагностики дисплазий шейки матки и их лечения у беременных немного. Определенный интерес представляет ведение беременных с дисплазиями шейки матки с точки зрения врача-онколога.

Цель исследования: оценить методы обследования, лечения и эффективность проводимой терапии у беременных женщин, имеющих CIN II-III степени.

Материал и методы. В исследование включены 25 беременных женщин в возрасте от 18 до 46 лет, направленных в РНПЦ ОМР им. Н.Н. Александрова с подозрением на рак шейки матки. Сроки беременности варьировали от 7 до 32 недель. Для уточнения диагноза проводили комплексное исследование, включающее кроме стандартного осмотра, кольпоскопию, пробу Шиллера, взятие мазков для цитологии с шейки матки и цервикального канала, выскабливание нижней трети слизистой цервикального канала, прицельную ножевую биопсию шейки и сонографию матки с придатками.

Результаты. Проведение комплексного обследования позволило диагностировать у 5 (20,0%) женщин CIN II степени, у 20 (80,0%) – III; рак шейки матки не обнаружен.

Из анамнеза установлено, что у 16 (64,0%) женщин дисплазии возникли на фоне длительно существующих нелеченных эрозий шейки матки. 18 (72,0%) пациенток из числа обследованных наблюдались до родоразрешения. Роды протекали без патологии. Новорожденные отклонений в состоянии здоровья не имели. Через 6 недель после родов женщинам было проведено повторное комплексное обследование. Диагноз дисплазии шейки матки был подтвержден гистологическим методом, а затем выполнена операция Штурмдорфа. В удаленном участке шейки матки у всех 18 женщин злокачественного роста не выявлено. Самопроизвольный выкидыш в сроки 9-17 недель беременности произошел у 3 (12,0%) женщин. Остальным 4 (16,0%) беременным по их желанию выполнен медицинский аборт с последующем комплексным обследованием и лечением дисплазии.

Выводы.

1. CIN II-III степени в 64,0% случаев развивается у беременных на фоне длительно существующих эрозий шейки матки.

2. Пролонгирование беременности и последующие роды не приводят к

развитию из дисплазии II-III степени рака шейки матки.

3. Беременных, имеющих CIN II-III степени, следует наблюдать до родоразрешения, а затем через 6-8 недель после родов проводить комплексное обследование и специальное лечение.

ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНАЯ ПАТОЛОГИЯ КАК ФАКТОР РИСКА ИЦН

Кох Л.И., Сатышева И.В.

Россия. Томск. СибГМУ, кафедра акушерства и гинекологии ФПК и ППС

Соединительная ткань занимает в организме особое место и представлена во всех органах и тканях, составляя более половины массы тела. Под действием мутаций цепи коллагена формируются неправильно, это приводит к изменению механических свойств, «слабости» соединительной ткани большинства органов и систем. Таким образом, многие экстрагенитальные заболевания имеют в своей основе элементы патологии соединительной ткани (пролапс митрального клапана, варикозная болезнь, миопия и др.).

Целью настоящего исследования явилось выявить связь истмикоцервикальной недостаточности (ИЦН) с экстрагенитальной патологией, имеющей отношение к ДСТ.

Материал и методы исследования. Нами обследовано 70 беременных женщин с ИЦН в возрасте 18 – 41 год. Все они имели сопутствующую экстрагенитальную патологию, из них связанная с дефектом коллагеновых структур была у 51,4 %. В зависимости от нозологии соматической патологии все пациентки были разделены на 2 группы: в 1-ую вошли 34 пациентки (48,6%), имевшие в анамнезе ветряную оспу, ОРЗ, ангину, пневмонию, цистит, хронический отит. Вторую группу составили 36 пациенток (51,4%), имеющие в анамнезе экстрагенитальную патологию относящуюся к дисплазии соединительной ткани: хронические заболевания желудочно-кишечного тракта - 40%, миопия слабой и средней степени - 15%, хронический тонзиллит - 15%, вегето-сосудистая дистония - 10%, варикозная болезнь вен нижних конечностей - 5%, пролапс митрального клапана - 2,5%, деформирующий коксартроз - 2,5%, ревматизм - 2,5%, миокардит - 2,5%. Сочетание 2-х экстрагенитальных патологии в данной группе имело место у 34,3%, 3-5 у 5,7%.

Средний возраст беременных 1-ой группы составил $26 \pm 1,22$ года, 2-ой – $27 \pm 1,27$ года.

Менструальный цикл был регулярным у всех пациенток обеих групп.

Паритет женщин 1-ой группы выглядит следующим образом: первобеременных - 29,4%, повторобеременных – 70,6%, срочные роды были у 50%, преждевременные - у 16,7%, 1 аборт - у 29,4%, 2 и более аборта - у 23,5%, 1 – 2 выкидыша - у 41,7%, замершая беременность - у 25%. В 62,5% случаев течение беременности и родов в прошлом у них осложнилось угрозой прерывания беременности, ИЦН, ПОНРП, слабостью родовых сил.

Соответственно паритет женщин 2-ой группы: 27,8%, 72,2%, срочные роды - 46,2%, преждевременные - 7,7%, 1 аборт - 33,3%, 2 и более аборта - 27,8%, 1 - 2 выкидыша - 38,5%, замершая беременность - 15,4 %, У 85,7 % пациенток этой группы течение предыдущих беременностей осложнилось угрозой прерывания, ИЦН, в родах наблюдалась слабость родовых сил, быстрые, стремительные, затяжные роды, разрывы шейки матки, позднее гипотоническое кровотечение.

При данной беременности ИЦН была диагностирована в 13 - 15 недель у 11,8 %, в 16 - 20 у 23,5 %, в 21 - 25 у 47,1 %, в 26 - 30 у 17,6 % в 1-ой группе и во 2-ой группе в 11,1 %, 22,2 %, 61,1 %, 5,6 % соответственно.

Всем беременным при постановке диагноза ИЦН проведена соответствующая коррекция: в 1-ой группе разгружающий пессарий - 82,4%, во 2-ой - 72,2%, наложение швов на шейку матки - 17,6% и 27,8%; параллельно проводилось лечение угрозы прерывания беременности: седативные, спазмолитики, токолитики, витамины, магензиальная терапия, физиолечение

Беременность доносили до срока 85,7 % пациенток 1-ой группы и 86,1 % 2-ой. Преждевременные роды имели соответственно 8,6% и 11,1%, выкидыш в поздние сроки 5,7% 2,8%. Родоразрешение через естественные родовые пути было у 88,2% женщин 1-ой группы и 72,2% у 2-ой, путем кесарева сечения в 11,8 % и 27,8% соответственно. Показаниями к кесареву сечению явились: клинически узкий таз, острая внутриутробная гипоксия плода, ПОНРП, гестоз тяжелой степени. Все роды завершились рождением живых младенцев.

Таким образом, ИЦН развивается в одни и те же сроки беременности, независимо от различной экстрагенитальной патологии. Однако, наличие у женщин экстрагенитальной патологии, имеющей отношение к дисплазии соединительной ткани, чаще требует наложения швов на шейку матки, чаще встречается осложненное течение беременности: ХФПН, ВЗРП, ОПГ-гестоз, а также преждевременные роды и оперативное родоразрешение.

РОЛЬ ИНФЕКЦИИ В ГЕНЕЗЕ НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Краснопольский В.И., Серова О.Ф., Зароянцеева Н.В., Снапковская Л.Г., Белоусова Т.Н.

Россия. Москва. Московский областной научно-исследовательский институт акушерства и гинекологии Минздрава РФ

Цель: выяснить роль инфекции в генезе невынашивания беременности (НБ).

Материал и методы: обследовано 137 пациенток в возрасте от 20 до 40 лет с НБ в анамнезе с помощью общеклинических, бактериологического (биоптатов из полости матки), иммуноферментного (определение МГФ в смыве

из полости матки и в менструальных выделениях), морфологического, иммуногистохимического (определение рецепторов к эстрогенам и прогестерону в биоптатах эндометрия) и ультразвукового (УЗИ) методов исследования.

Результаты: основную группу составили 45 (32,8%) женщин с гистологически подтвержденным хроническим эндометритом (ХЭ), контрольную - 25 здоровых женщин. Выявлено наличие различных микробных ассоциаций в полости матки у всех пациенток основной группы, причем лишь у 9 (20,0%) из них определялся один вид возбудителя, у остальных (80,0%) - смешанная инфекция. При УЗИ признаки хронического эндометрита (неравномерность толщины и гетерогенность структуры эндометрия за счет фиброзных включений) выявлены у 11 (24,4%) пациенток. При исследовании гемодинамики в дуговых артериях матки пациенток основной группы отмечено колебание численных значений систоло-диастолического соотношения (С/Д) от 3,22 до 4,32, тогда как в контрольной группе коэффициент С/Д составлял 2,20 - 2,26, что соответствовало норме. Исследование кровотока в яичниковых артериях также выявило значительное увеличение численных значений С/Д у пациенток основной группы (от 4.20 до 5.32) по сравнению с контрольной (2.89-3.35).

Наличие хронического эндометрита у пациенток основной группы было подтверждено гистологическим исследованием биоптатов эндометрия, взятых на 5-7 дни менструального цикла. Характерным его признаком была диффузная инфильтрация стромы эндометрия мелкими лимфоцитами с базофильными ядрами и узким ободком цитоплазмы. На этом фоне отмечено резкое снижение экспрессии рецепторов к эстрогенам и прогестерону. Кроме того, у всех пациенток выявлено снижение функциональной активности эндометриальных желез, при котором содержание АМГФ в смыве из полости матки составляло 7600 ± 280 нг/мл, тогда как в контрольной группе его средний уровень был 12400 ± 1680 нг/мл. Это коррелировало с содержанием АМГФ в менструальных выделениях данного цикла ($11526,2 \pm 2560,3$ нг/мл и $28345,4 \pm 1250,0$ нг/мл соответственно).

Всем пациенткам проводилось лечение, включающее назначение антибиотиков широкого спектра действия, препаратов метронидазола, иммуномодуляторов, эубиотиков, средств, улучшающих метаболические процессы в тканях. Для восстановления рецептивности эндометрия проводились курсы иглорефлексотерапии. При контрольном обследовании этих женщин в 43 (95,6%) случаях констатировано отсутствие выявляемой ранее инфекции, гистологических признаков воспаления в эндометрии, значительное повышение экспрессии рецепторов к эстрогенам и прогестерону, а также увеличение продукции АМГФ маточными железами до 10357 ± 1250 нг/мл.

Закключение. Таким образом, хронический эндометрит сопровождается не только характерными структурными изменениями эндометрия и нарушением его рецептивности, но и функциональной активности, о чем свидетельствует уменьшение продукции основного эндометриального белка АМГФ. Все это

в совокупности приводит к ранним репродуктивным потерям. Адекватное лечение хронического эндометрита, включающая иглорефлексотерапию, в 95,6% случаев приводит к устранению указанных нарушений и созданию благоприятного фона для наступления следующей беременности.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ПРЕДРАКОВЫХ СОСТОЯНИЙ И КАРЦИНОМЫ ШЕЙКИ МАТКИ

Кондриков Н.И. Шамаракова М.В.

Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии РАМН, Москва, Россия

Раковые поражения шейки матки занимают второе место среди злокачественных опухолей репродуктивных органов у женщин, притом в последние годы наметилась тенденция к увеличению заболеваемости раком шейки матки (РШМ) у женщин в возрасте до 29 лет. Несмотря на то что отмечается некоторое снижение числа больных, умирающих в связи с раковым поражением шейки матки, вместе с тем уровень смертности все еще остается достаточно высоким, особенно в возрасте 25-39 лет.

Для выявления предраковых состояний и карциномы шейки матки широко используется цитологическое исследование шеечных мазков, окрашенных по Папаниколау (Pap-тест), что позволило снизить заболеваемость и смертность у больных РШМ. Однако данный традиционный цитологический метод имеет определенные ограничения: его высокая специфичность сопровождается низкой воспроизводимостью, что отчасти связано с неадекватным взятием материала и интерпретацией цитологической картины, ложноположительными и ложноотрицательными заключениями. Для улучшения цитологической диагностики предраковых состояний и раковых поражений шейки была предложена классификация TBS (Terminology Bethesda System, 2001), согласно которой различают интраэпителиальные плоскоклеточные поражения низкой и высокой степени (LSIL и HSIL), более соответствующие биологии цервикального канцерогенеза и морфологической классификации цервикальной интраэпителиальной неоплазии (CIN).

Учитывая вариабельность результатов скрининговых программ с использованием Pap-теста, в настоящее время все шире применяется жидкостная технология взятия материала и приготовления тонкослойных цитологических препаратов (Thin Prep-метод), позволяющая одновременно провести тестирование на выявление вируса папилломы человека (ВПЧ). Принимая во внимание значение ВПЧ в патогенезе цервикального канцерогенеза, диагностику инфицирования ВПЧ следует рассматривать в качестве составного компонента скрининга и профилактики РШМ. Жидкостная цитология, благодаря улучшению качества образцов, является более чувствительным методом по сравнению с Pap-тестом, однако характеризуется более высокой стоимо-

стью и почти идентичной специфичностью с традиционным цитологическим исследованием. В связи с этим нельзя исключить необходимости проведения рандомизированного контролируемого исследования для оценки значения жидкостной цитологии в снижении заболеваемости и смертности от РШМ.

Для выявления и генотипирования ВПЧ используются методы гибридизации *in situ* и полимеразной цепной реакции (ПЦР). Чувствительность ВПЧ-тестирования значительно превышает таковую цитологического исследования, а специфичность почти не отличается от специфичности Pap-теста. Наиболее распространенным методом выявления и типирования ВПЧ является ПЦР в качественном исполнении, хотя более целесообразным представляется применение ПЦР в реальном времени (определение концентрации вируса в клетках эпителия) или технологии амплификации нуклеиновых кислот (выявление полноразмерной мРНК генов E6 и E7 ВПЧ высокоонкогенных серотипов). Однако высокая стоимость ВПЧ-тестов затрудняет их использование в программе скрининговых исследований, притом у большинства женщин инфицирование ВПЧ имеет транзиторный характер.

Преодоление недостатков традиционного Pap-теста и иных методов исследования при цитологической диагностике предраковых состояний и РШМ могут способствовать специфические молекулярные маркеры, в частности, определение экспрессии ингибитора циклинзависимой киназы p16INK4a. Использование данного маркера позволяет не только обнаружить дискариотические и атипические клетки, но и благодаря свойственным последним нарушениям ядерно-цитоплазматического соотношения и атипии ядер провести дифференциальную диагностику с атрофическими и метапластическими клетками, которые также характеризуются экспрессией p16INK4a. В сомнительных случаях сочетанное определение экспрессии p16INK4a и маркера пролиферации Ki-67 помогает исключить ложноотрицательную и ложноположительную интерпретацию цитологической картины. Однако, для подтверждения клинической значимости определения экспрессии p16INK4a и Ki-67 в программе по предотвращению РШМ или выявления поражения на ранних стадиях развития необходимо проведение проспективного исследования на большом числе наблюдений.

Следует отметить, что оптимальная программа цитологического скрининга все еще остается предметом дискуссии. Вместе с тем, несмотря на некоторые финансовые затраты, не вызывает сомнения целесообразность использования при скрининге современных методов цитологического исследования (включая иммуноцитохимический метод) при обследовании женщин групп риска в отношении возможности развития предраковых состояний и раковых поражений шейки матки.

ПРИМЕНЕНИЕ ОРАЛЬНОГО ПРОБИОТИКА «ЛАКТОГИН» В ЛЕЧЕНИИ БАКТЕРАЛЬНОГО ВАГИНОЗА

Кудинов С.В., Крылов Г.Г., Суховой Ю.Г., Петров С.А.

Россия. Тюмень. Лечебно-оздоровительный центр ООО ТюменНИИгипрогаз, Тюменский филиал ГУ «Научно-исследовательский институт клинической иммунологии» СО РАМН

Актуальность проблемы. В настоящее время инфекционно-воспалительные заболевания наружных половых органов, в том числе бактериальный вагиноз (БВ) занимают лидирующее место в структуре воспалительных заболеваний женских половых органов.

Особого внимания заслуживает факт наличия эпидемиологической связи БВ с тяжелыми инфекционно-воспалительными процессами органов малого таза, осложнениями течения беременности и родов, а так же с неопластическими процессами шейки матки.

Таким образом, высокая распространенность БВ в популяции, не всегда эффективные методы лечения, наличие рецидивов заболевания требуют поиска и разработки новых методов лечения. Одним из таких препаратов является первый в мире оральный пробиотик «Лактогин». «Лактогин» выпускается в виде капсул. Каждая капсула содержит уникальную комбинацию двух штаммов лактобактерий: *Lactobacillus rhamnosus* GR-1 и *Lactobacillus reuteri* RC-14.

Цель исследования. Изучение эффективности и переносимости орального пробиотика «Лактогин» (фирма «Jadran Galenski Laboratorij d.d.» Хорватия) при лечении клинических и бессимптомных форм БВ.

Материал и методы исследования. Нами проведено лечение 34 пациенток с БВ в возрасте от 19 до 42 лет, из них у 25 был выявлен БВ с клиническими проявлениями и у 9 бессимптомный, по данным лабораторного обследования. У 23 (70,5%) женщин была выявлена сочетанная патология: эктопия шейки матки – 7 (20,6%), хронические воспалительные заболевания органов малого таза - 16 (47%).

Проводилась оценка эффективности сочетанной схемы лечения №1 БВ с клиническими проявлениями и монотерапии лактогином бессимптомного БВ, схема №2.

Схема №1: - Трихопол 0,25 по 2 таб.×2 раза в день per os в течение 7 дней;
- свечи Нео-пенотран во влагалище 2 раза в день в течение 7 дней;
- Лактогин по 1 капсуле 1 раз в день в течение 4 недель.

Схема №2: - Лактогин по 1 капсуле 1 раз в день в течение 4 недель.

Результат исследований и обсуждение

Уставлено, что при использовании орального пробиотика «Лактогин» имеется выраженный положительный эффект при лечении БВ с клиническими проявлениями, который выражается в том, что у пациенток принимающих «Лактогин» по сравнению с женщинами при лечении БВ использующими аппликационное введение пробиотика в течении 6 месяцев не наблюдалось

рецидивов заболевания.

В группе с бессимптомной формой БВ рецидив заболевания происходит через три месяца в 11,1% случаев с последующим переходом в клиническую форму БВ через три месяца. Через шесть месяцев в данной группе рецидив заболевания наблюдается уже в 22,2% случаев, что соотносится так же с результатами лечения БВ аппликационным путем введения пробиотика.

Проведенный анализ показывает, что результаты лечения БВ у женщин исследуемых групп следует признать высокоэффективными.

Выводы:

1. Использование орального пробиотика «Лактогин» имеет высокую эффективность при лечении клинических форм БВ.

2. «Лактогин» имеет существенное преимущество перед другими пробиотиками, которое выражается в удобной форме введения.

3. Высокий процент рецидивов при лечении бессимптомной формы БВ, по-видимому, требует проведение повторного курса лечения через шесть месяцев.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ДИАГНОСТИКИ ОНКОПАТОЛОГИИ ШЕЙКИ МАТКИ В НИЖЕГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ

Кузнецова И.А.* , Январева И.А. , Дождикова О.В.** , Обухов Л.Р.** , Юнусова Е.Э.****

Россия. Н.Новгород. **, ГУЗ НОКБ им. Н.А.Семашко*; Нижегородская медицинская академия

Актуальность: ежегодно в мире диагностируется около 500 000 новых случаев рака шейки матки (РШМ), из них почти половина (234 тыс.) заканчивается летально, в Российской Федерации от РШМ ежегодно умирает более 6000 больных. Эффективность диагностики патологии шейки матки в России нельзя считать удовлетворительной, только у 10% больных заболевание диагностируется на преинвазивной стадии.

Цель исследования: проанализировать статистические данные заболеваемости РШМ и организацию диагностики патологии шейки матки в Нижегородской области.

Материалы исследования: статистические данные Областного онкологического диспансера Нижегородской области в 2006 году, 421 направление на гистологическое исследование биоптатов шейки матки в Областной патологоанатомический центр.

Результаты исследования: РШМ в 2006 г. в Нижегородской области был диагностирован у 308 женщин, уровень заболеваемости составил 16,67 на 100 тыс. населения, смертность – 8 на 100 тыс. населения. На профосмотрах в 2006 РШМ выявлен 17,4% пациенток, за последние 5 лет этот показатель не

улучшился. В 51 % заболевание было выявлено на III – IV стадии, этот показатель ухудшился за последние 5 лет (в 2001 году этот показатель составил 44 %).

В ходе исследования было проанализировано 421 направление на гистологическое исследование биоптатов шейки матки, присланных в Областной патологоанатомический центр. При анализе гистологических направлений обнаружено, что клинический диагноз эктопия, принятый в МКБ X, был использован лишь в 2,1% случаев. Основным термином продолжает оставаться эрозия, что составило 78,1% случаев, псевдоэрозия – 10%. Данный диагноз морфологически был подтвержден в 84% случаев. Клиническая ошибка составила 16%, предраковые процессы и РШМ составили 1,4%.

При клиническом подозрении на доброкачественные заболевания шейки матки, морфологическое подтверждение получили в 78,8%, в 21,2% случаев гистологическое заключение расходилось с клиническим диагнозом, из которых только в 4,6% была выявлена дисплазия различной степени тяжести и рак шейки матки. Показанием к биопсии в 81,9% случаев явилось клиническое подозрение на доброкачественные заболевания шейки матки. Однако, предрак шейки матки был выявлен лишь в 2,7%, таким образом, процент необоснованного забора материала составил 79,2%. При анализе гистологических заключений обнаружено, что проведение биопсии на фоне воспалительного процесса, производилось в каждом 5 случае, это в свою очередь привело к ложно-положительным морфологическим заключениям по обнаружению CIN.

CIN различной степени тяжести и подозрение на РШМ явились показанием к биопсии в 18,1% случаев. Клиническое и морфологическое совпадение диагнозов составило 51,3%: при РШМ в 57,8%, при CIN III в 62,5%, при CIN I – II - в 34,8%.

Выводы.

Анализ статистических данных убедительно демонстрирует неудовлетворительное качество организации своевременной и эффективной диагностики патологии шейки матки в Нижегородской области. Врачи крайне редко используют международную классификацию болезней МКБ X в формулировке диагнозов. Биопсию используют в качестве скринингового метода диагностики при подозрении на доброкачественные состояния шейки матки, в 79,2% случаев проведение биопсии является необоснованным. Однако, несмотря, на широкое использование биопсии отмечается рост запущенных случаев РШМ.

Таким образом, крайне важной является задача по созданию и скорейшей реализации целевой программы по организации профилактики и эффективной диагностике патологии шейки матки в Нижегородской области.

КОЛИЧЕСТВЕННЫЙ ПОДХОД В ДИАГНОСТИКЕ ГЕНИТАЛЬНОЙ ПАПИЛЛОМАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

Кувда Д.А.¹, Шипулина О.Ю.¹, Минкина Г.Н.² Пиксасова О.¹

¹-ФГУН «Центральный НИИ Эпидемиологии» Роспотребнадзора, Москва, Россия

²-ГУ Московский Государственный Медико-стоматологический Университет, Москва, Россия

Введение.

Важной задачей молекулярного ВПЧ-теста является возможность определения вирусной нагрузки и отделения клинически значимого количества вируса от клинически незначимого. Целью настоящей работы была апробация методики количественного определения широкого спектра генотипов ВПЧ высокого онкогенного риска (12 типов) на основе технологии ПЦР в реальном времени и оценка ее клинических характеристик в условиях скрининга. Материалы и методы. В качестве метода для выявления и количественного определения ДНК ВПЧ использовалась полимеразная цепная реакция в реальном времени. Для этих целей в ФГУН «ЦНИИ Эпидемиологии» Роспотребнадзора была разработана и зарегистрирована в Росздравнадзоре РФ тест-система «Амплиценс ВПЧ ВКР Скрин-Титр FRT». Результат рассчитывается в логарифмах геномных эквивалентов вируса (ГЭ) нормализованных на 100 тысяч (10^5) геномов человека. Нормализация на количество геномов позволяет нивелировать эффект вариаций забора клинического материала. Порог релевантного количества вируса принимался равным 10^3 ГЭ на 100 тысяч геномов человека, что примерно соответствует порогу в 1 пг/мл ДНК ВПЧ, описанному Snijders и Lorincz как порог релевантного количества вируса. (при использовании предложенного нами метода взятия образцов. Взятие материала осуществлялось цервикальным цитологическим зондом, который помещается в 500 мкл транспортной среды с муколитиком (транспортная среда «АмплиСенс»-женская, производства ФГУН ЦНИИЭ) и сохраняется до доставки в лабораторию. Оценка проведена на 99 образцах, охарактеризованных методом жидкостной цитологии и гистологии как Н-SIL или РШМ и 305 образцах охарактеризованных как норма или реактивные изменения. Все образцы были получены от пациенток, проходящих обследование в центре патологии шейки матки, кафедра акушерства и гинекологии МГМСУ. Результаты. В ходе исследования образцов Н-SIL и РШМ ДНК ВПЧ выявлена в 99,0% случаев (98 из 99), при введении количественного порога 10^3 ГЭ ВПЧ (3lg) на 10^5 геномов – в 98,0% (97 из 99). В одном образце вирусная нагрузка составила 2,9 lg, что оказалось на 0,1 ниже порогового значения. При попытке повысить пороговое значение до 10^4 ГЭВПЧ (4lg) на 10^5 геномов количество выявленных случаев Н-SIL составило 84,8% (84 из 99). Таким образом, в случае тяжелой дисплазии и рака вирусная нагрузка практически никогда не оказывается ниже порога 10^3 ГЭ ВПЧ (3lg) на 10^5 геномов, при этом попытка повысить данный порог приводит к потере чувствительности. При исследовании образцов нормы или реактивных изменений ДНК ВПЧ выяв-

лена в 36,8% образцов (112 из 305) (диагностическая специфичность по отношению к выявлению дисплазии ШМ – 63,2%). Введение порога клинической значимости на уровне 10^3 ГЭ ВПЧ (3lg) на 10^5 геномов позволило отсеять 51% ВПЧ положительных образцов с диагнозом норма или реактивные (57 из 112) как содержащих незначимое количество вируса. Таким образом, при использовании порога клинической значимости ДНК ВПЧ в образцах нормы или с реактивными изменениями выявляется в 18,1% (55 из 305), диагностическая специфичность увеличилась на 18,7% и составила 81,9%. Заключение. Было продемонстрировано, что с использованием разработанной методики при введении порога клинически значимого количества вируса на уровне 10^3 ГЭ на 100 тыс. геномов человека удастся повысить специфичность исследования с 63,2% до 81,9% при сохранении чувствительности на высоком уровне – 98%. Таким образом, введение порога вирусной нагрузки может быть рекомендовано для проведения более специфичного скрининга.

ВОЗМОЖНОСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ИНТРАЭПИТЕЛИАЛЬНЫМИ ЦЕРВИКАЛЬНЫМИ НЕОПЛАЗИЯМИ

Левицкий В.А., Гусарева Н.В., Яковенко Л.А., Буштырева И.О.

Кафедра акушерства и гинекологии № 3, Ростовского государственного медицинского университета

В настоящее время физиохирургические методы являются основными в лечении интраэпителиальных цервикальных неоплазий. К их недостаткам относятся: длительный послеоперационный период, высокая вероятность нагноения раны, кровотечения в раннем послеоперационном периоде, что может затягивать период реабилитации более чем на один месяц. Это существенно ухудшает качество жизни пациенток, поскольку основную группу больных составляют молодые, сексуально активные женщины. Следует отметить, что частота встречающихся осложнений не зависит от примененного для хирургического лечения вида энергии (лазеро-, радио-, электроножевое иссечение).

В течение 4 месяцев на базе кафедры акушерства и гинекологии №3 РостГМУ физиохирургическое лечение было выполнено 63 больным. Из них 42 произведена круговая биопсия по поводу CIN II – III, а 21 пациентке по поводу CIN I просто иссекли патологический участок с поверхности эктоцервикса. Лечение проводилось на 3-5 – й день менструального цикла. Если ранее мы использовали электро- и радиохирургический методы, то в настоящем исследовании все операции выполнены на аппарате «Сургетрон». Каждой второй больной, начиная с первых послеоперационных суток, проводилась ежедневная 10-минутная фототерапия лампой «Биоптрон» на рану, в течение 5 дней,

и аппликации р-ра коллоидного серебра, в том же режиме. У всех пациенток этой группы, вне зависимости от объема хирургического лечения, к 7-10-м суткам рана выполнялась ровными чистыми грануляциями, а полная эпителизация происходила к началу очередного менструального цикла. В данной группе осложнений послеоперационного периода не наблюдалось, тогда как среди пациенток второй группы, получивших только радиохирургическое лечение, встретились следующие осложнения: у 4-х из 31-й больной на 10-14 сутки возникло кровотечение из послеоперационной раны, у 2-х рана инфицировалась, что потребовало назначения антибактериальной терапии. Практически у всех больных полная эпителизация наступила только через 1,5 мес., а у 7 больных в цервикальном канале сформировалась избыточная грануляционная ткань.

Таким образом, применение в послеоперационном периоде коллоидного серебра и фототерапии лампой «Биоптрон», с учетом их биологических эффектов, существенно сокращает сроки эпителизации операционной раны и сводит к минимуму частоту возможных осложнений.

НЕОПУХОЛЕВЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ШЕЙКИ МАТКИ. РОЛЬ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ ПРИ ВЫБОРЕ МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ

Лугуева А.Ю, Каухова Е.Н., Каухова А.А.

ГОУ ВПО РГМУ Росздрава, г. Москва. Кафедра акушерства и гинекологии педиатрического факультета. Городская Клиническая Больница №31

Актуальность: в настоящее время частота неопухолевых и предраковых заболеваний шейки матки очень высока, рак шейки матки занимает третье место среди злокачественных новообразований половых органов. В связи с этим, большое значение приобретает определение алгоритма обследования и выбор метода лечения при неопухолевых заболеваниях шейки матки.

Цель: оценить роль ультразвуковой диагностики в выборе метода лечения неопухолевых заболеваний шейки матки, сочетающихся с наботовыми кистами.

Методы: с 2004 - 2007 гг. нами обследовано 580 пациенток с различными неопухолевыми заболеваниями шейки матки в возрасте от 19 до 45 лет. У 220 больных (I группа) лечение проводилось без предварительного ультразвукового исследования шейки матки: у 100 – Солковагином, у 120 – криодеструкцией. У 360 (II группа) – с учетом УЗ-данных: 160 больным произведена диатермоэлектрокоагуляция шейки матки, 200 - радиолечение аппаратом «Сургитрон». В дальнейшем в отдаленные сроки (от 1 до 5 лет) с целью оценки эффективности проведенной терапии в комплексном обследовании использовали УЗИ у всех 580 обследуемых.

Результаты: при УЗ - сканировании, осуществленном всем 580 наблюдаемым через год после лечения, у 96 из 580 – диагностированы наботовы кисты в толще шейки матки: у 66 – из I группы (у 23 – мелкие единичные, не требующие лечения; у 43 – крупные или множественные, требующие проведения конизации или прицельного вскрытия), у 30 – из II группы (у 12 – мелкие единичные; у 18 – крупные или множественные). При контрольном УЗИ (через 5 лет после лечения шейки матки) выявлено, что у всех пациенток, которые находились на динамическом наблюдении с небольшими единичными кистами (35), отрицательной динамики не обнаружено. Не отмечено рецидивирования удаленных единичных крупных и множественных наботовых кист (61) после применения радикального метода лечения с учетом данных УЗИ. Рецидивы наботовых кист через 5 лет после лечения выявлены у 21 из 580 больных, 17 из них – в I группе.

Выводы: включение УЗИ в комплекс обследования больных с неопухолевыми заболеваниями шейки матки способствует правильному выбору метода лечения, повышает эффективность лечения патологии шейки матки и снижает количество рецидивов наботовых кист благодаря выявлению глубоких образований экзоцервикса.

ОБОСНОВАНИЕ ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКИ ПАПИЛЛОМАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ И РАКА ШЕЙКИ МАТКИ В СЕВЕРО-ЗАПАДНОМ РЕГИОНЕ РОССИИ

**Лялина Л.В., Каткявичене Е.В., Бреус Е.И., Касаткин Е.В., Некрасова Н.В.,
Нильва С.Е., Гарлоев Р.А., Меженина М.А., Вяткина Г.П., Завадская Т.Н.**

Россия. Санкт-Петербург. Научно-исследовательский институт эпидемиологии и микробиологии им. Пастера, Кожно-венерологический диспансер №8

Петрозаводск. Республиканский кожно-венерологический диспансер, Республиканский онкологический диспансер,

Калининград. Областной кожно-венерологический диспансер,

Псков. Городской перинатальный центр

Папилломавирусная инфекция (ПВИ) и рак шейки матки (РШМ) относятся к числу социально значимых проблем в Российской Федерации. В последние годы появилась реальная возможность для внедрения в практику вакцинопрофилактики указанной патологии. Вместе с тем, проведение иммунизации населения предполагает знание региональных особенностей, исходного уровня, а также других эпидемиологических закономерностей распространения инфекции и ассоциированных с ней злокачественных новообразований.

Цель исследования состояла в изучении клинико-эпидемиологических особенностей ПВИ и РШМ на территориях Северо-Западного Федерального округа России. Материалы исследования включали данные обследования на вирус папилломы человека (ВПЧ) высокого онкологического риска в 2002-2007

гг. методом ПЦР 5237 пациентов гинекологического, урологического (мужчины) и дерматовенерологического (оба пола) профилей в Санкт-Петербурге, Республике Карелия, Псковской и Калининградской областях. Проведено кольпоскопическое и цитологическое обследование 83 больных, у которых обнаружены ВПЧ (16, 18, 31, 33, 35, 45, 56 типы). Гистологическое исследование биоптатов шейки матки выполнено у 18 человек в случае выявления лейкоплакии или подозрения на цервикальную интраэпителиальную неоплазию (ЦИН). Клинико-эпидемиологическое изучение особенностей распространения РШМ включало анализ многолетних данных (1990-2007 гг.) заболеваемости различных возрастных групп женского населения перечисленных территорий.

Результаты исследования показали, что в Северо-Западном регионе России ВПЧ 16 и 18 типов, имеют широкое распространение среди пациентов, обратившихся за медицинской помощью к врачам гинекологам, урологам и дерматовенерологам. Частота обнаружения ВПЧ 16 типа составила в Республике Карелия 10,1, в Псковской области – 15,5 на 100 обследованных лиц. ВПЧ 18 типа на указанных территориях обнаруживался в 6,4% и 4,7% соответственно. Ассоциация ВПЧ 16 и 18 типов установлена в 2,4% случаев. В Калининградской области у пациентов дерматовенерологического профиля ВПЧ этого типа определялись реже, данное обстоятельство может быть связано как с особенностями региона, так и используемых тест-систем. Возрастными группами риска заражения и распространения ВПЧ на всех территориях являются молодые люди в возрасте от 15 до 29 лет. Серьезную проблему представляет микст-инфекция. Онкогенные ВПЧ (16, 18, 31, 33, 35, 45, 56 типы) у больных с диагнозом трихомоноза и хламидийной инфекции обнаружены с частотой 39,1 и 33,3 на 100 обследованных с этой патологией. У пациентов с кондиломатозом наружных половых органов высокоонкогенные типы ВПЧ выявлены в 34,4%, частота бессимптомной папилломавирусной инфекции составила 17,5 на 100 обследованных. По результатам гистологического исследования цервицит установлен в 38,9%, лейкоплакия – 44,4%, ЦИН I- 6%, ЦИН III – 11%. На ряде изученных территорий отмечена тенденция к росту заболеваемости РШМ, на всех территориях выявлен существенный рост заболеваемости среди женщин репродуктивного возраста.

Проведенные исследования показали необходимость разработки государственной программы профилактики, том числе вакцинопрофилактики, папилломавирусной инфекции и ассоциированных с этой инфекцией злокачественных новообразований.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ИССЛЕДОВАНИЯ БИОПТАТОВ ШЕЙКИ МАТКИ ВЗЯТЫХ ТРАДИЦИОННЫМ И РАДИОХИРУРГИЧЕСКИМ СПОСОБОМ

**Манухин И.Б., Минкина Г.Н., Франк Г.А., Симонова Т.В., Харлова О.Г.,
Кайтукова Е.Р., Царькова М.А., Томилов А.С.**

Россия. Москва. Московский государственный медико-стоматологический университет, МНИОИ им.П.А.Герцена

Одним из эффективных методов лечения патологии шейки матки является радиохирургия. Нами проводилась экспериментальная работа, целью которой было изучение морфологических изменений в области операционной раны после проведения биопсии шейки матки с использованием прибора «Surgitron tm» и механическим способом.

Было исследовано 120 биоптатов. Контрольная группа состояла из 20 биоптатов, которые взяты конхотомом или скальпелем. 100 биоптатов взяты с использованием радионож. Препараты фиксировались в 10% нейтральном формалине с последующим приготвлением парафиновых блоков и срезов толщиной 5-7 мм. Исследовано 270 гистологических срезов.

После проведения микроскопического исследования биоптатов, было выявлено, что применение радионож приводит к образованию широкой зоны бокового коагуляционного некроза. В свою очередь, данный факт способствует образованию неблагоприятных условий для заживления операционных ран. Однако, в микропрепаратах через 1 сутки после взятия биоптата с помощью радиохирургического метода воспалительной реакции не было. Краевые клетки отличались от ткани биоптата в целом, что является результатом термического воздействия. В контрольной группе, где биопсия проводилась конхотомом или скальпелем характер повреждения биоптата сопровождался меньшими изменениями. Только в поверхностных отделах имелись участки некроза, но через 1 сутки обнаруживаются воспалительные изменения: единичные лимфоциты, лейкоцитарная инфильтрация.

В клинической оценке качества операции при использовании радиохирургического метода лечения отмечается несравнимое преимущество. Ни в одном случае не отмечено кровотечение; все раны, нанесённые скальпелем, значительно кровоточили, что заставило применять гемостатическую губку. Наложение швов после ножевой биопсии потребовало кратковременного в/в наркоза.

Таким образом, нами выявлены значительные преимущества при проведении биопсии шейки матки радиохирургическим методом, что позволило сделать следующие выводы:

1. При проведении биопсии шейки матки радиохирургическим прибором «Surgitrontm» операция проходит быстро, в амбулаторных условиях, что уменьшает потребность в обезболивающих препаратах.
2. Отсутствие воспалительной реакции на слое некротической ткани приводит к сокращению времени послеоперационного восстановления.
3. Сочетанный гемостатический эффект.

ЛАЗЕРВАПОРИЗАЦИЯ ПЛОСКОЙ КОНДИЛОМЫ ШЕЙКИ МАТКИ В СОЧЕТАНИИ С ИММУНОКОРРИГИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИЕЙ ЛИКОПИДОМ

Манухин И.Б., Высоцкий М.М., Харлова О.Г., Кайтукова Е.Р., Симонова Т.В.
Россия. Москва. Московский государственный медико-стоматологический университет, Москва

По данным литературы отмечается неуклонный рост числа пациенток с патологией шейки матки, особенно в репродуктивном возрасте. Большинство из них инфицировано онкогенными вирусами папилломы человека. Цель: улучшение результатов комплексного лечения папилломавирусной инфекции шейки матки, разработка рационального режима иммунокорригирующей терапии. Материалы и методы исследования: В исследование включили 100 пациенток детородного возраста (20-35 лет) с папилломавирусной инфекцией шейки матки. Клинически ВПЧ-инфекция характеризовалась наличием участков атипичного эпителия на поверхности эктоцервикса и стенках влагалища, что подтверждалось морфологически - умеренным и выраженным койлоцитозом. Были выделены 3 группы: I - 40 пациенток с локальной формой ВПЧ (поражение в пределах эктоцервикса), которым была проведена лазервапоризация в комплексе с приемом 100 мг курсовой дозы ликопида; II группа - 40 женщин, также с локальной формой ВПЧ, получившим деструктивное лечение и 200 мг курсовой дозы ликопида; III - 20 пациенток с распространением проявлений заболевания на стенки влагалища и, получившим помимо лазервапоризации ещё 200 мг курсовой дозы ликопида системно и 10 мг препарата местно в виде вагинальных свечей. Результаты и их обсуждение: Для оценки эффективности использовали двойной слепой метод: в I и II гр. были включены по 10 пациенток принимавших плацебо. Проводили кольпоскопический, цитологический контроль, а также оценку иммунного статуса до и после лечения. При краткосрочном наблюдении лечение оказалось эффективным в I гр. в 80%, во II-ой гр. в 93,3%, в 3-й гр. в 75% наблюдений. В группе пациенток, получавших плацебо, т.е. только после деструктивного лечения, клиническая эффективность составила 50-60%. Выводы: Применение ликопида высокоэффективно в комплексном лечении ВПЧ-инфекции шейки матки. Необходимо рекомендовать его включение в схему лечения с учетом клинических и иммунологических показателей.

СОВРЕМЕННАЯ МЕТОДИКА ЭКСТИРПАЦИИ КУЛЬТЫ ШЕЙКИ МАТКИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИМ ДОСТУПОМ И ПАТОЛОГИЯ ШЕЙКИ МАТКИ ПОСЛЕ СУБТОТАЛЬНОЙ ГИСТЕРЭКТОМИИ

Манухин И.Б., Высоцкий М.М., Харлова О.Г., Кайтукова Е.Р.

Россия. Москва. Московский государственный медико-стоматологический университет

Цель: Оценить состояние культы шейки матки у больных, перенесших ранее НАМ по различным показаниям. Оптимизировать технику экстирпации культы шейки матки лапароскопическим доступом. Материалы и Методы исследования: Проанализированы 624 истории болезней пациенток с гинекологического отделения ГВВ № 2 за период с 1997 по 2004 г. Среди обследованных: 41 случай рака шейки матки, из них 4 (9,7%) пациентки после НАМ без придатков (1, 9, 25, 40 лет назад); 152 наблюдения ЦИН-1, из них 2 (1,3%) после НАМ с придатками (2 и 18 лет назад); и 374 наблюдения лейкоплакии шейки матки, из них 10 (2,7%) (после НАМ без придатков 6 месяцев, 3, 4 и 7 лет назад; НАМ с придатками 3, 8, 16(2), 18(2) лет назад). Пациентки, с установленным и морфологически подтвержденным раком шейки матки направлялись на лечение в онкогинекологические стационары. Клиническое обследование и хирургическое лечение было проведено 60 больным в возрасте от 30 до 68 лет, средний возраст 47+3,2 года. Комплексное обследование включало трансвагинальное ультразвуковое сканирование с использованием доплерометрии, кольпоскопия, цитология экто- и эндоцервикса, видеоцервикоскопия с выскабливанием эндоцервикса, биопсией шейки матки с последующим гистологическим контролем, морфологическое исследование макрпрепаратов. Пациентки были разделены на две группы: в I - (47 женщин) производилась двусторонняя аднексэктомия лапароскопическим доступом с последующим наблюдением за состоянием шейки матки, во II группе (13 пациенток) – выполнялась операционная лапароскопия, экстирпация культы шейки матки, дополняемая при наличии придатков одно- или двусторонней аднексэктомией. Показанием к оперативному вмешательству в I группе больных являлось: у 53% - односторонние опухолевидные образования придатков матки, у 64% - двусторонние опухолевидные образования придатков матки. Во II группе отмечена редкая посещаемость пациентками гинеколога из-за «псевдоуспокоенности» после оперативного лечения, так, не обращались к врачу более 7 лет 46% женщин. У всех пациенток II группы обнаружили патологию шейки матки: лейкоплакия шейки матки (10) 76,92%, из них у 2 (15,38%) с явлениями дисплазии (цервикальной интраэпителиальной неоплазией) шейки матки 1 степени, эндометриоз культы шейки матки (2) 15,38%, полип шейки матки (1) 7,69%. Этапы методики экстирпации культы шейки матки в нашей модификации представляются следующими: поиск анатомических структур; идентификация культей круглых и воронко - тазовых связок; пересечение связок и, по возможности, создание «окна»; открытие и широкое «разведение» параметриев; идентификация мочеточников; пересе-

чение крестцово-маточных связок; пересечение сосудов; вскрытие фасции и отсечение препарата; ушивание культи влагалища. Результаты и их обсуждение: Выявлена высокая частота патологии шейки матки после перенесенной ранее субтотальной гистерэктомии - рак шейки матки в 9,7%, легкая дисплазия в 1,3%, лейкоплакия шейки матки в 2,7%. У одной пациентки с диагностированным раком шейки матки нерадикальная операция проведена всего 1 год назад. Предрак культи шейки матки (ЦИН-I) в одном наблюдении выявлен через 2 года после НАМ, а лейкоплакия шейки матки через 6 месяцев. Среди пациенток, оперированных в нашей клинике длительность операций в первой группе составила в среднем 48 мин (от 34 до 112), во второй – 73 минуты (от 55 до 142). Выводы: Наиболее частой гинекологической операцией, производящейся в России, является надвлагалищная ампутация матки (НАМ). Следовательно, проблема состояния культи шейки матки у больных, перенесших НАМ и техника удаления шейки - актуальная проблема.

ОРГАНИЗАЦИЯ ДИСПАНСЕРНОГО УЧЕТА НА ПРИЕМЕ ПО ПАТОЛОГИИ ШЕЙКИ МАТКИ

Мингалёва Н.В.

Россия. Краснодар. Кубанский государственный медицинский университет

Патология шейки матки всегда является актуальной проблемой. Эрозия, эктопия, псевдоэрозия, эндоцервикоз, эктропион – термины, используемые учеными и практическими врачами акушерами-гинекологами в разные периоды для обозначения такого состояния шейки матки, при котором на ее влагалищной порции имеется участок, покрытый цилиндрическим эпителием. В развитии патологии имеют значение различные факторы История изучения проблемы длится более ста лет.

Цель исследования: Целью работы явилась оптимизация организации диспансерного наблюдения пациенток на спец. приеме по патологии шейки матки, используемая в настоящее время в Краснодарском крае.

Материалы и методы исследования: Учитывая, что патология шейки матки разнообразна, но требуется оптимизация и унифицирование показателей диспансерного наблюдения нами разработана специальная форма диспансерного учета.

Результаты и их обсуждение: Диспансеризация - это активное выявление женщин с заболеваниями на ранних стадиях, динамическое наблюдение, проведение диагностики и комплексного лечения, осуществление мероприятий по оздоровлению, предупреждению развития заболевания. При наличии показаний для диспансерного (Д) наблюдения, заполняют “Контрольную карту диспансерного наблюдения” (форма 030у), где указывается диагноз, по которому она поставлена на учет, частота осмотров, проводимые методы

обследования и лечения. Контрольная карта является обязательным оперативным документом, используемым для контроля за выполнением предписаний врача и своевременностью явки больных на очередное обследование, а также для составления отчетов лечебно-профилактических учреждений о контингентах больных, состоящих на Д наблюдении по отдельным видам заболеваний. На больных по поводу двух и более заболеваний, этиологически не связанных между собой, заполняются отдельные контрольные карты. Проведенный в Краснодарском крае анализ показал необходимость единого подхода к организации помощи по патологии шейки матки и её различных состояний, выработки единой медицинской документации, обозначений и протоколов, диспансерного учета на территории Краснодарского края. В крае используются принятые: кольпоскопическая символика и рисунки, протоколы кольпоскопического заключения (выстраивающие алгоритм описания расширенной кольпоскопии), оформление документации на приеме по патологии шейки матки и другое. На приеме регистрируется сигнальная картотека из учетных форм № 030-у. На спец. приеме регистрируется заболеваемость и болезненность, организуется диспансерный учет пациентов, согласно принятого в крае перечня заболеваний группы Д учета спец. приема. Пункты Всего зарегистрировано заболеваний, выявлено впервые, состоит на учете представляют собой пункты утвержденной отчетной формы № 12. Перечень нозологий в перечислен ниже. В п.1.1. формы Д учета указываются все цервициты, п.1.2 - число CIN, выявленных на фоне всех цервицитов. п.1.3—число экзоцервицитов развившихся на фоне многослойного плоского эпителия. п.1.4—число экзоцервицитов развившихся на фоне эктопии и зоны трансформации. Далее идут полипы шейки матки (N84.1), в том числе с CIN, эрозии (N86), эктропион(N86), декубитальная язва(N86). Другие невоспалительные болезни-Всего (N88), в т.ч. лейкоплакия шейки матки всего (N88.0), в том числе с CIN. Эндометриоз (N80.0). Поражение ВПЧ суб. и клиническая форма (B97), в том числе с CIN. Далее -другие CIN. Ретенционные кисты шейки матки. Другая патология шейки матки. ВСЕГО состоит с патологией шейки матки (сумма с п.1 по п.11). Эктопия шейки матки учитывается отдельно, т.к. она отражает физиологическое состояние, а заболевания, которые ее вызывают уже взяты на Д учет. Далее указывается пункт «Итого состоит на «Д» учете» Отдельно суммируется CIN. Таким образом внедрение протокола организации Д группы позволило оптимизировать подход к регистрации и анализу заболеваний шейки матки в крае.

ИЗУЧЕНИЕ ЧАСТОТЫ ПАТОЛОГИИ ШЕЙКИ МАТКИ В КРАСНОДАРСКОМ КРАЕ

Мингалёва Н.В.

Россия. Краснодар. Кубанский государственный медицинский университет

В Краснодарском крае с 1995 года отмечается стабильный уровень гинекологической заболеваемости, без отчетливой тенденции к снижению. Регистрация выявленной патологии шейки матки и её эктопии, по официальным данным, приобрела динамику снижения показателей патологии, в связи с более дифференцированным подходом (форма 12). В крае ежегодно проводится не только анализ регистрации заболеваний, связанных с патологией шейки матки, но и их наблюдения.

Цель исследования: Целью исследования явилось изучение частоты патологии шейки матки в Краснодарском крае и данных диспансерного (Д) наблюдения.

Материалы и методы исследования: Были проанализированы случаи регистрации заболеваемости и болезненности различной патологией шейки матки, показатели диспансерного наблюдения в Краснодарском крае с 1999 года.

Результаты и их обсуждение: Проведенный анализ показал, что данные г.Краснодара значительно превосходят показатели районов края по «Взятым на учет» и «Состоящим на учете» в конце отчетного года по нозологии «Эрозии и эктропион» (МКБ-Х-N86): в 1999 году на 0,62 и 1,59 на 1000 ж.н., в 2001 на 1,36 и 2,51, в 2005 на 4,48 и 1,37. При сравнении внутри групп Д наблюдения «Взято на учет» и «Состоит на учете» с заболеваниями и эктопией шейки матки прослеживаются стабильные показатели в обеих группах. Так «Состоящих на учете» в Краснодаре в 1998г было больше на 7,25 на 1000 женского населения, в 1999г - на 0,62, 2000г- на 1,71, 2001г – на 1,36, 2002г – на 1,61, в 2003г на 2,3 в 2005г – на 4,48 на 1000 ж.н. Группа «Состоит на учете» в краевом центре также больше, чем в районах края – в 1998г – на 1,19, 1999г – на 1,59, в 2000г – на 0,22, в 2001г на 2,51, в 2002г – на 2,14, в 2003г – на 1,83, в 2004г – на 1,87 в 2005г – на 1,37 на 1000 ж.н.. Только в 2004 году значительно увеличилось число Взятых на учет с данной патологией в районах края. Регистрация в г.Краснодаре нозологии «Эрозии и эктропион» (МКБ-Х N86) выросла за 5 лет (с 2001 по 2006 год) на 3,03 на 1000 ж.н., повторная регистрация - на 1,18. Проведенный анализ показал стабильность заболеваемости и болезненности по нозологии Лейкоплакия шейки матки (гиперкератоз) (N88.0) и Цервикальная интраэпителиальная неоплазия - CIN (N87). Произошло увеличение показателя «Взятых на учет» по рубрике «Эрозия и эктропион» с 1999г по 2006г на 2,32, при стабильных показателях лейкоплакии (0,38 на 1000 ж.н. в 2006 году), CIN-0,34. Остаются стабильными показатели Снятых с учета с выздоровлением и «Состоящих на учете» в конце отчетного периода. Обращает на себя внимание стабильность показателей «Снято с учета с выздоровлением» по

всем группам патологии шейки матки, по нозологии N86 – от 4,99 на 1000 ж.н. до 5,44. Лейкоплакии от 0,24 на 1000 ж.н. в 1999г до 0,27 в 2006г. CIN от 0,19 до 0,53 в 2003г, 0,37 в 2005г и 0,26 в 2006 году.

Во всех Женских консультациях Краснодара выделены спец. приемы по патологии шейки матки, однако по консультациям краевого центра показатели разнятся между собой, что объясняется различным возрастным составом проживающих в районе женщин. Больше всего Д группа по патологии шейки матки в женских консультациях № 5, 6 и 7. Анализ по территориальным зонам края показал, что выше всего показатели по данной нозологии в Центральной зоне края, что объясняет близостью к краевому центру. По показателям . CIN также на первом месте стоит Центральная зона (показатель в 2005 г был равен 0,4), в Приморской - 0,23, в Северной - 0,11 на 1000 ж.н. Анализ проведенный в базовой женской консультации №5 краевого центра показал увеличение выявления CIN шейки матки.

Таким образом, в настоящее время, в связи с более дифференцированный подходом к выявлению, Д учету патологии шейки матки, имеется тенденция оптимизации анализа регистрации и диспансерного наблюдения пациенток с данной патологией.

ЛАЗЕРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ АБСЦЕССА (КИСТЫ) БАРТОЛИНИЕВОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Минкевич К.В., Яковлев В.Г.

Россия. Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени акад. И.П.Павлова, кафедра акушерства и гинекологии

Применение диодного лазера для лечения заболеваний бартолиниевой железы является эффективным методом. Операции проводятся в амбулаторных условиях, под инфильтрационной анестезией. Мощность применяемая при вскрытии железы 6-8 Вт., а при лазерной абляции кисты 3 Вт. Лазерное излучение непрерывное, режим контактный.

Лазерная операция выполнялась полупроводниковым лазерным аппаратом «АЛОД-01» с длиной волны 810 нм (фирмы Алком-Медика, Санкт-Петербург).

После соответствующей обработки операционного поля в асептических условиях проводилась инфильтрационная анестезия ультракаином, мепидонтом и др. Со стороны слизистой, в области пораженной железы, параллельно сагитальной плоскости лазерным лучом рассекалась ткань на протяжении 1.0 см и лазерным лучом испарялась ткань ведением световода вглубь по направлению к образованию с формированием канала. После опорожнения кисты, через канал вводился световод в железу, и осуществлялась лазерная абляция (деструкция) слизистой. При небольших размерах кисты или абсцессе бартолиниевой железы достаточно 2-х процедур абляции, при значительных

образованиях количество манипуляций зависит от размера образования.

Рана после лазерного вскрытия затягивается медленно от 1 до 2 месяцев. Это обстоятельство в достаточной степени гарантирует полное отторжение капсулы железы со всем содержимым, «слипания» окружающих тканей и обеспечивает отсутствие рецидивов.

ЛЕЧЕНИЕ ЭКТОПИИ ШЕЙКИ МАТКИ ПОЛУПРОВОДНИКОВЫМ ЛАЗЕРОМ

Минкевич К.В., Новиков Б.Н

Россия. Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени акад. И.П.Павлова, кафедра акушерства и гинекологии

Нами проведено лазерное лечение заболеваний шейки матки у 520 женщин. У 390 пациенток лазерная деструкция выполнена по поводу эктопии шейки матки с участками плоской кондиломы. У 60 - по поводу лейкоплакии шейки матки. У 40 пациенток воздействие в связи с эктопией и цервикальной интраэпителиальной неоплазией (CIN I-II степени) с множественными ретенционными кистами (Ovuli Nabothi). У 30 произведено удаление полипа нижней трети цервикального канала.

Лазеровапоризация выполнялась полупроводниковым лазерным аппаратом «АЛОД-01» с длиной волны 810 нм и мощностью излучения от 6 до 12 Вт (фирмы Алком-Медика, Санкт-Петербург).

Перед операцией у пациенток проводилась расширенная кольпоскопия с вульвоскопией, цитологическое исследование клеток (РАР-тест), обследование на вирус папилломы человека (ВПЧ) полное генотипирование с белками Е6, Е7 и маркерами иммунных нарушений методом полимеразной цепной реакции (ПЦР), диагностика возбудителей урогенитальной инфекции и биопсия с шейки матки по показаниям

Операция выполнялась на 5-8 день менструального цикла. После процедуры контрольная кольпоскопия проводилась через 1 месяц с взятием РАР-теста.

После лазерной вапоризации отмечалась активная эпителизация по периферии операционной зоны, а в центре рана покрывалась фибриновым налетом. Это практически исключает риск развития эндометриоза шейки матки, опасность развития которого присутствует при несвоевременном отторжении струпа после электродеструкции. Во время проведения операций не было отмечено кровотечений, т.к диодный лазер обладает хорошим гемостатическим эффектом.

Скорость заживления зависела от степени чистоты влагалища. В основном заживление отмечалось к концу 3 недели. При нарушенном биоценозе влагалища процесс полной иногда затягивался до двух месяцев после операции.

В послеоперационном периоде пациентки не предъявляли жалоб на наличие выделений из половых путей, нарушения менструального цикла и болей.

РЕПРОДУКТИВНАЯ ФУНКЦИЯ ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ ЦЕРВИКАЛЬНОЙ ИНТРАЭПИТЕЛИАЛЬНОЙ НЕОПЛАЗИИ

Минкина Г.Н., Фириченко С.В., Левченко Р.Г.

Россия. Москва. Московский государственный медико-стоматологический университет

Как известно, цервикальная интраэпителиальная неоплазия (ЦИН) – заболевание молодых женщин. Для лечения ЦИН 1, как правило, используют процедуры деструкции. Наиболее эффективный деструктивный метод – лазер-вапоризация, которая позволяет удалять ткань шейки матки на контролируемую глубину, вапоризировать поражения больших размеров, неправильной формы. Для лечения истинного предрака – ЦИН 2/3 преимущество имеют процедуры эксцизии, поскольку позволяют произвести гистологическое исследование всего удаленного образца, т.е. выполнить расширенную биопсию и исключить инвазивный рак.

Цель исследования: Проанализировать фертильность и исходы беременности у женщины, перенесших лазер-вапоризацию или эксцизию шейки матки по поводу ЦИН.

Для изучения влияния лазер-вапоризации на репродуктивную функцию молодых женщин мы провели ретроспективный опрос и сравнили число и исходы беременностей у 85 пациенток, подвергшихся лазерной вапоризации по поводу ЦИН и 70 женщин, которые не были лечены ввиду негативных результатов биопсии. Биопсия и последующее лечение проведены в период с 1995 по 2000г.г., пациентки сравниваемых групп были сопоставимы по возрасту. Оказалось, что, процент беременностей в группе пациенток, перенесших лазер-вапоризацию, был высоким (92,0%) и не отличался от этого показателя в контрольной группе (92,3%). Доля преждевременных родов была небольшой и практически одинаковой в сравниваемых группах (6,3% и 6,8% соответственно), т.е. лазер-вапоризация шейки матки не являлась фактором бесплодия и невынашивания беременности.

Вывод об отсутствии отрицательного влияния процедуры эксцизии на фертильность женщин мы сделали на основании опроса, аналогичного предыдущему. Вместе с тем анализ исхода родов у 36 пациенток, перенесших петлевую электрохирургическую процедуру, выявил у них тенденцию к повышению частоты преждевременных родов (11,1% против 6,8% в группе контроля).

Полученные данные указывают, что процедура эксцизии связана с малым, но реальным увеличением риска осложнений беременности. Пациенток с эксцизией в анамнезе необходимо относить к группе риска невынашивания беременности и менеджмент должен быть соответствующим.

КОЛИЧЕСТВЕННОЕ ВПЧ-ТЕСТИРОВАНИЕ В ПОСТЛЕЧЕБНОМ НАБЛЮДЕНИИ ПАЦИЕНТОК С ЦЕРВИКАЛЬНЫМИ ИНТРАЭПИТЕЛИАЛЬНЫМИ НЕОПЛАЗИЯМИ ВЫСОКОЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ

Минкина Г.Н., Гаврикова М.В., Шипулина О.Ю., Куевда Д.А., Минкина О.В., Комарова Е.В.

Россия. Москва. Московский государственный медико-стоматологический университет;
Центральный научно-исследовательский институт эпидемиологии МЗ РФ

В настоящее время идентифицируются маркеры, которые позволяют определить стратегию для женщин, инфицированных вирусами папилломы человека высокого канцерогенного риска (ВПЧ ВКР – позитивных). Вероятно, что количество ДНК ВПЧ ВКР в цервикальном мазке может стать критерием не только диагностики, но и эффективности лечения цервикальной интраэпителиальной неоплазии (ЦИН).

Цель нашего исследования - анализ результатов количественной детекции ДНК ВПЧ ВКР в различные сроки после лечения предрака шейки матки.

Материал и методы. Объектом исследования явились 109 пациенток специализированного кабинета в возрасте от 18 до 60 лет с гистологически верифицированным диагнозом ЦИН 2/3, которым в качестве лечебно-диагностической процедуры была выполнена электроэксцизия шейки матки. Цитологическое осуществлялось на базе жидкостного цитологического образца, этот же клеточный раствор использовался для ВПЧ ДНК – диагностики с помощью мультипраймерной ПЦР тест-системы “Амплиценс ВПЧ ВКР скрин” в режиме реального времени. Для определения вирусной нагрузки в эпителиальных клетках была разработана методика количественного определения ДНК ВПЧ на основе ПЦР в реальном времени. Результаты количественного определения ДНК ВПЧ выражали в логарифмах копий вирусной ДНК на стандартное количество клеток (10⁵ клеток).

Результаты. На основании ВПЧ ДНК- тестирования присутствие онкогенных типов ВПЧ до лечения обнаружено у 100% пациенток с ЦИН 2/3. Анализ результатов определения вирусной нагрузки до лечения выявил клинически значимые величины (от 3,2 lg до 5,9 lg) у 45 из них, высокая вирусная нагрузка (от 5,0 lg до 7,9 lg) обнаружена у 55 (55%) пациенток. Средняя величина вирусной нагрузки у пациенток с ЦИН 2/3 составила 5,02 lg.

При оценке эффективности терапии с помощью ВПЧ-тестирования были получены следующие данные: у 62 (60,5%) пациенток произошла полная элиминация вируса к 1 постлечебному визиту; 16 (14,7%) - ВПЧ ВКР-позитивных пациенток, вирусная нагрузка у которых через 3 месяца наблюдения снизилась на 2 lg и более, через 12 месяцев полностью элиминировали вирус; у 10 (9,2%) ВПЧ ВКР - позитивных пациенток, у которых через 3 месяца наблюдалось снижение lg вирусной нагрузки, через 12 месяцев вирусная нагрузка

того же типа возросла значительно; у 11 (9,1%) пациенток через 3 месяца наблюдалось снижение концентрации вируса, а через 12 месяцев выявилось присоединение нового типа ВПЧ; у 6 (5,5%) пациенток выявилось незначительное изменение концентрации вируса; у 4 пациенток первоначально зарегистрировано снижение концентрации вируса, затем возрастание и рецидив ЦИН 3.

Обобщая полученные результаты, в 78 (71,6%) случаях лечение ЦИН 2/3 можно считать успешным, как по данным морфологического исследования, так и по результатам ВПЧ - тестирования, продемонстрировавшего полную элиминацию вируса в течение 1 года наблюдения. Причем, у подавляющего числа этих пациенток элиминация вируса зарегистрирована уже в первый постлечебный визит (через 3 месяца после эксцизии)

В 4 случаях на фоне персистирующей ВПЧ - инфекции с высокой вирусной нагрузкой, наблюдался рецидив интраэпителиального поражения шейки матки.

У 25% пациенток с позитивным ВПЧ – тестом и клинически значимой вирусной нагрузкой в течение 12 месяцев наблюдения морфологических признаков поражения не обнаружено. Эти пациентки требуют дальнейшего интенсивного наблюдения.

Таким образом, ВПЧ-тестирование с определением вирусной нагрузки в постлечебном наблюдении ЦИН 2/3 позволяет оценить эффективность лечения и возможно прогнозировать риск рецидива.

ТЕЧЕНИЕ ПЕРИОДА ГЕСТАЦИИ У БЕРЕМЕННЫХ С ПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И ИНФЕКЦИЕЙ

Михайлова О.И., Тютюнник В.Л.

Россия, г. Москва, ФГУ «Научный Центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И. Кулакова Росмедтехнологий»

Цель. Изучение особенностей течения беременности при плацентарной недостаточности и инфекции.

Материалы и методы исследования. Проведен анализ исходной клинической характеристики, особенностей течения гестационного периода, родов и послеродового периода у 364 женщин, у 253 из них которых отмечалось обострение инфекционного процесса при настоящей беременности. В зависимости от наличия признаков хронической плацентарной недостаточности и/или инфекции пациентки были разделены по группам: группа 1 (основная группа) – 139 беременных с хронической плацентарной недостаточностью и обострением инфекции; группа 2 (группа сравнения) – 114 пациенток с обострением различной инфекционной патологии без признаков хронической плацентарной недостаточности; группа 3 (группа сравнения) – 111 женщин

с хронической плацентарной недостаточностью (без инфекции), вызванной длительной угрозой прерывания, резус-конфликтом, гестозом, экстрагени-тальной патологией и т.д.

Диагноз хронической плацентарной недостаточности устанавливался на основании данных комплексного динамического обследования. Основными критериями при постановке диагноза являлись: снижение фето- и маточно-плацентарного кровотока при доплерометрии, изменение толщины и структуры плаценты, количества и качества околоплодных вод, задержка внутриутробного развития плода по данным ультразвуковой биометрии, наличие признаков внутриутробного страдания плода при кардиотокографии (группы 1 и 3). Критериями для включения пациенток в группы 1 и 2 являлось лабораторно подтвержденное обострение инфекции во время беременности не менее чем двумя методами исследования.

Результаты исследования. На основании проведенных исследований выявлено, что частота развития плацентарной недостаточности при инфекции составляет 55,2%. Инфекция и развившаяся на ее фоне плацентарная недостаточность формируют единый симптомокомплекс, характеризующийся угрозой прерывания беременности на всем протяжении гестационного периода (25,9%), анемией (34,5%) и аутоиммунными состояниями с нарушением в системе гемостаза в виде хронической формы ДВС-синдрома (23,0%); тяжелым течением инфекции с частыми (более 3 раз) и длительными (более 5 дней) рецидивами, с преобладанием атипичных форм заболеваний (48,0%) и одновременным сочетанием нескольких инфекционных агентов (84,2%), а также более частой активацией инфекции в I (25,3%) и II (55,1%) триместрах беременности; несвоевременным излитием околоплодных вод (34,5%); гнойно-воспалительными заболеваниями пуэрперия (9,3%).

При изучении структуры инфекционной патологии по значимости ее роли в развитии плацентарной недостаточности выявлено, что ведущее место принадлежит герпетической и цитомегаловирусной (24,4%) инфекциям, а также хламидиозу (17,8%), в то время как при вагинальном кандидозе, бактериальном вагинозе (26,6%), мико/уреаплазмозе (19,8%) плацентарная недостаточность развивается достоверно реже.

Массо-ростовые показатели новорожденных от матерей с плацентарной недостаточностью и инфекцией (основная группа) были достоверно ниже (2879,7+110,1 г.), чем в других группах (3207,1+177,2 г – группа 2, 3070,2+150,4 г – группа 3), что закономерно обусловлено высокой частотой у них преждевременных родов и задержки внутриутробного развития плода. У беременных основной группы доля глубоконедоношенных (менее 32 недель) более чем в 2,5 раза превышала данный показатель в популяции.

Закключение. Обострение инфекции при беременности приводит к неблагоприятному течению гестационного периода, родов и послеродового периода. Выявление групп риска до наступления беременности, своевременная предгравидарная подготовка, патогенетически обоснованная терапия

беременных, рациональное ведение родов и послеродового периода позволяют снизить частоту осложнений гестационного периода, тяжесть течения инфекционного процесса (частоту и длительность рецидивов), перинатальную заболеваемость и смертность.

ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЯ ШЕЙКИ МАТКИ У ЖЕНЩИН С ЭНДОКРИННЫМИ ФОРМАМИ БЕСПЛОДИЯ

Назаренко Е.Г., Прилепская В.Н., Роговская С.И.

Россия. Москва. ФГУ «НЦ АГиП Росмедтехнологий»

Частота эндокринного бесплодия в структуре бесплодия составляет от 18 до 27%. Однако, данные о частоте патологических процессов на экзо- и эндоцервиксе при эндокринном бесплодии, особенностях их клинического течения, структуре - единичны и противоречивы.

С целью разработки тактики ведения больших с эндокринным бесплодием в зависимости от характера патологии шейки матки было проведено обследование и лечение 88 женщин с эндокринными формами бесплодия и патологией шейки матки: 30 женщин с бесплодием, обусловленным гиперпролактинемией, 31 женщина с бесплодием, обусловленным гиперандрогенией и 27 женщин, с бесплодием, обусловленным гипофункцией яичников и НЛФ.

Состояние шейки матки оценивалось по совокупности визуального метода, расширенной кольпоскопии, бактериоскопического, цитологического и морфологического методов исследования.

Средний возраст пациенток с эндокринными формами бесплодия составил $31,4 \pm 3,4$ года. Средняя продолжительность первичного бесплодия - $3,4 \pm 0,8$ года, вторичного - $3,6 \pm 1,4$ лет. Изменения на шейке матки были обнаружены при расширенной кольпоскопии у 43,4% пациенток с гиперпролактинемией, 38,7% - с гиперандрогенией и у 47,1% женщин с гипофункцией яичников, обусловленной НЛФ. Клиническое течение заболеваний шейки матки характеризовалось бессимптомностью течения, длительным анамнезом заболевания, предшествующим неадекватным лечением у 72,5% пациенток, в основном методом диатермокоагуляции.

Структура заболеваний при различных эндокринных формах бесплодия достоверно различалась. При бесплодии, обусловленном гиперандрогенией, наиболее часто выявлялась лейкоплакия (25,8%), у пациенток с гиперпролактинемией - эктопии в сочетании с экзоцервицитом (33,3%). При бесплодии и гипофункции яичников, обусловленном НЛФ - хронические экзо- и эндоцервициты (22,2%). Таким образом, при бесплодии, ассоциированным с гиперандрогенией, характерно более частое рецидивирование патологического процесса на шейке матки, с образованием участков гиперкератоза.

Учитывая полученные результаты, всем пациенткам, имеющим патологические изменения на шейке матки, было проведено поэтапное комплексное лечение. На первом этапе при обнаружении неспецифических и специфических вагинитов проводилась этиотропная терапия, направленная на восстановление нормальной микрофлоры, так как воспалительный процесс является фактором нарушения репарации в метапластическом эпителии и может приводить к развитию предраковых процессов. Вторым этапом лечения явилось использование деструктивных методов воздействия на шейку матки: лазерной коагуляции, криодеструкции. Лазерная коагуляция проводилась больным с лейкоплакией, CIN I и CIN II, применение криодеструкции – пациенткам с экзо- и эндоцервицитами. Эффективность комплексного лечения составила 87,3%. Общая длительность лечения не превышала 3 менструальных циклов, процент побочных реакций составил 12,7%.

Выводы: больных с эндокринными формами бесплодия следует относить к группе риска по развитию патологии шейки матки. Различные доброкачественные заболевания шейки матки были выявлены практически у каждой второй пациентки(43,1%). Структура заболеваний шейки матки при различных формах эндокринного бесплодия различается: при бесплодии, обусловленном гиперандрогенией чаще выявлялась лейкоплакия(25,8%), при гиперпролактинемии – эктопии в сочетании с цервицитами(33,3%), при бесплодии, связанном с гипопункцией яичников и НЛФ – хронические экзо-и эндоцервициты(22,2%). Учитывая наличие преимущественно первичного бесплодия и возможную предстоящую беременность, для лечения пациенток с эндокринными формами бесплодия и патологией шейки матки предпочтительно применение менее травматичных методов лечения: криодеструкции, радиоволнового, лазерной коагуляции. Использование диатермокоагуляции для лечения доброкачественных заболеваний шейки матки у больных с эндокринным бесплодием нецелесообразно в виду частого развития синдрома «коагулированной шейки», деформации, рецидивов заболевания, осложненный репродуктивного процесса при наступлении беременности.

ТЕЧЕНИЕ ВПЧ-ИНФЕКЦИИ У ЖЕНЩИН С ПРИЗНАКАМИ ЦЕРВИКАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ

Насонова В.С.*, Куевда Д.А.*, Новосёлова А.А.**

Россия. Москва. * ФГУН Центральный НИИ эпидемиологии Роспотребнадзора,

** Центр планирования семьи и репродукции №2

Введение: Доказанной является этиологическая роль вируса папилломы человека (ВПЧ) в развитии рака шейки матки (РШМ) и тяжёлых цервикальных дисплазий (H-SIL). Но на сегодняшний день в нашей стране основным

методом скрининга является цитологический метод. В Европе и в США группа риска формируется из инфицированных вирусом папилломы человека высокого канцерогенного риска (ВКР) (ВПЧ-тест). За несколько лет динамического наблюдения за группой риска за рубежом получены многочисленные данные о течении ВПЧ-инфекции. Цели исследования: целью нашего исследования было получить собственные данные о течении ВПЧ-инфекции среди женщин с признаками цервикальной патологии, наблюдающихся в специализированном отделении патологии шейки матки. Материалы и методы: Исследование было проведено на 129 клинических образцах охарактеризованных клинически, цитологически, гистологически, и сопровождалось информацией о проводимом лечении. Клинический материал из цервикального канала был взят цитощёткой в транспортную среду АмплиСенс® женская (производство ФГУН ЦНИИ Эпидемиологии Роспотребнадзора), цитощётка оставалась в транспортной среде до доставки в лабораторию. Выделение ДНК проводилось набором «ДНК-Сорб-А» (производство ФГУН ЦНИИЭ) согласно инструкции производителя. Исследование проводили методом ПЦР с детекцией результатов в режиме «реального времени» с количественной оценкой вирусной нагрузки набором «АмплиСенс» ВПЧ ВКР Скрин-Титр FRT 4х» (производство ФГУН ЦНИИЭ) и определением генотипа ВПЧ набором «АмплиСенс» ВПЧ ВКР FRT генотип» (производство ФГУН ЦНИИЭ). Результаты: Все пациенты были после первичного осмотра врачом и с подозрением на наличие патологии шейки матки. Поэтому результаты не являются отражением данных популяционного скрининга. 1. По нашим данным в случае тяжёлой дисплазии ВПЧ выявляется практически в 96,9% случаев, в лёгкой дисплазии – в 56,1%, а среди женщин без цитологических признаков дисплазии – в 32,5%. 2. Медиана вирусной нагрузки у ВПЧ-положительных женщин с H-SIL является повышенной и составляет 5,4 lg г.э. ВПЧ на 10^5 клеток, что практически на порядок (1 lg) ниже по сравнению с женщинами с признаками L-SIL и без цитологических признаков цервикальной патологии. 3. По нашим данным, частота встречаемости различных генотипов ВПЧ неодинакова: ВПЧ 16 встречается среди H-SIL в 2,3 раза, а ВПЧ 33 – в 1,8 раза чаще по сравнению с нормой. Частота встречаемости других генотипов среди различных цервикальных дисплазий требует дальнейших исследований. 4. По нашим данным динамика суммарной вирусной нагрузки не зависит от возраста и проводимого консервативного лечения. До стадии развития тяжёлых дисплазий в 70% случаях вирус может элиминироваться из организма, но при развитии H-SIL практически в 90% случаях ВПЧ остаётся и его концентрация минимум на порядок выше, по сравнению с женщинами без признаков цервикальной патологии. Поведение различных генотипов ВПЧ в организме женщины возможно неодинаково: 16 тип является максимально агрессивным и при инфицировании вероятность персистенции выше, в то время как для 51 типа наблюдается высокая вероятность элиминации в течение года. Для других типов ВПЧ способность к элиминации или персистенции установить не удалось. 5. Оценили значение ВПЧ-тестирования для мониторинга хирурги-

ческого лечения тяжёлых дисплазий для 6 женщин от 25 до 46 лет. Повторное ВПЧ-тестирование проводилось через 6 и 12 месяцев, во всех случаях ВПЧ обнаружен не был, при цитологическом исследовании также не были обнаружены признаки цервикальной дисплазии. Выводы: В нашем исследовании был использован опыт ВПЧ-тестирования в дополнение к цитологическому исследованию, и показано, что ВПЧ-тест может иметь ключевое значение при мониторинге женщин с признаками цервикальной патологии.

ВИРУСНО-БАКТЕРИАЛЬНЫЕ ИНФЕКЦИИ И ПАТОЛОГИЯ ШЕЙКИ МАТКИ

Олина А.А.

Россия. Пермь. ГОУ ВПО «Пермская государственная медицинская академия им. ак. Е.А.Вагенра Росздрава»

Цель. Оценить состояние микробиоценоза влагалища при эктопии шейки матки.

Материалы и методы исследования. Проведено клинико-лабораторное обследование 86 пациенток с эктопией шейки матки в возрасте 18-25 лет, которое включало цитологическое, бактериоскопическое, бактериологическое исследование вагинального отделяемого, ПЦР-диагностику, кольпоскопию.

Результаты и их обсуждение. *Chlamidia trachomatis* выявлены у 9 пациенток, *Trichomonas vaginalis* – 2, *Mycoplasma genitalium* – у 17, ВПЧ высоко канцерогенных типов – у 39, ВПГ – у 18, ЦМВ – у 9.

Подробное изучение микрофлоры влагалищного отделяемого проведено в группе пациенток с вирусным поражением шейки матки (53 человека). Сочетание ВПЧ и ВПГ отмечено в 9 случаях, ВПЧ и ЦМВ – в 5. В результате бактериоскопического и бактериологического исследования содержимого влагалища во всех 53 пробах обнаружено снижение или полное отсутствие лактобактерий. У 31 (58,5%) пациентки установлен диагноз бактериальный вагиноз (БВ). Абсолютное преобладание анаэробного компонента отмечено только в 9 случаях, у 22 человек наряду с расширением спектра и повышением количества анаэробных микроорганизмов, отмечен значительный рост аэробов, что характерно для декомпенсированной стадии БВ. Носительство грибов рода *Candida* выявлено у 9 пациенток. Изменения, характерные для неспецифического вульвовагинита, так называемого аэробного вагинита, регистрировали у 22 человек (41,5%).

Анализ данных анамнеза в группе пациенток с вирусно-бактериальной инфекцией показал, что у 28 пациенток (53%) отмечен рецидив эктопии, криодеструкция ранее проведена в 11 случаях, лазеровапоризация - 17. Следует отметить, что полное обследование на ИППП, которое включало бы ПЦР для обнаружения вирусов, не было выполнено ни одной женщине.

Всем пациенткам была проведена расширенная кольпоскопия. Как известно, инфекционные заболевания влагалища и шейки матки не имеют характерной кольпоскопической картины. Однако нами отмечено, что при папилломавирусной инфекции обнаруживается большое количество открытых протоков желез по всей окружности эктопии, такие изменения на шейке отмечены у 41 пациенток (77,4%). Ovulae nabothi, различных размеров, наблюдали только у 15 человек, которым ранее проводили деструкцию патологического очага.

Выводы. Полученные результаты позволяют говорить высокой частоте встречаемости вирусно-бактериальных инфекций при эктопии шейки матки (62%). Бактериальный вагиноз, вероятно, следует рассматривать как маркер вирусного поражения половых органов. Микробиологическое исследование вагинального отделяемого целесообразно включать в комплексное обследование пациенток с эктопией шейки матки, с целью выявления нарушений микробиоценоза влагалища.

ЛЕЧЕНИЕ ЭКТОПИИ ШЕЙКИ МАТКИ, АССОЦИИРОВАННОЙ С ВИРУСОМ ПАПИЛЛОМЫ ЧЕЛОВЕКА ВЫСОКООНКОГЕННОГО РИСКА, У МОЛОДЫХ НЕРОЖАВШИХ ЖЕНЩИН

Пальчик Е.А., Айвазова Д.С., Дуянова О.П., Котова С.Ф.

Россия. Орёл. Медицинский институт Орловского государственного университета

Цель: оценка эффективности препарата «Редецил» в комплексном лечении эктопии у молодых нерожавших женщин.

Материалы и Методы исследования: проведено обследование и лечение 97 пациенток в возрасте от 15 до 25 лет с диагнозом эктопия шейки матки, ассоциированная с вирусом папилломы человека (ВПЧ) высокоонкогенного риска. Для постановки диагноза использовались методы: расширенная кольпоскопия, Pap-тест, определение ДНК ВПЧ методом ПЦР. Больные были разделены на 2 группы в зависимости от способа терапии: 1-ую группу составили 63 человека, которым была проведена методика электрорадиоволновой хирургии с аппликациями препаратом «Редецил», содержащим 0,5% ретинола пальмитата и 3% метилурацила; 2-ую группу составили 34 пациентки, которым проводилась только методика электрорадиоволновой хирургии. Пациенткам обеих групп на 4-5-й день менструального цикла была проведена радиоволновая деструкция патологического очага шейки матки на аппарате HF-120 с рабочей частотой генератора 480 кГц при мощности излучения 60 Вт в режиме «коагуляция». В 1-ой группе на 7 день после проведенной деструкции был применен местно в виде аппликации на рану препарат «Редецил» в количестве 8-10 сеансов ежедневно

Результаты и их обсуждение: контролем эффективности лечения было кольпоскопическое заживление раны у всех пациенток. В первой группе эпителизация раневого дефекта завершилась на $15,06 \pm 0,5$ сутки у 47 (74%) больных. Во 2-ой группе заживление было на $26,3 \pm 0,4$ сутки у 17 (44%) пациенток. У остальных больных, за исключением 1 (2,9%) пациентки второй группы, регенерация закончилась к концу третьего месяца после лечения.

Выводы: полученные результаты позволяют считать, что комплексный метод лечения (электрорадиоволновая хирургия и «Редецил») эктопии шейки матки, ассоциированной с вирусом папилломы человека высокоонкогенного риска, у молодых нерожавших женщин вызывает раннюю эпителизацию и клинически эффективен.

ПАПИЛЛОМАВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ (ПВИ), КАК ФАКТОР РЕПРОДУКТИВНОГО РИСКА

Подзолкова Н.М.¹⁾, Кошель Е.Н.¹⁾, Созаева Л.Г.¹⁾, Скворцова М.Ю.¹⁾,
Полетаев А.Б.²⁾

Россия. Москва

¹⁾ Кафедра акушерства и гинекологии РМАПО

²⁾ МИЦ «Иммункулус»; НИИ системной наномедицины и биотехнологии

Известно, что ПВИ является фактором риска онкозаболеваний и причиной косметических проблем. Кроме того, недавно появились первые сообщения о возможной взаимосвязи ПВИ с иммунообусловленными нарушениями гестационного процесса.

Анализировали прогностическое значение изменений сывороточного содержания 8 разных эмбриотропных а-АТ (определяли ИФА методом ЭЛИ-П-Комплекс) у 109 беременных на сроках 6-9 недель. Критериями включения явились возраст 20-35 лет; беременность, подтвержденная УЗИ; наличие или отсутствие какой – либо формы ПВИ. Наблюдавшиеся пациентки были разделены на 2 группы: Группу-1 (n = 55, ср. возраст 25+3 года – контрольная группа) составили беременных без признаков ПВИ, соматически здоровые и без осложнений акушерского и гинекологического анамнеза; Группу-2 (n = 54, ср. возраст 27+4 года – основная группа) составили беременные с клиническими проявлениями ПВИ, подтвержденной ПЦР диагностикой. Было установлено, что наличие ПВИ не сопровождалось специфическими изменениями со стороны а-АТ к ХГЧ, ДНК, β 2-гликопротеину и большинству др. антигенов, однако заметно влияло на сывороточное содержание а-АТ к белку S100. В зависимости от содержания а-АТ к S100 все обследованные основной Группы-2 были разделены на подгруппу-2А (n = 38; 70,4%) – беременные с повышенным уровнем а-АТ к S100 и подгруппу-2Б (n = 16; 29,6%) – беременные с нормальным уровнем а-АТ к S100.

При ПВИ, сопровождавшейся повышением уровня а-АТ к S100, отмечалось достоверное повышение частоты нарушений хода гестационного процесса (p <

0,05). При этом частота угрозы невынашивания (особенно в ранние сроки) отмечалась у 92,1% беременных (что сопровождалось отслойкой хориона в 78,9% случаев) в подгруппе 2А, в сравнении с подгруппой 2Б, где угрозы невынашивания отмечалась в 62,5% (отслойка хориона в 25%). В 17,4% случаев беременность у женщин подгруппы-2А закончилась гибелью эмбриона в сроке 9-10 недель. Угроза позднего самопроизвольного выкидыша наблюдалась у 51,6% беременных подгруппе 2 А, у 37,5% - подгруппе 2 Б и у контрольной не наблюдалась. Угроза преждевременных родов также чаще отмечалась в подгруппе 2 А 32,3% по сравнению с подгруппе 2 Б 25% и контрольной (не наблюдалась) группами. Хроническая плацентарная недостаточность в подгруппах 2А и 2Б отмечается в 38,7% и 31,3% случаев соответственно; хроническая внутриутробная гипоксия плода – в 48,4% и 37,5% случаев соответственно; задержка внутриутробного развития – в 29,0% и 5% соответственно. У таких беременных отмечалось и повышение частоты гестозов в 64,5% и 31,3% случаев соответственно, при этом гестоз обычно протекал в легкой форме и проявлялся только отечным синдромом. В контрольной группе нарушений гестационного процесса не было.

Выводы:

1. ПВИ является фактором, провоцирующим патологическое повышение сывороточного содержания а-АТ к белку S100 (более чем у 70,4% беременных).
2. Аномальное повышение а-АТ к S100 с повышенной частотой ведет к нарушениям эмбрио- и фетогенеза и к осложненному течению беременности.
3. Таким образом, ПВИ часто является важным этиологическим фактором нарушений развития эмбриона, формирования фетоплацентарного комплекса и осложнений гестационного процесса (вплоть до гибели плода), причем механизмы патогенеза отмеченных нарушений связаны в ПВИ-зависимым аномальным повышением продукции а-АТ к S100.

ПРОФИЛАКТИКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ПРЕДРАКОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ЖЕНЩИН, КОТОРЫЕ ПЕРЕНЕСЛИ РОДЫ И ИНФИЦИРОВАННЫХ ВИРУСОМ ПАПИЛЛОМЫ ЧЕЛОВЕКА

Подольский В.В., Дербак А.В.

Украина. Киев. Институт педиатрии, акушерства и гинекологии АМН Украины

Актуальность проблемы.

Вследствие репродуктивного кризиса проблема репродуктивного здоровья приобрела особенную актуальность.

Проблема диагностики и лечения заболеваний, вызванных и ассоциированных с вирусами папилломы человека, в последнее время притягивает

внимание исследователей разных специальностей многих стран вследствие их высокой контагиозности, широкого распространения и доказанной онкогенности ВПЧ.

Папилломавирусная инфекция гениталий относится к заболеваниям, которые передаются половым путём; число инфицированных в мире за последнее десятилетие увеличилось больше чем в 10 раз. В Украине сложилась неблагоприятная ситуация увеличения количества предраковых заболеваний и рака шейки матки у женщин репродуктивного возраста, в том числе инфицированных папилломавирусом человека, особенно 16,18 типа, даже у беременных.

Цель исследования.

Разработать систему профилактических и лечебных мероприятий, направленных на коррекцию выявленных нарушений репродуктивного здоровья женщин, которые перенесли роды и инфицированы папилломавирусом человека.

Материалы и методы исследований.

В процессе исследований определяется частота и структура показателей, которые характеризуют репродуктивное здоровье женщин фертильного возраста, которые родили и инфицированы папилломавирусом человека. Анализируются протекание беременности и родов у этих женщин;

исследуется психоэмоциональное состояние и стрессовое напряжение на организм обследуемых женщин в послеродовом периоде;

изучается микробиоциноз урогенитальных органов у обследованных женщин которые родили, и сопоставляются эти показатели с таковыми до родов;

выясняются особенности состояния иммунной системы как возможной фактора риска развития нарушений репродуктивного здоровья у женщин, которые перенесли роды и инфицированы папилломавирусом человека;

на основании показателей кольпоскопического, гистологического и цитологического исследований и определения онкомаркеров в плаценте прослеживается взаимосвязь с развитием нарушений репродуктивного здоровья в послеродовом периоде и инфицированием папилломавирусом человека.

Заключение.

Результаты проведенных исследований позволят разработать систему лечебно-профилактических мероприятий направленных на улучшение состояния репродуктивного здоровья у женщин, которые имеют предраковые и раковые заболевания шейки матки.

ЛЕЧЕНИЕ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ПРОЦЕССОВ ШЕЙКИ МАТКИ С ПРИМЕНЕНИЕМ АРГОНОПЛАЗМЕННОЙ АБЛАЦИИ

Прилепская В.Н., Ледина А.В., Роговская С.И., Бебнева Т.Н.,

Межевитинова Е.А.

Россия .Москва. ФГУ «НЦ АГИП им. В.И. Кулакова Росмедтехнологий», директор – академик РАМН, профессор Сухих Г.Т

Частота заболеваемости раком шейки матки, особенно у женщин молодого возраста продолжает оставаться высокой. В связи с этим чрезвычайно важным является усовершенствование или поиск новых щадящих лечебных технологий, сохраняющих детородную функцию женщины. Аргоноплазменная абляция (АПА) позволяет коагулировать на глубину 3 мм, не повреждая подлежащую соединительную ткань.

Цель исследования: изучить эффективность и приемлемость аргоноплазменной абляции при лечении доброкачественных процессов шейки матки.

В научно-ноликлиническом отделении под наблюдением находилась 61 пациентка в возрасте от 28 до 43 лет (35,5±0,8), у которых по данным гистологического исследования были выявлены эктропион -9, лейкоплакия -16, субклиническая ПВИ -19 хронический цервицит с метаплазией- 17.

Для дальнейшего лечения методом случайной выборки пациентки были разделены на 2 группы. I группа (n=31): для лечения использовали аппарат «Фотек ЕА 141» (РФ). II-я группа (n=30): лечение проводилось СО₂ лазером.

Перед началом лечения всем пациенткам проведено обследование на сифилис, СПИД, гепатит В и С, общий анализ крови, микроскопическое и бактериологическое исследование влагалищного содержимого, обследование на хламидии, микоплазмы, уреоплазмы, вирус простого герпеса и вирус папилломы человека методом ПЦР. При выявлении патогенной флоры (14 и 15 пациенток I и II-й групп соответственно) проводилось этиологическое лечение с последующим контрольным обследованием, после которого была проведена биопсия шейки.

На 5-9 дни менструального цикла, в среднем, через один-два месяца после биопсии всем пациенткам было проведено лечение.

Пациенткам I-й группы (n=31) была произведена АПА шейки матки в режиме «Спрей» при мощности 34-38 Вт факелом аргоновой плазмы круговыми движениями электрода от периферии к центру с частичным захватом здоровой ткани. У всех пациенток процедура не потребовала применения анестезии и эвакуации дыма, так как при данной процедуре отсутствует карбонизация и операционное поле остается чистым. Во время АПА ни у одной пациентки не возникло кровотечения.

Лазер-коагуляция шейки матки была произведена 30-ти пациенткам II-й группы с применением СО₂-лазерной системы Lumenis в режиме резания и коагуляции. При проведении процедуры 23 пациенткам анестезия не потребовалась, из них 10 отметили умеренную болезненность; 7-ми было проведено

местное обезболивание. У 5-ти женщин возникло небольшое кровотечение, которое было остановлено путем обработки кровотокающей поверхности расфокусированным пучком лазерного света в режиме «Коагуляция». Во время лазерной vaporизации постоянно требовалась эвакуация дыма ввиду карбонизации тканей.

Динамика эпителизации раневой поверхности после АПА и коагуляции СО₂ лазером оценивалась кольпоскопически. Эпителизация проходила у пациенток обеих групп без осложнений. Полная эпителизация произошла через месяц после лечения у 24 женщин I-й группы и у 21 пациентки II-й группы (осмотр проводился после менструации). У 7 больных I-й группы и 9 больных II-й группы полная эпителизация произошла через 6-8 недель после лечения. Рецидивов в течение одного года наблюдения в I группе не выявлено, у одной пациентки кольпоскопически определялись признаки цервицита. В группе II у одной пациентки отмечен рецидив ПВИ, за которой продолжается наблюдение и консервативное лечение.

Таким образом, эффективность лечения доброкачественных процессов шейки матки была высокой у пациенток обеих групп. При лечении методом АПА с применением аппарата «Фотек ЕА 141» не требовалось анестезии, наблюдалось меньше побочных эффектов и отсутствовало дымообразование.

НОВЫЕ СКРИНИНГОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ПРОФИЛАКТИКЕ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ

Сухих.Г.Т., Прилепская В.Н.

Россия. Москва. ФГУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им.академика В.И.Кулакова Росмедтехнологий»

Цервикальный скрининг – это обследование всех женщин группы риска с целью выявления и своевременного лечения предраковых изменений шейки матки. Эффективен только тогда, когда разработана система наблюдения и лечения для предотвращения развития РШМ. Организованный скрининг разрабатывается на государственном уровне и предпочтительней оппортунистического скрининга.

Скрининговый тест должен быть простым, неинвазивным, чувствительным и специфичным, безопасным, недорогим и доступным. Выбор теста зависит от организации системы здравоохранения, и ее финансовых возможностей, подготовки медработников, наличия лабораторий, транспорта, доступности, стоимости метода и других приоритетных нужд здравоохранения. Традиционно используется Pap-smear тест, чувствительность которого ограничена.

В последние годы получены новые данные о роли ВПЧ в генезе РШМ. Поэтому предлагаются новые технологии скрининга: визуальный метод с пробами, жидкостная цитология, ВПЧ-тест, биомаркеры.

Визуальный метод является альтернативой цитологии для развивающихся стран: дешевый, чувствительность и специфичность его составляют 69-94% \ 74-94% не требует транспорта, может выполняться медсестрой. В то же время данный метод имеет недостатки: возможность гипердиагностики, не надежен в менопаузе, нет стандартизации.

Жидкостная цитология основана на размещении материала не на стекле, а в транспортной жидкости. Мазок тонкослойный, не загрязнен воспалительными и кровяными элементами. Чувствительность его выше, чем у традиционного мазка. Имеет возможность компьютерной интерпретации. Однако для жидкостной цитологии требуется специальное оборудование и особая подготовка цитолога. ВПЧ-тест существенно повышает чувствительность диагностики, характеризуется простотой сбора материала, автоматизированностью, может сочетаться с цитологией. Однако отличается относительно высокой стоимостью, результаты отсрочены, низкая специфичность у молодежи приводит к необходимости лечения. Требуется дорогостоящее оборудование и подготовки лаборантов. Последние исследования направлены на идентификацию эпителиальных клеток с вирусной онкогенной экспрессией, выявление геномных повреждений, связанных с E6 и E7 экспрессией, анализ протеиновой экспрессии в клетке-хозяине. Методики отличаются высокой стоимостью и ограниченной доступностью, разноречивостью предварительных результатов и необходимостью дальнейших исследований. Для оптимизации профилактических мероприятий следует обратить:

- на разработку единой для страны скрининговой программы
- подготовку цитологов, кольпоскопистов и др. в соответствии с международными стандартами по единой для страны программе;
- изучение и внедрение новых технологий диагностики;
- на образование населения и врачей, своевременной диагностике и лечению ИППП и отказа от вредных привычек;
- привлечение СМИ;

Следует подчеркнуть, что само применение новых технологий потребует перевооружения лабораторий на государственном уровне.

ЛЕЧЕНИЕ ПЛОСКОКЛЕТОЧНЫХ ИНТРАЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ ПОРАЖЕНИЙ ШЕЙКИ МАТКИ НИЗКОЙ СТЕПЕНИ ПРЕПАРАТОМ ГЕНФЕРОН

**Прилепская В.Н., Роговская С.И., Бебнева Т.Н., Межевитинова Е.А.,
Голубенко А.И., Лебедева М.И.**

Россия. Москва. ФГУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова Росмедтехнологий»

Вопросы необходимости деструктивного лечения плоскоклеточных интраэпителиальных поражений шейки матки низкой степени (LSIL) диску-

тируются. Продолжается поиск возможных консервативных средств, ускоряющих регресс данной патологии. Интерес представляет препарат Генферон в виде суппозиториев, который используется в лечении урогенитальных заболеваний вирусной и бактериальной этиологии. Основными компонентами препарата Генферон являются интерферон человеческий рекомбинантный альфа-2, таурин и анестезин.

Цель исследования

Изучение терапевтической эффективности и безопасности препарата Генферон для лечения плоскоклеточных интраэпителиальных поражений шейки матки низкой степени, ассоциированных с вирусами папилломы человека (ВПЧ) высокоонкогенного риска.

Дизайн исследования – сравнительное рандомизированное двойное слепое плацебо-контролируемое клиническое исследование.

Материалы и методы

После получения информированного согласия 40 ВПЧ-положительных (по данным Digene-теста) женщин репродуктивного возраста с результатами цитологического исследования, свидетельствующими о наличии субклинической формы ВПЧ-инфекции или CIN I, были рандомизированы на две группы: 23 пациенткам был назначен Генферон по 500 000 МЕ в форме суппозиториев вагинально 2 раза в сутки в течение 10 дней с последующим назначением 1 раз в сутки через день в течение 3 месяцев, 17 – получали плацебо по той же схеме. У всех пациенток, включенных в исследование, проводились кольпоскопия, ВПЧ Digene-тест, Пап-тест, бактериоскопический анализ содержимого влагалища, ПЦР-диагностика инфекций (ВПГ, ЦМВ и Chl. trachomatis) в соскобе эпителия цервикального канала. Период наблюдения – 6 месяцев. На протяжении всего исследования женщины использовали барьерные методы контрацепции. В ходе исследования пациентки вели дневник, в котором отмечались побочные эффекты терапии, их выраженность и продолжительность. Через 3 месяца после первого введения суппозиториев проводились Пап-тест, кольпоскопия, Digene-тест на ВПЧ высокого онкогенного риска, бактериоскопия, осуществлялась ПЦР-диагностика на вышеуказанные инфекции. Через 6 месяцев после первого введения суппозиториев, проводились Пап-тест, Digene-тест и кольпоскопия.

Результаты

Поскольку кольпоскопия является в некоторой мере субъективным тестом, основной акцент при оценке эффективности терапии был перенесен на данные Пап-теста и Digene-теста на ВПЧ. При сравнении результатов лечения через 3 и 6 месяцев наблюдения была найдена значимая разница в числе случаев нормализации состояния эпителия шейки матки группы 1 (с Генфероном) и группы 2 (с плацебо), которая составила, по данным Пап-теста, 30,4% и 23,5% в 3 месяца, 59,1% и 33,3% в 6 месяцев ($P < 0,05$), соответственно. Digene-тест на ВПЧ через 3 и 6 месяцев в группах 1 (Генферон) и 2 (плацебо) стал отрицательным в 39,1% и 11,8%, 68,2% и 26,7% случаев, соответственно

($P < 0,05$). При кольпоскопии в группах 1 (Генферон) и 2 (плацебо) положительная динамика состояния ШМ отмечалась к 6 месяцу у 28.6% и 26.6% пациенток ($P > 0,05$), соответственно. Серьезных нежелательных явлений не было отмечено ни в одной из групп. У одной женщины первой группы отмечались гриппоподобные симптомы, по одной пациентке из первой и второй групп жаловались на кратковременный зуд вульвы.

Выводы

Препарат Генферон® безопасен и хорошо переносится при лечении по указанной схеме. Генферон® высокоэффективен в лечении плоскоклеточных интраэпителиальных поражений шейки матки низкой степени тяжести, ассоциированных с вирусами папилломы человека высокоонкогенного риска, и способствует их регрессу.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА ГАЛАВИТ ПРИ ДИСТРОФИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ВУЛЬВЫ

Прилепская В.Н., Костава М.Н., Быковская О.В.

Россия. Москва ФГУ Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени В.И. Кулакова Росмедтехнологий,

Дистрофические заболевания вульвы принято считать патологией женщин старшего возраста, однако на практике в настоящее время они встречаются у женщин разных возрастных групп (от детского возраста до постменопаузы). Доказано, что основной причиной развития дистрофических заболеваний вульвы является хронический воспалительный процесс, который чаще обусловлен вирусной инфекцией. Применение препаратов иммуномодулирующего действия у пациенток с дистрофическими заболеваниями вульвы является патогенетически обоснованным и направлено на усиление иммунного ответа организма при смешанных инфекциях.

Цель исследования: изучение эффективности препарата Галавит у пациенток с дистрофическими заболеваниями вульвы.

Материалы и методы исследования: 2 группы женщин с дистрофией вульвы.

1 группа пациенток – 25 женщин, которые получали симптоматическую терапию на фоне терапии Галавитом. 2 группа женщин – 5 женщин, которые получали только симптоматическую терапию. Критерии включения: наличие подтвержденного диагноза – дистрофия вульвы, отсутствие иммуномодулирующей терапии в течение предшествующего исследованию месяца, полная информация о препарате. Критерии исключения: непереносимость препарата, отказ пациентки от участия в исследовании, несоблюдение плана лечения. Возраст женщин варьировал от 37 до 58 лет (средний возраст $53 \pm 2,8$ года). Методы исследования: общеклинический, гинекологический, вульво- и

кольпоскопия, цитология, интерфероновый статус, бактериоскопия, бактериология (по показаниям), анализ крови на титр антител к герпесу, ПЦР - определение ВПГ, ВПЧ, уреоплазм, микоплазм, хламидий. Симптоматическая терапия включала этиотропную терапию (противогерпетическая, антибактериальная, местная санация микрофлоры влагалища- при наличии показаний по стандартным схемам), строгое соблюдение диеты (исключение острой, соленой и очень сладкой пищи), десенсибилизирующую терапию (антигистаминные препараты), мазевые формы кортикостероидов (1% гидрокортизон). Схема применения препарата Галавит: порошок для инъекций разводили в 2 мл воды для инъекций или 0,9% раствора хлорида натрия. В острый период заболевания препарат вводили внутримышечно 0,2г в сутки однократно первые 2 дня, затем – по 0,1г с интервалом 72 часа. Курс лечения - 25 инъекций.

Результаты. Основные жалобы пациенток обеих групп были идентичны и включали следующие: выраженный зуд, жжение, боль, изменение внешнего вида наружных половых органов, диспареуния, тяжелое психоэмоциональное состояние. По данным гинекологического анамнеза пациенток отмечена высокая частота заболеваемости инфекциями, передающимися половым путем, что можно расценивать как предрасполагающий фактор развития патологических состояний вульвы. По данным вульво- и кольпоскопии в обеих группах до лечения отмечено: кожа в области вульвы утолщена, белого или беловато-желтого цвета, складки вульвы у большинства женщин увеличены, сужения входа во влагалище не наблюдалось практически ни у одной пациентки. У всех пациенток отмечены разной степени выраженности атрофические изменения слизистой эктоцервикса. В 1 группе у 10 женщин (40%) в наличии остроконечные кондиломы вульвы. У большей части пациенток в области вульвы имелись расчесы, трещины, нередко – кровоизлияния.

В цитограммах мазков-отпечатков с пораженных участков вульвы преобладали дистрофические изменения клеток (у 22 пациенток 1 группы – 88%, у 3 женщин 2 группы – 60%), редко выявлялся акантоз и гиперкератоз. Во 2 группе у всех женщин (100%) отмечались дистрофические изменения клеток. Данные бактериоскопического исследования у 18 пациенток (72%) 1 группы характеризовались смешанной микрофлорой влагалища и увеличением лейкоцитов до 45 в поле зрения, у 3 пациенток (12%) отмечено наличие бактериального вагиноза, у 4 больных (16%) – дрожжеподобных грибков. Во 2 группе у 2 женщин отмечен бактериальный вагиноз – 40%, у 3 пациенток (60%) – дрожжеподобные грибки. Лейкоциты в мазках были повышены у всех пациенток в пределах 30-45 в поле зрения. По данным ПЦР-диагностики в 1 группе ВПГ выявлен у 52%, ВПЧ – у 24%, ЦМВ – у 20%, уреоплазма – у 4%, во 2 группе ВПГ выявлен у 60%, ВПЧ – у 40%. Бактериологическое исследование было проведено 1 пациентке 1 группы в связи с наличием уреоплазм по данным ПЦР. Титр уреоплазм в исследуемом материале составил $\geq 10^4$ КОЕ/мл (с учетом чувствительности к антибиотикам было рекомендовано лечение).

Показатели интерферонового статуса были изменены у всех пациенток –

отмечалось резкое снижение выработки α - и γ -интерферонов. Высокий титр антител к вирусу простого герпеса (обострение) был отмечен у 15 женщин (60%) 1 группы и у 3 пациенток (60%) 2 группы.

Всем пациенткам 1 группы была проведена симптоматическая терапия с учетом данных обследования в сочетании в внутримышечным введением Галавита по приведенной выше схеме. Пациентки 2 группы получали только симптоматическую терапию.

Через месяц после лечения на основании опроса пациенток 1 группы было отмечено, что уменьшение субъективных ощущений в виде зуда, жжения, вульводинии наступило уже после 5-6 инъекций Галавита, т.е., в среднем, через 10-14 дней после начала лечения. У пациенток 2 группы данные симптомы сохранялись до 1 месяца и более от начала терапии. Данные вульвоскопии свидетельствуют, что на фоне применения препарата Галавит в результате более быстрого уменьшения дискомфорта в области наружных половых органов у пациенток 1 группы не обнаружено расчесов и кровоизлияний на половых губах, трещины исчезли у большинства больных или стали более слажены, белые участки поражения кожи стали меньше в размерах, менее грубые, значительно уменьшился их контраст по сравнению с цветом здоровых тканей. Отмечен выраженный клинический эффект у пациенток с остроконечными кондиломами на вульве, которые при контрольном кольпоскопическом осмотре не были обнаружены у 9 пациенток, у 1 – значительно уменьшилось их количество и размеры. У пациенток 2 группы внешние вульвоскопические признаки улучшения состояния тканей были менее значимы.

Данные цитологического исследования у пациенток 1 группы свидетельствовали о тенденции к снижению выраженности воспалительного процесса и дистрофических изменений. Высокий титр антител к вирусу простого герпеса в 1 группе не был отмечен ни у 1 пациентки, у 5 женщин (20%) ремиссия вируса простого герпеса, у 1 (4%) – носительство ВПГ, во второй группе после симптоматической терапии с включением противогерпетических препаратов у 2 пациенток (40%) сохранился высокий титр антител к вирусу простого герпеса, у 1 женщины (20%) ремиссия.

По данным исследования интерферонового статуса у пациенток 1 группы достоверно показатели продукции α - и γ -интерферонов у 17 женщин (68%), у 8 женщин продукция α - и γ -интерферонов стала в пределах нормы.

Выводы. Полученные результаты свидетельствуют о высокой значимости хронической персистирующей инфекции в развитии дистрофических заболеваний вульвы, при этом происходит снижение иммунитета, нарушение микробиоценоза влагалища, что свидетельствует о целесообразности проведения комплексной терапии с включением современных иммуномодулирующих препаратов.

Таким образом, положительные результаты проведенного исследования по применению препарата Галавит свидетельствуют об эффективности его

использования в комплексной терапии дистрофических заболеваний вульвы, а также у пациенток с остроконечными кондиломами вульвы, больных вирусом простого герпеса с целью повышения эффективности терапии патологического процесса.

РОЛЬ ИНФЕКЦИОННЫХ АГЕНТОВ В РАЗВИТИИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ПАТОЛОГИИ ШЕЙКИ МАТКИ У ЖЕНЩИН ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА

Прокопьева Т.А., Горбунова Е.Е.

Ижевская государственная медицинская академия, г. Ижевск, Россия

По данным Удмуртского Республиканского клинического онкологического диспансера заболеваемость раком шейки матки (РШМ) за последние 10 лет колеблется в пределах 9,9 - 14,2 на 100 тысяч женского населения, т.е. в среднем на учет берется 110-115 больных в год. Женщины трудоспособного возраста составляют более половины из взятых на учет, причем за указанный период наметилась тенденция к увеличению этой доли с 43 до 61%. Эта социально значимая группа занимает 2 ранговое место в структуре общей онкозаболеваемости женщин и 1 - в структуре онкогинекологической заболеваемости. В 15-17% эти больные берутся на учет в запущенных стадиях заболевания, а выявляемость у них РШМ при профилактических осмотрах едва превышает 20%. Среди женщин репродуктивного возраста распределение по стадиям менее благоприятно, чем у постменопаузальных женщин: чаще встречается III стадия, преобладают менее дифференцированные формы плоскоклеточного рака.

Целью работы явилось выявление потенциальных факторов риска злокачественной патологии шейки матки у женщин трудоспособного возраста с учетом их в скрининговой программе.

Материал и методы. Проведен анализ анамнестических данных, результатов бактериоскопического, бактериологического исследований, ПИФ, ПЦР отделяемого влагалища, цервикального канала, уретры и ИФА-диагностики крови 106 женщин трудоспособного возраста со злокачественными опухолями шейки матки. Использовали тест – системы: ПИФ-«ХламиСлайд»(НПФ Лабдиагностика, Москва), ПЦР-«Полимик»(НПФ Литекс, Москва), ИФА-«Хлами-Бест-IgG-стрип»(Вектор-Бест, Кольцово, Новосибирская область). Наиболее часто встречаемой гистологической формой был плоскоклеточный рак (66%), в 10% отмечен низкодифференцированный рак, 24% составила аденокарцинома шейки матки.

Результаты и их обсуждение. Из анамнеза выявлена высокая частота доброкачественных заболеваний шейки матки и воспалительных заболеваний органов малого таза (83,7%). Большинство женщин отметили раннее начало

половой жизни и высокий промискуитет, неоднократные роды и большое количество аборт (3 и более) в раннем репродуктивном периоде. В подавляющем большинстве случаев (91,0%) пациентки не использовали барьерные методы контрацепции. У 2/3 пациенток по данным бактериоскопического исследования определена III и IV степени чистоты влагалища. В 87,9% случаев выявлен вирус папилломы человека 16, 18, 31, 45 типов, в 41,1% - уреоплазмоз, в 37,8% - хламидиоз, в 19,1% - микоплазмоз. Микст-инфекция имела место у каждой третьей больной. Бактериологическое исследование позволило установить, что чаще всего встречалась условно-патогенная флора: эпидермальный стафилококк (72,8%), недифференцированные грамположительные палочки (42,5%), коринебактерии (23,2%), дифтероиды (18,5%). Отмечено также сочетание той или иной инфекции передающейся половым путем (ИППП) с патогенной флорой: золотистый стафилококк (7,4%), кишечная палочка (11,3%), β -гемолитический стрептококк (5,3%). Особенностью выявленной инфекции явилось длительное течение, частое рецидивирование процесса, высокая резистентность возбудителей к консервативной терапии.

Выводы. Выявлена высокая частота сочетания ИППП со злокачественными опухолями шейки матки у женщин трудоспособного возраста, кроме того, значительна доля условно-патогенных микроорганизмов и смешанной инфекции. Очевиден факт, что выявленная микрофлора не обеспечивает колонизационной резистентности генитального тракта, грубо нарушая его микробиоценоз.

Выявленный преморбидный фон злокачественных опухолей шейки матки у обследованных женщин может способствовать определению приоритетов в разработке специальных программ по усилению онкологической настороженности медицинских работников при обследовании различных возрастных групп, а также предусмотреть адекватные возможности для необходимого лечения в скрининговой программе с целью профилактики инвазивного РШМ.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ АППАРАТА «ФОТЕК ЕА 141» В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ПРОЦЕССОВ ШЕЙКИ МАТКИ

Роговская С.И., Бебнева Т.Н., Ледина А.В., Межевитинова Е.А., Прилепская В.Н.
Россия. Москва. ФГУ «НЦ АГиП им. В.И. Кулакова Росмедтехнологий»

Поиск и внедрение новых технологий в диагностике и лечении патологических процессов на шейке матки, обеспечивающих сохранность анатомии и функции органа после вмешательства продолжает оставаться актуальным. Перспективным является применение методов радиоволновой хирургии и аргоноплазменной абляции, которые обеспечивает «Фотек ЕА 141».

Цель исследования: изучить диагностические и лечебные возможности аппарата «Фотек ЕА 141», а также оценить безопасность и приемлемость широкополосной радиоволновой хирургии (ШРХ) и аргоноплазменной абляции (АПА) при патологических процессах шейки матки.

Под наблюдением находилась 31 пациентка в возрасте от 27 до 43 лет (36,5±0,7), которым по данным кольпоскопического и цитологического исследований была показана прицельная биопсия, эксцизия или конизация шейки матки.

Для биопсии и лечения использовали аппарат «Фотек ЕА 141» (Россия). Перед проведением биопсии и началом лечения пациентки были обследованы на сифилис, СПИД, гепатит В и С, генитальные инфекции. При выявлении инфекционного процесса женщинам было назначено соответствующее лечение.

Биопсия шейки матки (22 пациентки), эксцизия (7), конизация (2) проводилась под контролем кольпоскопа на 5-9 дни менструального цикла с помощью соответствующих режимов ШРХ в условиях стационара дневного пребывания. Биопсия проводилась в режиме «ЧИСТОЕ» («Резание без коагуляции») небольшим электродом-петлей на мощности 38-70 Вт, эксцизия с использованием широкого петлевого электрода, а также конизация с помощью электрода-паруса - в режиме «Смесь» (резание с коагуляцией) на мощности 38-50 Вт.

Обезболивание 2% лидокаином проводилось всем пациенткам при проведении эксцизии и конизации по обычной методике местно. При биопсии обезболивания не проводилось. Процедура была безболезненной во всех случаях. У одной пациентки во время биопсии и у одной во время эксцизии возникло кровотечение, которое было успешно остановлено применением электрода для аргоноплазменной абляции в режиме «Спрей».

Применение аппарата «Фотек ЕА 141» для биопсии позволило получить качественный материал, без участков обугливания и значительной деструкции тканей, что является очень важными при проведении последующего гистологического исследования.

Таким образом, метод широкополосной радиоволновой хирургии при проведении диагностических манипуляций на шейке матки имеет незначительное количество неблагоприятных эффектов и расширяет лечебные и диагностические возможности современной медицины.

Важно подчеркнуть, что сочетание двух физических методов в одном аппарате (ШРХ и АПА) является чрезвычайно удобным в практической работе.

ВЫБОР ВРАЧЕБНОЙ ТАКТИКИ ПРИ CIN I

Рудакова Е.Б., Лазарева О.В., Цыганкова О.Ю.

Россия. Омск. Омская государственная медицинская академия

В настоящее время не существует методов, позволяющих прогнозировать дальнейшее течение CIN I. Алгоритм ведения пациенток с CIN I четко не определен. Существует два тактических варианта, выбор которых основан на предпочтении женщины и клинициста.

Цель: определение на основании клинических и патоморфологических данных значимости маркеров биологических свойств тканей для выбора тактики пациенток с CIN I.

Материалы и методы исследования: В исследование было включено 60 женщин от 18 до 45 лет (средний возраст $26,2 \pm 1,2$ года) с плоскоклеточными интраэпителиальными поражениями шейки матки. Применялось общеклиническое, гинекологическое обследование, бактериологическое, цитологическое, гистологическое исследование, расширенная кольпоскопия, метод полимеразной цепной реакции – ПЦР (для выявления инфекций, передающихся половым путем и определения ВПЧ с типированием). Для определения вирусной нагрузки использовалась тест-система Ампли Сенс R-V12(RG, iQ, M) скрин-титр FRT (ООО ИнтерЛабсервис, Москва). Иммуногистохимическое исследование цервикобиоптатов проводили стрептавидин-биотин-пероксидазным методом с использованием антител к Ki-67 и P53 («Dako», Дания).

Результаты и их обсуждение: Среди 60 пациенток с плоскоклеточными интраэпителиальными поражениями LSIL выявлены у 38 человек (63,3%), HSIL – у 22 (36,7%). Изменения микробиоценоза вагины выявлены в 42,1% случаев пациенток с LSIL и в 36,4% среди пациенток с HSIL. Вирусы высокой онкогенности обнаружены в 73,6% при LSIL и в 54,5% при HSIL. Меньшая вероятность обнаружения ВПЧ высокой онкогенности у женщин с HSIL, по-видимому, объясняется интеграцией вирусной ДНК в геном клетки хозяина. При количественном анализе ВПЧ клинически значимые нагрузки выявлялись в большинстве случаев среди пациенток с HSIL. Кольпоскопические картины у всех 60 женщин представлены в основном атипичными изменениями плоского эпителия. В цервикобиоптатах пациенток с HSIL отмечено повышение интенсивности связывания маркера пролиферации Ki-67 по сравнению с пациентками с LSIL. Количество P53 при HSIL было значительно выше, чем при LSIL. Это можно объяснить тем, что при иммуногистохимических исследованиях выявляется преимущественно мутантный тип P53 (дикий тип является короткоживущим и практически не фиксируется), который свидетельствует о нарушении процессов апоптоза.

Среди пациенток с LSIL CIN I выявлена у 31 женщины (81,6%), в остальных случаях выявлен ВПЧ-эффект без CIN (плоские, остроконечные кондиломы). Всем женщинам с CIN I проведены вышеперечисленные обследования с кон-

тролем через 4 и 6 месяцев. При нарушении микробиоценоза влагалищной полости, если таковые имелись, проводилась санирующая терапия в зависимости от выявленного инфекта.

Через 4 месяца получены следующие результаты. Регресс ЦИН 1 произошел у 8 женщин (25,8%), через 6 месяцев - у 9. В общей сложности регресс заболевания произошел у 17 пациенток, что составило 54,8%. При анализе 2 групп пациенток: 1-я - у которых произошел регресс заболевания, 2-я - у которых заболевание не регрессировало, обращает внимание более молодой возраст женщин 1 группы. При анализе количественной оценки ВПЧ наибольшая частота выявления клинически значимой нагрузки встречалась у женщин 2 группы. При анализе иммуногистохимических данных наиболее высокий уровень экспрессии белка Ki-67 наблюдался у пациенток 2 группы. У этих же женщин наблюдалось увеличение уровня экспрессии белка P53. При анализе данных показателей отмечалось некоторое снижение уровня этих белков у женщин 1 группы уже через 4 месяца.

Выводы. Таким образом, показатели уровня пролиферативной активности - Ki-67, апоптоза - белка P53, количественное определение ВПЧ могут быть определяющими в выборе тактики врача при CIN I.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ФОТОДИНАМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ЛОКАЛИЗОВАННЫХ И РАСПРОСТРАНЕННЫХ ФОРМАХ ПАПИЛЛОМАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ ШЕЙКИ МАТКИ И ВЛАГАЛИЩА У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Савинов И.П., Иванова Л.В., Волкова А.В.

Россия. Санкт-Петербург. Кафедра хирургических болезней МПФ СПбГМА им. И.И. Мечникова, кафедра акушерства и гинекологии ВМА им. С.М. Кирова, Северо-западный центр лазерной медицины

Актуальность: папилломавирусная инфекция (ПВИ) имеет доказанную связь с развитием злокачественных опухолей нижних отделов половой системы. Отмеченный в последние годы резкий рост инфицированности женского населения, превалирование данной инфекции у молодого контингента больных, способность к агрессивному течению и быстрому рецидивированию заставляет врачей искать новые щадящие подходы к лечению заболеваний шейки матки и влагалища, ассоциированных с ПВИ.

Цель исследования: повышение эффективности терапии патологических состояний шейки матки и влагалища, ассоциированных с ПВИ, путем разработки новых малоинвазивных методов лечения.

Материалы и методы исследования: фотодинамическая терапия (ФДТ) выполнена 16 пациенткам в возрасте от 18 лет до 31 года с локализован-

ными и распространенными формами ПВИ шейки матки и влагалища. Всем женщинам до и после лечения было проведено комплексное обследование, включающее в себя расширенную кольпоскопию, мазки на флору и онкоцитологию, определение ПВИ методом полимеразной цепной реакции. При расширенной кольпоскопии у всех пациенток (100%) была выявлена эктопия с незаконченной зоной трансформации, участками мозаики, пунктации, васкуляризация, немые йод-негативными зонами. Сочетанное поражение нижних отделов половой системы ПВИ в виде экзофитных кондилом преддверия влагалища отмечено у 7 (43,7%) женщин, кондиломатозный вагинит установлен в 100% случаев. Выполненный после предварительной санации мазок на онкоцитологию у всех пациенток выявил дисплазию I - II степени. Инфицированность онкогенными типами ПВИ была подтверждена в 100% случаев. Использовали фотосенсибилизаторы второго поколения хлороинового ряда фотолон и фотодитазин. Фотолон в виде внутривенной капельной инфузии вводился 5 (31,3%) женщинам в течение 30 минут в дозе 0,5 мг/кг массы тела, фотодитазин в виде 1% геля наносился 11 (68,7%) женщинам на слизистую шейки матки и влагалища в объеме 15-20 мл на 20 минут. Через 2 часа проводилось облучение слизистой на аппарате «АТКУС-2». Длительность облучения составила в среднем 15 минут, длина волны - 662 нм, мощность излучения - 2 Вт, плотность мощности - 300-600 мВт/см², плотность энергии - 300-600 Дж/см². Количество полей облучения варьировало от 3 до 5 в зависимости от распространенности ПВИ. Процедура проводилась однократно.

Результаты и их обсуждение: контроль эффективности ФДТ проводился на 5, 10 и 30 дни с момента выполнения процедуры. Так после внутривенной инфузии фотолона у 3 (60%) из 5 женщин наблюдалась полная эпителизация эктопии и исчезновение признаков ПВИ шейки матки и стенок влагалища, у 2-х (40%) - полная эпителизация эктопии с исчезновением признаков ПВИ шейки матки и сохранением проявлений кондиломатозного вагинита. После местного применения фотодитазина у 7 (63,6%) из 11 женщин наблюдалась полная эпителизация эктопии и исчезновение признаков ПВИ шейки матки и стенок влагалища, у 2-х (18,1%) - полная эпителизация эктопии с сохранением признаков ПВИ шейки матки и проявлений кондиломатозного вагинита, у 2-х (18,1%) - уменьшение интенсивности аномальных эпителиальных изменений шейки матки и стенок влагалища, характерных для распространенных форм ПВИ.

Выводы. ФДТ является новым перспективным малоинвазивным методом лечения патологических состояний шейки матки и влагалища, ассоциированных с ПВИ. Выбор пути введения и дозы фотосенсибилизатора индивидуален и зависит от распространенности и характера поражения слизистой ПВИ, что требует дальнейших углубленных исследований.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ БАЛЬЗАМА «ПРОМЕД» ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЖЕНЩИН С ХРОНИЧЕСКИМИ ЦЕРВИЦИТАМИ

Сандакова Е.А., Первалов А.Я., Савельева И.В., Зимовина У.В.

Россия. Пермь. ГОУ ВПО «Пермская государственная медицинская академия им. академика Е.А. Вагнера» Росздрава

Несмотря на значительные успехи в лечении цервицитов, проблема эта остается далекой от разрешения – рецидивы цервицитов встречаются достаточно часто, а сами вмешательства иногда приводят к рубцовым изменениям шейки матки. Поэтому оправдан поиск препаратов, улучшающих регенерацию цервикального эпителия как на этапе до деструктивных методов лечения так и после них.

Бальзам «Промед» - биологически активный натуральный продукт на основе меда, в состав которого также входят пчелиный воск, экстракт прополиса, кедровое, зверобойное, репейное, облепиховое масла. Этот состав определяет его противовоспалительный, ранозаживляющий, болеутоляющий и иммуномодулирующий эффекты, что может быть весьма ценным в лечении женщин с воспалительной патологией шейки матки.

Целью исследования явилось изучение эффективности применения бальзама «Промед» в консервативной терапии хронических цервицитов, а также в комплексе с лазерной вапоризацией шейки матки.

Были сформированы две группы наблюдения: группа Ia – 10 пациенток с хроническими цервицитами, которым лечение проводилось консервативно с включением «Промеда» на тампонах интравагинально в течение 10 дней; группа IIa – 16 женщин, которым наряду с этиотропной терапией проведена лазерная вапоризация шейки матки и «Промед» назначался с целью стимуляции эпителизации после деструкции очага на интравагинальном тампоне в течение 10 дней. Группы сравнения составили: Ib – 10 больных, которым проводилось традиционное консервативное лечение цервицита и группа IIб – 18 женщин, которым после лазерной вапоризации вместо «Промеда» назначались свечи метилурациловые по 1 два раза в день в течение 10 дней.

Для оценки эффективности лечения использовались стандартные при данной патологии методы исследования.

В основной группе (Ia) у 5 пациенток отмечено более раннее (на 2-3 день) исчезновение клинической симптоматики воспалительного процесса: зуда, жжения, дискомфорта во влагалище, уменьшение вагинальных выделений. Через 10-14 дней от начала лечения при проведении расширенной кольпоскопии у этих пациенток отмечена отчетливая положительная динамика, в мазках снизилось количество лейкоцитов. У остальных 5 пациенток исчезновение симптомов цервицита начиналось с 4-5 дня от начала лечения, что не отличало их от группы сравнения. Данные кольпоскопии на 10-14 день в основной группе и группе сравнения были идентичными. По частоте рецидивов основная и контрольная группы также не различались.

Течение послеоперационного периода в основной Iб группе характеризовалось более ранним отхождением коагуляционной пленки (на 5-е сутки), более быстрым процессом начала (с 8 суток) и завершения (через 3-4 недели) активной эпителизации, чем в группе сравнения IIб (на 7 сутки, с 10-12 суток и через 5-6 недель соответственно).

Таким образом, использование бальзама «Промед» в комплексной консервативной терапии женщин с хроническими цервицитами позволяет у половины женщин ускорить устранение клинических проявлений воспалительного процесса, однако не оказывает существенного влияния на состояние цервикального эпителия после завершения лечения и не снижает частоты рецидивов. Более выраженное положительное действие оказывает применение «Промеда» при лечении хронических цервицитов на этапе после лазерной вапоризации – использование его способствует более быстрой эпителизации раневой поверхности и укорачивает период полного заживления на 1-2 недели.

СОСТОЯНИЕ ШЕЙКИ МАТКИ У ВИЧ-ПОЗИТИВНЫХ ЖЕНЩИН ПОСЛЕ РОДОВ

Свердлова Е.С., Дудакова В.Н., Дианова Т.В. Кулинич С.И.

Россия. Иркутск. ГОУ ДПО Иркутский институт усовершенствования врачей

Известно, что на состояние эпителия шейки матки влияют бактериальные и вирусные ЗППП, родовой травматизм и изменения в иммунной системе, но состояние эпителиев шейки матки под влиянием нескольких ИППП на фоне иммунокомпрометирующих заболеваний (туберкулез, ВИЧ) изучено недостаточно.

Цель: оценить влияние микст-инфекций на эпителий шейки матки у ВИЧ-позитивных женщин в зависимости от способа родоразрешения, наличия ИППП, вирусной нагрузки.

Материалы и методы исследования: проанализировано 250 историй родов, зарегистрированных в ГПЦ г. Иркутска за 2005 – 2006гг. 45 женщинам через 1 – 2 года после родов выполнены бактериоскопические, бактериологические, цитологические исследования материала из цервикального канала и проведена расширенная кольпоскопия на цифровом видеокольпоскопе Sensitec. 30 пациенткам проводилось генотипирование и количественный ВПЧ-тест «АмплиСенс ВПЧ ВКР Скрин-Титр FRT» производства ФГУН «ЦНИИ Эпидемиологии» Роспотребнадзора. Обязательным методом диагностики была биопсия и выскабливание цервикального канала.

Результаты и обсуждение: Диагноз ВИЧ инфекции установлен до беременности у 120 (48%), при данной беременности - у 85 (34%), а у 45 (18%) - только при поступлении в роддом. Половой путь передачи ВИЧ имел место у 205

(82%), парентеральный – у 45 (18.0%) женщин. Из 250 родивших наблюдались в женской консультации 192 (76.8%), из них обследована на другие УГИ методами ПЦР или ИФА каждая третья. Медикаментозная профилактика передачи ВИЧ от матери ребенку в три этапа была проведена 130 (52.0%), только в родах – 90(36.0%) женщинам. Не получали ARV-терапию 30 (12.0%) ВИЧ – инфицированных. Самостоятельно родоразрешились в срок 209 (83.6%), преждевременные роды произошли у 41 (16.4%), путем кесарева сечения родоразрешены 70 (28%) женщин. Родовой травматизм имел место у 35 (14%) родильниц. В послеродовом периоде с женщинами проводились беседы о необходимости барьерной контрацепции и было рекомендовано посещать кабинет патологии шейки матки. К настоящему времени в кабинет обратились 45 ВИЧ-позитивных женщин, родивших в 2005-06гг., которым выполнен весь спектр обследований, необходимый для диагностики заболеваний шейки матки. Наиболее типичным проявлением ВПЧ-инфекции в данной категории больных явились участки густого возвышающегося уксуснобелого эпителия (УБЭ), имеющего на поверхности вдавления, напоминающие следы на высыхающем песке – у 12 (26,6%), распространенная постоянная лейкоплакия – у 6 (13,3%) и грубая пунктация – у 4(8,9%). При проведении Шиллер-теста участки гиперкератоза оставались непрокрашенными, а участки МПЭ, воспринимавшие йод, накапливали его в виде отдельных более темных и возвышающихся точек. Цитологически плоскоклеточный рак обнаружен у 1 (2,2%), признаки тяжелой дисплазии - у 1 (2,2%), слабая дисплазия с обнаружением койлоцитов и дискератоцитов - у 8 (17,8%), гипер- и паракератоз – у 5 (11,1%), воспалительный тип мазка – у 14 (31,1%) и 1 класс цитологического мазка – у 16 (35,6%). По результатам обследования на ЗППП: инфекции не обнаружены у 16 (35,5%), уреа- и микоплазмы выявлены у 9 (20%), кандиды – у 8 (17,8%), трихомонады – у 6 (13,3%), хламидии – у 4 (8,9%) и ГГ – у 2 (4,4%) женщин. Онкогенные штаммы ВПЧ присутствовали в 25 (83,3%) исследованиях, причем в 21 (70%) их количество превышало >105 копий. Морфологические заключения соответствовали данным кольпоскопии более чем заключениям цитолога, которому в ряде случаев мешали элементы воспаления, не позволяющие оценить дифференцировку эпителиального пласта. По данным биопсии инвазивный рак установлен у 1 (2,2%), CIN - III – у 2 (4,4%), CIN - II – у 7 (15,6%), CIN - I – у 11 (24,4%) обследованных, родивших самостоятельно и не получавших после родов AVR терапию. Определение вирусной нагрузки выполнено только у 12 (26,7%) ВИЧ-позитивных женщин, а в динамике – лишь у 5 (11,1%).

Выводы:

1. Инфекции, передающиеся половым путем в сочетании с ВПЧ на фоне иммунокомпрометирующих заболеваний у женщин способствуют более быстрому формированию дисплазий эпителия от хронического цервицита до РШМ в сроки от 6 до 16 месяцев.

2. Самостоятельные роды у этой группы женщин также способствуют воз-

никновению предраковых процессов шейки матки.

3. Решающее значение в образовании дисплазий и РШМ имеют онкогенные штампы ВПЧ и вирусная нагрузка.

4. Самостоятельные роды наряду с УГИ в сочетании с ВПЧ у ВИЧ-позитивных женщин способствуют формированию дисплазий МПЭ шейки матки, имеющих определенные КПС признаки. Если при РКС врач обнаруживает вышеописанные КПС картины, то следует рекомендовать пациентке обязательное ВИЧ обследование.

ФОРМИРОВАНИЕ ДИСПЛАЗИЙ ШЕЙКИ МАТКИ У ВИЧ-ПОЗИТИВНЫХ ЖЕНЩИН

Свердлова Е.С., Василевская Л.А., Кулинич С.И.

Россия. Иркутск. ГОУ ДПО Иркутский институт усовершенствования врачей

Известно, что рак шейки матки имеет вирусную этиологию. Существует цепь закономерных превращений эпителиальных клеток из нормальных в раковые в результате работы онкогенов, выделяемых ВПЧ. Активность ВПЧ зависит от сопутствующих инфекционных факторов и состояния иммунной системы. В основе патогенеза ВИЧ-инфекции лежит прогрессирующий иммунодефицит, следствием которого являются оппортунистические инфекции и опухолевые процессы. Среди оппортунистических инфекций код по МКБ-10 имеют микоплазмы, кандиды, цитомегаловирусы. Код по ВПЧ отсутствует. По злокачественным новообразованиям в отдельные рубрики вынесены саркома Капоши, лимфома Беркита, другие неходжкинские лимфомы и нет отдельной рубрики по раку шейки матки. Из этого следует, что связь между ВИЧ, ВПЧ и РШМ изучена недостаточно.

Цель нашей работы - оценка выявления роли ВПЧ в развитии интраэпителиальных неоплазий у ВИЧ-позитивных женщин.

Материалы и методы. Обследованы 641 женщины по протоколу: анамнез, общий и гинекологический осмотр, бактериоскопические, бактериологические, цитологические исследования, ПЦР на хламидии и ВПЧ. При положительном ВПЧ скрининге проводилось генотипирование и количественный ВПЧ-тест «АмплиСенс ВПЧ ВКР Скрин-Титр FRT» производства ФГУН «ЦНИИ Эпидемиологии» Роспотребнадзора. Обязательным методом диагностики была расширенная кольпоскопия на цифровом видеокольпоскопе Sensitec, перенос фотографии в КТ, биопсия и выскабливание цервикального канала (по показаниям) с гистологическим исследованием.

Результаты и обсуждение. Возраст обследуемых женщин был в пределах 23 – 28 лет. Кроме ВИЧ, женщины были больны туберкулезом – 26 (4,1%); сифилисом – 83 (12,9%); гонореей – 4 (0,6%); трихомонозом – 42 (6,6%); хламидиозом - 25 (3,9%); генитальным герпесом – 11 (1,7%); уреамикоплазмозом

– 47 (7,3%); вагинальным кандидозом – 219 (34,2%); бактериальным вагинозом – 207 (32,3%). У большинства женщин обнаружено несколько ИППП. По данным цитологии и кольпоскопии эпителий с различной степенью атипии обнаружен у 124 (19,3%) пациенток, всем выполнена прицельная биопсия и соскоб цервикального канала, и 56 (45,2%) больным сделан ВПЧ-тест. По данным морфологического заключения больные распределились следующим образом: CIN – I – у 14 (11,3%); CIN – II – у 64 (51,6%); CIN – III – у 32 (25,8%) и инвазивный рак – у 14 (11,3%). ВПЧ более 105 копий обнаружены у 52 (92,9%) обследованных, преобладали 16, 33 и 35 генотипы. Выраженность аномальных КПС картин, соответствие цитологическим заключениям и тяжесть дисплазии находились в прямой зависимости от вирусной нагрузки, которая колебалась от 912 (при CIN -I) до 928 000 (при инвазивном раке). Назначение ВААРТ в сочетании с деструктивными методами лечения позволило стабилизировать процесс на стадии CIN – II у 45 (70,3%) и CIN – III – у 28 (87,5%) ВИЧ – позитивных женщин. В тех случаях, когда не проводилось специфическое лечение, процесс перехода из дисплазии средней степени в пре- и инвазивный рак составил от 6 месяцев до 1 года – у 23 (23,4%) пациенток.

Выводы: в группу риска по формированию цервикальных неоплазий, обусловленных ВПЧ-инфекцией, прежде всего, входят ВИЧ-позитивные женщины, у которых тяжесть выявленных неоплазий зависит от сочетания ВПЧ с другими ИППП и вирусной нагрузки. Дисплазия 2 – 3 в сочетании с ВПЧ >105 копий и растущей вирусной нагрузкой может явиться показанием к назначению ВААРТ, которая наряду с лечением иммунодефицита будет профилактикой РШМ.

ПРОФИЛАКТИКА ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ АБОРТА

Серова О.Ф., Краснопольский В.И., Мельник Т.Н.

Россия. Москва. Московский областной научно-исследовательский институт акушерства и гинекологии. Люберцы. Люберецкий родильный дом

Цель: разработка системы профилактики воспалительных осложнений у женщин после аборта.

Материал и методы: обследовано 150 пациенток после аборта, составивших три группы: I – 50 женщин, которым применялся мифепристон; II – 50 пациенток, которым производилась вакуум-аспирация (мини-аборт); III – 50 пациенток, которым произведен хирургический аборт, с помощью Всем женщинам проводилось комплексное обследование до и после аборта с помощью общеклинических, бактериологических, ультразвукового, иммуноферментного методов исследования.

Результаты: восстановление менструального цикла у пациенток основной

группы произошло через 28-30 ($29,1 \pm 1,2$) дней, у женщин II группы – через 40-43 ($40,2 \pm 3,4$) дня, в III группе через 48-51 ($48,2 \pm 4,21$) день после прерывания беременности. Фактически после «мини» - аборта и хирургического аборта наблюдалось отставание начала первой менструации в среднем на 12-14 и 18-21 день соответственно. Частота послеабортных осложнений у пациенток I, II и III групп составила: неполный аборт – у 2,0%, 2,0% и 4,0% соответственно; эндометрит – у 6,0% женщин II группы и у 8,0% - III группы. Таким образом, наиболее серьезным и частым осложнением после различных способов прерывания беременности, особенно хирургического аборта, является эндометрит. Анализ послеабортных осложнений позволил выделить факторы риска их развития: хронические воспалительные заболевания гениталий, рубец на матке, миома матки, дисфункция яичников, перенесенные внутриматочные вмешательства, юный возраст при первой беременности. В зависимости от степени травматичности различных видов прерывания беременности и факторов риска развития осложнений разработан дифференцированный подход к их предупреждению. С целью профилактики воспалительных осложнений во время медикаментозного и «мини» абортов при наличии факторов риска проводилось однократное внутримышечное введение цефуроксима в дозе 150 мг. После хирургического во всех случаях назначались профилактические курсы антибиотиков широкого спектра действия в течение 5-10 дней. Для реабилитации менструальной и репродуктивной функций применялись микро- и низкодозированные комбинированные оральные контрацептивы. В течение года воспалительные заболевания органов малого таза наблюдались лишь в 4,0%, после хирургического аборта.

Заключение: применение медикаментозного прерывания беременности и адекватная реабилитация позволяют значительно уменьшить частоту воспалительных осложнений после аборта.

ОПЫТ КЛИНИЧЕСКОГО ПРИМЕНЕНИЯ АБИДОЛА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАТОЛОГИИ ШЕЙКИ МАТКИ

Симрок В.В., Бурмак Ю.Г., Бибик В.В.

Украина. Луганск. Луганский государственный медицинский университет

Актуальность направления обусловлена статистическими данными, которыми подчеркивается роль вирусной инфекции, передающейся половым путем, в развитии патологии шейки матки. В структуре урогенитальных инфекций герпесвирус и папилломавирус имеют достаточно высокий удельный вес, хотя клинические проявления отличаются малой симптоматикой и зачастую протекают латентно. Коварность сочетанной генитальной инфекции с наличием вирусов заключается в сложности подбора адекватных схем фармакотерапии. Продолжая поиск эффективных и, в то же время безопасных средств фармакокоррекции, мы

пришли к выводу о необходимости применения иммуномодуляторов в комплексе проводимого лечения.

Под наблюдением в Центре семейной медицины Луганского государственного медицинского университета находилось 33 женщины в возрасте от 17 до 39 лет имеющие фоновые и предраковые поражения эпителия шейки матки полиинфекционной этиологии. Обследование проведено по общепринятой схеме, включая сбор анамнеза, общий и гинекологический осмотр, проведены бактериоскопические, бактериологические, цитологические, иммунологические исследования, кольпоскопия, биопсия, ПЦР-скрининг и др.

Исследование заключалось в изучении эффективности индуктора эндогенного интерферона Арбидола, относящегося к группе противовирусных препаратов, обладающих иммуномодулирующим действием. Средство назначалось с целью предкоагуляционной подготовки, а также после коагуляции на фоне базисного лечения, включающего препараты, обладающие противовирусным, антибактериальным, антиоксидантным, гепатопротекторным, регенеративным и другими фармакологическими свойствами, назначенными с учетом активности воспалительного процесса и степени поражения. Арбидол назначался *reg os* в дозовом режиме 0,2 г 4 раза в сутки в течение первой недели и в дальнейшем 1 раз в неделю на протяжении 3 недель.

Следует отметить, что уже на второй неделе после окончания курса лечения была отмечена полная эпителизация пораженных участков у каждой третьей пациентки, через 1 месяц – более 80%; полное выздоровление было констатировано и клинически подтверждено у 32 пациенток (96,9%). Проводя контрольные обследования, цитологически было подтверждено отсутствие нарушений процессов дифференцировки, созревания и пролиферации клеток.

Таким образом, Арбидол показал достаточно высокую эффективность комбинированного применения за счет достоверного снижения клинических проявлений, улучшения морфологического состояния эпителия и, что немаловажно, отсутствие рецидивов на протяжении 6-12 месяцев.

Данные клинического исследования позволяют расширить применение Арбидола, как эффективного и безопасного противовирусного средства с иммуномодулирующим эффектом, в практике семейного врача.

НОВЫЕ ОПТИКОЭЛЕКТРИЧЕСКИЕ МЕТОДИКИ В СКРИНИНГЕ ПРЕДРАКОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ШЕЙКИ МАТКИ

Альберт Сингер

Великобритания. Лондон. Профессор кафедры гинекологических исследований Лондонского Университета, Оксфордского Университета, руководитель гинекологического отделения Виттингтонского Госпитала

Несмотря на появление различных подходов к скринингу цервикального рака, крайне важным подходом остается скрининг патологии в режиме реального времени. Методики детекции в режиме реального времени можно разделить на визуальные тесты: VIA, VILI; оптоэлектрические: Lifesprex, Medispectra, TruScreen. Оптоэлектрические реал-тайм методики и принципы детекции: Medispectra – флуоресценция (ультрафиолетовый свет), Lifesprex – флуоресценция (ультрафиолет и видимый свет), Truscreen – детекция отраженного света видимого и инфракрасного спектра, измерение электрических свойств ткани.

Truscreen является очень перспективным методом скрининга, в ходе исследования измеряется отраженный свет и электрические свойства разных типов и слоев ткани. Рабочий зонд содержит излучатель инфракрасного, красного и зеленого световых спектров и детектор отраженного излучения. Основные процессы в реальном времени состоят из следующих этапов: стимуляция ткани, детекция тканевого ответа, трансформирование ответного сигнала, анализ и сравнение ответного сигнала, определение по типу ткани или повторное исследование.

Клинические испытания TruScreen, проведенные нами (1) охватили 10 клиник, 729 пациенток, из которых 521 добровольно согласилась принять участие в исследовании, а 208 были направлены из других клиник. Все участницы проходили обследование с помощью Truscreen, цитологический PAP-мазок и кольпоскопию или биопсию.

Из обследованных участниц было выявлено: у 84 гистологически подтвержденный CIN I, у 54 гистологически подтвержденный CIN II/CIN III. Результаты этих мультицентровых испытаний показали следующие данные: у Truscreen чувствительность для CIN II/III – 70%, чувствительность для CIN I – 67%, специфичность для нормы – 81%; у PAP-мазка чувствительность для CIN II/III – 69%, чувствительность для CIN I – 45%, специфичность для нормы – 95%. При сочетании этих двух методик скрининга Truscreen и PAP-мазка: чувствительность для CIN II/III – 93%, чувствительность для CIN I – 87%, специфичность для нормы – 80% (1). Эти данные позволяют сделать вывод, что TruScreen является точным и перспективным методом скрининга, его применение позволяет достичь высокой специфичности, а в качестве дополнительного метода сортировки - высокой чувствительности. Таким образом, TruScreen обладает рядом преимуществ перед другими методами скрининга: скрининг происходит в реальном времени, концепция «увидел-лечи», объ-

эффективность результатов, простое обучение персонала, при высокой чувствительности – до 70%, и специфичности – до 81% (2, 3).

ВПЧ-ТЕСТИРОВАНИЕ: ПРИМЕНЕНИЕ И КЛИНИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ В СКРИНИНГЕ ЦЕРВИКАЛЬНОГО РАКА

Альберт Сингер

Великобритания. Лондон. Профессор кафедры гинекологических исследований Лондонского Университета, Оксфордского Университета, руководитель гинекологического отделения Виттингтонского Госпитала

Для диагностики цервикальных патологий в мире используют следующие скрининговые тесты, одобренные IARC: традиционные цитологические методы, осмотр, кольпоскопия с использованием 3-5 % уксусной кислоты и раствора Люголя с 2-4-х кратным увеличением, и молекулярно-биологические методы, направленные на обнаружение вирусных ДНК в материале.

В настоящее время появились новые дополнительные методы скрининга: специфические ВПЧ-ассоциированные тесты, тесты на определение специфических молекулярных маркеров онкоассоциированных с ВПЧ, современные методы визуальной оценки, и методики детекции в реальном времени.

Появление современных методов детекции патологических изменений дает возможность проводить более точный скрининг.

Исследования, проведенные в Северной Америке и Европе, в которые одновременно были вовлечены более 60000 женщин, показали, что эффективность традиционных скрининговых тестов в совокупности с новыми методами детекции значительно повышается. Так, например внедрение в практику теста для определения вирусной нагрузки по технологии гибридного захвата – ВПЧ Digene-тест, повысило чувствительность скрининга на 40%[1]. ВПЧ Digene-тест является единственным одобренным FDA для ВПЧ-тестирования тестом и включен в скрининговые программы.

Нами предложен возможный алгоритм мониторинга женщин в возрасте от 25 до 64 лет с использованием ВПЧ-тестов как в качестве первичного скрининга, так и в качестве последующего, дополнительного к Pap-мазкам у ВПЧ-положительных женщин.

По результатам 10-летнего исследования патологии шейки матки у ВПЧ-положительных женщин с нормальной цитологической картиной риск цервикальных патологий > CIN 3 у ВПЧ-положительных женщин велик, более 20%. Важное прогностическое значение имеет также определение вирусной нагрузки и типа вируса.(2).

Например, ВПЧ 16 и 33 типов значительно увеличиваются при CIN3 по сравнению с непатологической цитологией.(3)

Положительный ВПЧ Digene-тест и вирусная нагрузка свыше 5000 копий,

определенная с помощью ВПЧ Digene-теста, прогнозирует возникновение CIN2/3 с высокой точностью[4]

Отрицательный ВПЧ Digene-тест и отсутствие вирусной нагрузки прогнозирует очень низкий уровень риска развития CIN2/3 [4]

ВПЧ-Digene-тест в сравнении с традиционной ПЦР-диагностикой обладает более высокой клинической чувствительностью, а также даёт возможность типировать вирусы (высокий риск, низкий риск), и определять вирусную нагрузку, благодаря этим качествам технология гибридного захвата – единственный молекулярный метод скрининга, результаты которого считаются объективно достоверными в отличие от метода ПЦР, где можно получить как ложно положительные, так и ложно отрицательные результаты.

Резюмируя сказанное выше, можно сделать вывод о том, что в комплексе с традиционными цитологическими методами ВПЧ Digene-тест является надежным и достоверным скрининговым методом.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ND-YAG ЛАЗЕРА В ЛЕЧЕНИИ ПАТОЛОГИИ ШЕЙКИ МАТКИ

Стародубцева С.В.¹, Осин Л.А.¹, Аполихина И.А.²

¹Поликлиника ОАО «Газпром»

²ФГУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова Росмедтехнологий»

В настоящее время лазерная хирургия продемонстрировала свою высокую эффективность в лечении патологических процессов вульвы, влагалища и шейки матки. Вместе с тем, широко представлены данные об использовании СО₂-лазера. Оценка эффективности применения Nd-YAG лазера в доступной нам литературе не представлена.

Целью исследования явилось определение возможности эффективного использования и оценки безопасности Nd-YAG лазера в лечении патологии шейки матки.

Материал и методы. В течение 2006 – 2007 годов 491 пациентке (что составляет 3,4% от общего количества прикрепленных и обследованных в гинекологическом отделении пациенток) в возрасте от 21 до 55 лет (средний возраст - 32,5 года) была проведена лазерная коагуляция шейки матки по поводу ретенционных кист, эктопии шейки матки, эндометриоидных гетеротопий, лейкоплакии, цервикальной интраэпителиальной неоплазии I – II ст.

Перед лазерной коагуляцией шейки матки все пациентки были обследованы на ВИЧ, сифилис, гепатиты В и С, исследованы мазки на флору, на урогенитальные инфекции с помощью полимеразной цепной реакции, проведены кольпоскопическое, цитологическое и гистологическое исследования. При необходимости проводилось обследование на ДНК ВПЧ с помощью метода

гибридизации в растворе Human papillomavirus DNA testing (Hybrid capture II – ВПЧ DNA Test) для выявления высокоонкогенных (16, 18) типов ВПЧ.

При выявлении урогенитальных инфекций и воспалительных процессов влагалища и шейки матки проводилась соответствующая противовоспалительная терапия.

Лазерокоагуляция проводилась на 6-8 день менструального цикла на Nd-YAG лазерном аппарате «Sharplan 40С» контактным методом с мощностью 10 Вт. Применялось локальное обезболивание с помощью 10% лидокаина в виде спрея или парацервикального введения 2% раствора лидокаина. Контроль после лечения проводили спустя 2 – 3 месяца и через 1 год.

Результаты. Эффективность лечения Nd-YAG лазером оценивали по двум критериям: полный эффект отмечен у 480 пациенток (98%). Частичный эффект наблюдался у 11 пациенток (2%): 8 - с лейкоплакией шейки матки, 1 – с цервикальной интраэпителиальной неоплазии I ст. и 2 – с ретенционными кистами, которым проводилась повторная лазерная деструкция в связи с рецидивом заболевания через 6 мес.

Во время операции осложнений не отмечалось. У 4 (0.8%) пациенток отмечалось кровотечение на 14 день после лазерокоагуляции, в связи с чем потребовалось повторное проведение лазерной деструкции шейки матки в месте кровотечения.

Выводы. Лазерокоагуляция с помощью Nd-YAG лазера показала высокую эффективность и безопасность в лечении патологии шейки матки. Особенности физических параметров Nd-YAG лазера (длина волны 1064 нм) обеспечивают более глубокое проникновение лазерного луча в патологические ткани, воздействуя на клеточные структуры на 2- 3 и более мм в зависимости от параметров мощности, при этом сохраняя клеточный каркас. Кроме того, при эффекте поверхностной коагуляции, позволяет избежать вапоризацию тканей и обеспечивает последующую быструю эпителизацию.

СОСТОЯНИЕ ЭПИТЕЛИЯ ШЕЙКИ МАТКИ У ЖЕНЩИН С УРОГЕНИТАЛЬНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ НА ФОНЕ ПРИМЕНЕНИЯ МОНОФАЗНЫХ КОНТРАЦЕПТИВНЫХ ПРЕПАРАТОВ

Татарова Н.А., Фади́на Ю.П., Мирзабалаева А.К.

Россия. Санкт-Петербург. Кафедра акушерства-гинекологии и перинатологии, ГОУ ВПО «Санкт – Петербургская академия имени И.И.Мечникова», кафедра клинической микологии, аллергологии, иммунологии, ГОУ ДПО «Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию»

Актуальность Распространённость патологии шейки матки в репродуктивном возрасте определяет актуальность проблемы в современной гинекологии. Научные исследования свидетельствуют о том, что патология шейки матки чаще ассоциируется с урогенитальной инфекцией, преимущественно

вирусом папилломы человека (ВПЧ). Отсутствует единое мнение в отношении связи между контрацептивными препаратами и риском развития диспластических изменений шейки матки.

Цель. Оценить состояние эпителия шейки матки у женщин с урогенитальными инфекциями на фоне применения монофазных контрацептивных препаратов.

Материалы и методы. Обследовано 150 женщин репродуктивного возраста, применявших гормональные контрацептивы с целью регуляции рождаемости. Возраст пациенток составил от 18 до 45 лет (медиана возраста $23,7 \pm 7,8$ г.). Длительность контрацепции не превышала 12 месяцев. Применяемые препараты были комбинированными, с различным составом эстрогенного и прогестагенного компонента. В зависимости от вида контрацепции пациентки были разделены на три группы:

1 группа – 72 женщины, использовали микродозированные оральные контрацептивы: 0,02 мг этинилэстрадиола и 0,075 мг гестодена.

2 гр - 57 женщин использовали влагалищное контрацептивное кольцо: 0,15 мг этинилэстрадиола и 0,120 мг этногестрела.

3 гр-21 женщина, применяли трансдермальную контрацептивную систему: 0,02 мг этинилэстрадиола и 0,150 мг норэльгестромина.

С целью диагностики генитальных инфекций выполняли бактериоскопические, кольпоцитологические, бактериологические, микологические, молекулярно-биологические исследования.

Результаты исследования. В 1 группе преобладали *Ureaplasma urealyticum*-29,2%, ВПЧ-18,1%, *Chlamydia trachomatis*-18%. У женщин применявших влагалищное контрацептивное кольцо преобладала *Ureaplasma urealyticum*-36,8%, вирус папилломы человека-28,1%. Женщины, использовавшие трансдермальную гормональную систему в 23,8% имели ВПЧ, *Ureaplasma urealyticum*-21,6%. Однократный эпизод острого генитального кандидоза был выявлен во всех группах: 74,2%, 47,4%, 62,9% соответственно.

Нормальная кольпоскопическая картина (оригинальный сквамозный эпителий, цилиндрический эпителий, нормальная зона трансформации), выявлена у 73,6% женщин 1 группы, в 25% случаях цитологические изменения характерны для плоскоклеточной метаплазии реактивного характера, в 1,4% была выявлена дисплазия. Во 2 группе нормальная цитологическая картина определена в 75,4% и в 24,6% случаев были обнаружены метапластические изменения эпителия, характерные для ВПЧ. В 3 группе неизменённая цитологическая картина наблюдалась в 90,6 %.

Выводы. Хроническое течение урогенитальных инфекций предполагает существенные изменения эпителия шейки матки (реактивные метаплазии, дисплазии, неоплазии). Преобладание нормальной кольпоскопической картины в группах исследуемых женщин может быть обусловлено протекторным действием эстроген-гестагенных препаратов на эпителий шейки матки независимо от их способа введения.

КОЛИЧЕСТВЕННАЯ ОЦЕНКА ДНК ВИРУСА ПАПИЛЛОМЫ ВЫСОКОГО ОНКОГЕННОГО РИСКА У ПАЦИЕНТОК С ПАПИЛЛОМАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ ШЕЙКИ МАТКИ

Татарова Н.А., Троицкая О.Г.

Россия. Санкт-Петербург. Санкт-Петербургская многопрофильная клиника им. Н.И.Пирогова

Цель исследования: определить частоту встречаемости онкогенных типов вируса папилломы человека (ВПЧ) и оценить клиническую значимость определения количества ДНК ВПЧ высокого онкогенного риска у пациенток с клиническими и субклиническими формами ПВИ.

Материалы и методы: обследованы 68 пациенток с клиническими и субклиническими формами ПВИ шейки матки и 16 пациенток с персистирующей ПВИ инфекцией в возрасте от 21 до 45 лет (средний возраст пациенток составил $29,5 \pm 2,6$ лет). Диагноз ПВИ шейки матки устанавливался на основании кольпоскопии, цитологического, морфологического исследования и определения ДНК ВПЧ 12 онкогенных типов (16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59) методом ПЦР в режиме реального времени (ПЦР-Р-В) с использованием системы iQ iCycler (BIO-RAD, США). Всем пациенткам проведена ножевая биопсия ткани шейки матки. Оценку клинической значимости определения количества вирусной ДНК проводили путем сопоставления количества вирусной ДНК с морфологическим заключением биоптата ткани шейки матки.

Результаты исследования. ДНК одного онкогенного типа вируса определялась в 58% случаев, у 26% пациенток определялась ДНК двух онкогенных типов ВПЧ, у 16% пациенток инфекция была представлена тремя и более типами вируса. В случае определения ДНК одного типа вируса у 60% пациенток инфекция была связана с 16 типом вируса, у 20% с 33 типом вируса, в 5% с 18 типом, 4% с 31 типом вируса. По отношению к общему числу обследованных пациенток процент определения ДНК 16 типа ВПЧ составил 54%, а 18 типа ВПЧ составил 17%. В случае наличия двух и более типов ДНК ВПЧ устойчивых сочетаний выявить не удалось. Редко определялись 39, 45, 51, 52, 58, 59 типы ВПЧ, их обнаружение сочеталось с 16, 18, 31, 33 типами вируса или в комбинации между собой. По данным морфологического исследования 35% результатов биопсий соответствовали незначительным клеточным изменениям, в 58% выявлена дисплазия плоского эпителия (CIN) I-III степени, у 7% пациенток установлен диагноз плоской кондиломы. CIN I определялась в 15% от общего числа пациенток, CIN II диагностирована в 24%, CIN III в 19% случаев. Средняя концентрация ДНК ВПЧ у пациенток с персистирующей вирусной инфекцией составила $5,7 \times 10^3$ копий ДНК. При морфологическом исследовании, соответствующем незначительным клеточным изменениям, средняя концентрация вирусной ДНК составляет $3,3 \times 10^4$ копий ДНК. При выявлении плоской кондиломы средняя концентрация ДНК составляет $1,3 \times 10^7$ копий ДНК. При CIN I средняя концентрация вирусной ДНК составляет $3,2 \times 10^6$ копий ДНК, при CIN II $3,4 \times 10^4$ копий ДНК. У пациенток с CIN

III средняя концентрация вирусной ДНК составляет $2,8 \times 10^4$.

Выводы: 1. Субклинические и клинические формы ПВИ шейки матки в 54% случаев обусловлены присутствием 16 типа ВПЧ и в 43% случаев связаны с цервикальными поражениями высокой степени. 2. Концентрацию ДНК ВПЧ более 10^4 копий ДНК в препарате следует считать значимой, так как в этом случае отмечены морфологические изменения в ткани шейки матки у всех пациенток, но по мере углубления морфологических изменений концентрация вирусной ДНК снижается. 3. Определение концентрации ДНК ВПЧ высокого онкогенного риска не может служить критерием самостоятельной оценки характера протекающего вирусного процесса и является только одним из методов комплексного обследования пациентки ни коем образом не исключая необходимости проведения морфологического исследования.

РАЦИОНАЛЬНАЯ АНТИМИКРОБНАЯ ТЕРАПИЯ ИНФЕКЦИЙ ГЕНИТАЛИЙ. ВЗГЛЯД АНДРОЛОГА

Тер-Аванесов Г.В., Сухих Г.Т., Анкирская А.С., Гаврилов Ю.А.

Россия. Москва. ФГУ Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им.В.И.Кулакова Росмедтехнологий

Как известно, одна из наиболее распространённых причин нарушений мужской половой системы являются инфекционно-воспалительные заболевания половых органов (22-60%), среди которых ведущее место занимает хронический простатит (20-50%).

Лечение больных, страдающих воспалительными заболеваниями мужской репродуктивной системы, представляет собой сложную задачу, поэтому только комплексное поэтапное лечение одновременно обоих супругов или половых партнёров позволяет достичь клинического выздоровления.

В настоящее время предложены различные программы по ведению пациентов с ИППП. Цели подобных программ таковы. Создание стандартизованных схем обследования (алгоритмов) с использованием номенклатуры МКБ-10. Внедрение и применение диагностических тестов, обладающих чувствительностью и специфичностью, приближающимися к 100%.

Использование АС с эффективностью не менее 95% (по предложению ВОЗ), обеспечивающих элиминацию широкого спектра возможных патогенных микроорганизмов, включая трихомонады, гонококки, хламидии, аэробные и анаэробные бактерии, поскольку отрицательные тесты на эти инфекции не всегда исключают наличие их в репродуктивной системе.

Профилактика и лечение заболевания при динамическом контроле в течение 3 лет. При этом определены факторы эффективности лечения.

Проведение обследования на различные инфекции, установление точного диагноза и своевременное назначение терапии пациенту и его половым партнёрам.

Применение комплексного поэтапного лечения, включающего анти-микробные и нестероидные противовоспалительные препараты, антиагреганты, иммуномодуляторы, альфа-1 адреноблокаторы, биокоплексы.

Исключение рецидива заболевания и выявление других возможных источников инфицирования.

Клинико-диагностическими критериями эффективности проведённого лечения выступают следующие.

Отсутствие в организме возбудителей ИППП.

Нормализация количества лейкоцитов в сперме и/или секрете предстательной железы.

Отсутствие микрофлоры или наличие условно-патогенных микроорганизмов при их содержании менее 103КОЕ/мл в сперме и/или секрете предстательной железы.

Отсутствие симптомов заболевания.

Нормальные показатели фертильности спермы.

Наступление беременности у супруги.

Результаты проведенных исследований в нашем Центре показали, что, инфекции гениталий играют важную роль в нарушении фертильности мужчин, а проведение скринингового обследования на различные виды возбудителей с последующим выполнением поэтапного лечения позволяет достичь не только клинического выздоровления (65%), но и при этом нормализовать показатели спермограмм (42%). В случае серьезных нарушений сперматогенеза реализация функции деторождения должна осуществляться с помощью ВРТ.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ И ЛЕЧЕБНО-РЕАБИЛИТАЦИОННЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПРИ ФОНОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ШЕЙКИ МАТКИ У ДЕВУШЕК-ПОДРОСТКОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ПЕРВЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ АБОРТ

Трубин В.Б., Трубина Т.Б., Красникова М.Б., Додонов А.Н.

Россия. Уфа. Башкирский государственный медицинский университет

Цель исследования. Разработка диагностических и лечебно-реабилитационных мероприятий при фоновых и предраковых заболеваниях шейки матки у девушек подростков, прервавших первую беременность медицинским абортom.

Материалы и методы исследования. Проведено комплексное обследование 595 девушек-подростков в возрасте от 15 до 18 лет (средний возраст $17,2 \pm 0,4$ года), прервавших первую беременность медицинским абортom. По социальному положению наибольшую группу (51,8%) составили учащиеся образовательных школ, средне-специальных учебных заведений и вузов. Средний возраст начала половой жизни $16,3 \pm 0,4$ года. У всех обследованных

девушек-подростков наступившая первая беременность была внебрачной (нежелательной). При обследовании каждая вторая пациентка имела хронические экстрагенитальные заболевания в фазе ремиссии. При комплексном обследовании гениталий перед медицинским абортom 39,3% девушек-подростков имели гинекологические заболевания. Основное место из них занимали фоновые заболевания шейки матки (84,1%). Таким образом, более одной трети девушек-подростков во время операции медицинского аборта имели хронические гинекологические заболевания в стадии ремиссии, что явилось неблагоприятным фоном для производства данной операции и повышало риск развития осложнений. Аборт у девушек-подростков проводился в сроки от 6 до 12 недель под общим обезболиванием методом кюретажа. Осложнения медицинского аборта имели 6,7% пациенток и были представлены в 6,0% заболеваниями воспалительного генеза (эндомиометриты, хронические сальпингоофориты). У всех пациенток, имевших воспалительные осложнения в послеабортном периоде, аборт производился на фоне гинекологических заболеваний (фоновые заболевания шейки матки, хронические сальпингоофориты в фазе ремиссии). При изучении отдаленных результатов (от 6 мес. до 3 лет) установлен высокий процент гинекологических заболеваний – 54,8%, в том числе фоновые заболевания шейки матки (18,0%), хронические сальпингоофориты (14,8%), нарушения менструальной функции (17,5%), вторичное бесплодие (4,5%).

Изложенное явилось основанием для разработки и применения профилактических, лечебных и реабилитационных мероприятий при медицинском абортe у девушек-подростков, представленных в 3 этапах в виде алгоритма. На первом этапе – комплексное углубленное обследование девушки-подростка при прерывании беременности в первом триместре с привлечением психотерапевта и проведением санации гениталий. На втором этапе – в стационаре психологическая подготовка, выбор метода операции аборта (вакуумэксхолеация, кюретаж), выполнение операции с обезболиванием, только высококвалифицированным акушером-гинекологом, применение антибактериальных препаратов у пациенток групп риска (хронические инфекционные процессы гениталий), иммуномодуляторов, гормональной контрацепции, УЗИ-контроль на 2 сутки. Третий этап – женская консультация: явка через 1 месяц после аборта, комплексное обследование, выявление патологии шейки, в частности, дифференцированный подход к выбору метода и времени лечения с последующим динамическим наблюдением, определение метода контрацепции.

Заключение. Разработанная комплексная система лечебно-реабилитационных мероприятий примененная у 133 девушек-подростков позволила достоверно снизить число послеабортных осложнений с 6,3 до 3,7% и может быть рекомендована в практическом здравоохранении.

ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ СОЧЕТАНИИ ПРОЛАПСА ГЕНИТАЛИЙ С ФОНОВЫМИ И ПРЕДРАКОВЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ШЕЙКИ МАТКИ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Трубина Т.Б., Магафуров Р.Ф., Глебова Н.Н.

Россия, г. Уфа, Башкирский государственный медицинский университет

Одним из часто встречающихся гинекологических заболеваний является опущение и выпадение стенок влагалища и матки. Единственным эффективным методом лечения выпадения внутренних гениталий является хирургический. Следует отметить, что ни при какой другой патологии не предложено столько способов хирургического лечения как при пролапсе гениталий, это число превышает 300, в то же время каждый способ наряду с преимуществами имеет недостатки, что выражается в рецидивах заболевания. До настоящего времени остаются недостаточно изученными вопросы определения метода оперативного лечения генитального пролапса у женщин репродуктивного возраста. На основании многолетнего опыта хирургического лечения генитального пролапса в условиях специализированного гинекологического отделения городской многопрофильной больницы применялись ранее известные и нами разработанные модификации органосохраняющих операций у женщин репродуктивного возраста.

Цель исследования: оценить результаты применения новых технологий органосохраняющих трансвагинальных операций при сочетанной патологии гениталий женщины репродуктивного возраста (пролапс гениталий и фоновые и предраковые заболевания шейки матки).

Материалы и методы исследования. Проведено комплексное обследование, хирургическое лечение (органосохраняющие трансвагинальные операции) и оценка результатов лечения у 114 женщин с генитальным пролапсом и патологией шейки матки в возрасте от 32 до 45 лет. Методы обследования перед оперативным лечением: клинические, бактериоскопические, бактериологические, ПЦР, ультразвуковые, эндоскопические (кольпоскопия), цитологические (на атипичные клетки), гистоморфологические, сфинктерометрия уретрального и анального сфинктеров. Все женщины в анамнезе имели аборт и роды. На каждую женщину в среднем пришлось 2 родов. В родах все пациентки имели разрыв шейки матки (I-II степени), разрывы промежности (I-II степени). В среднем на одну женщину пришлось 2,8 перенесенных экстрагенитальных заболеваний, основными из которых явились заболевания желудочно-кишечного тракта, мочевой системы, ЛОР-органов. Гинекологический анамнез был отягощен: на каждую пациентку пришлось по 1,75 гинекологических заболеваний, наибольшую группу из которых составили фоновые заболевания шейки матки и сальпингоофориты. У обследованных женщин шейка была деформирована старыми разрывами различной

локализации, элонгирована, имело место опущение стенок влагалища I-III степени и несостоятельность мышц тазового дна. Длительность заболевания варьировала от 1 года до 10 лет. При гистологическом исследовании биоптатов шейки матки и изучении серийно-ступенчатых срезов установлена лейкоплакия в 17,5%, дисплазия легкой степени в 8,1% наблюдений. Таким образом, при комплексном обследовании были установлены следующие диагнозы: рубцовая деформация и элонгация шейки матки (39,5%) и эрозированный эктропион (41,9%), простая лейкоплакия шейки матки (17,5%), дисплазия легкой и средней степени тяжести (8,1%). Патология шейки матки сочеталась у обследованного контингента женщин с опущением стенок влагалища (от первой до третьей степени) и несостоятельностью тазового дна.

Нами разработана новая технология реконструктивно-пластической операции деформации и элонгации шейки матки в сочетании с опущением стенок влагалища и несостоятельностью мышц тазового дна. При выполнении операции на первом этапе производятся разрезы слизистой шейки с ее частичной отсепаровкой с индивидуальным походом в зависимости от числа старых разрывов с проведением циркулярного разреза вокруг шейки в пределах здоровых тканей с клиновидным иссечением краев рубцовой ткани. Мочевой пузырь отсепаровывается кверху, измененную ткань шейки матки вокруг наружного зева пересекают конусовидно по направлению к внутреннему зеву. Мышечная ткань освеженных краев разрывов шейки матки совмещается и ушивается однорядными единичными швами. Кардинальные связки матки пересекаются и сшиваются между собой на уровне перешейка. Раневые поверхности покрываются отсепарованными лоскутами слизистой. На втором этапе производится кольпоперинеолеваторопластика. При выборе формы отсепаровки лоскута слизистой влагалища используется индивидуальный подход. При ведении послеоперационного периода осуществляется: регуляция функции мочевого пузыря и кишечника с использованием ИРТ, проведение инфузионной терапии в первые сутки, раннее вставание (на 2 сутки), обработка швов на промежности 1% раствором диоксида, соблюдение полужидкой легко усваиваемой диеты (в течение трех суток), дистанционное облучение низкоинтенсивным гелий-неоновым лазером с третьих суток после операции при помощи аппарата УЛФ – 01 «Ягода» в течение 10 дней. Действие лазерного излучения заключается в улучшении кровотока, стимуляции регенерации и эпителизации раны на промежности.

Разработанный способ хирургического лечения выполнен у 50 женщин. Результаты хирургического лечения оценивали через 3,6 и 12 месяцев после операции. Шейка матки макроскопически здорова, нормальной длины, наружный зев закрыт, цервикальный канал удерживает слизистую пробку. Через 3 месяца после операции у трех женщины диагностировали эрозированный эктропион (2), рубцовую деформацию наружного зева (1), по поводу чего было выполнено лазерохирургическое лечение с благоприятными результатами. У 64 женщин при сочетанной патологии – опущении стенок влагалища

и фоновых и предраковых заболеваниях шейки матки произведена двухэтапная операция – на первом этапе – лазерохирургическое лечение фоновых и предраковых заболеваний шейки матки и на втором этапе (через 2-3 месяца) – пластика влагалища и тазового дна. Ближайшие результаты операции благоприятные. При обследовании женщин данной подгруппы через 6 месяцев выявлены: незаконченная зона трансформации (1) и рецидив лейкоплакии шейки матки (1). В том и другом наблюдении произведено повторное лазерохирургическое лечение с благоприятными результатами.

Заключение. Результаты проведенного хирургического лечения сочетанной патологии гениталий (опущение стенок влагалища и фоновые и предраковые заболевания шейки матки) с использованием новых технологий органосохраняющих операций у женщин репродуктивного возраста свидетельствует об их высокой эффективности и могут быть использованы в практическом здравоохранении.

ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ СОЧЕТАНИИ ПРОЛАПСА ГЕНИТАЛИЙ С ФОНОВЫМИ И ПРЕДРАКОВЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ШЕЙКИ МАТКИ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Трубина Т.Б., Магафуров Р.Ф., Глебова Н.Н.

Россия. Уфа. Башкирский государственный медицинский университет

Одним из часто встречающихся гинекологических заболеваний является опущение и выпадение стенок влагалища и матки. Единственным эффективным методом лечения выпадения внутренних гениталий является хирургический. Следует отметить, что ни при какой другой патологии не предложено столько способов хирургического лечения как при пролапсе гениталий, это число превышает 300, в то же время каждый способ наряду с преимуществами имеет недостатки, что выражается в рецидивах заболевания. До настоящего времени остаются недостаточно изученными вопросы определения метода оперативного лечения генитального пролапса у женщин репродуктивного возраста. На основании многолетнего опыта хирургического лечения генитального пролапса в условиях специализированного гинекологического отделения городской многопрофильной больницы применялись ранее известные и нами разработанные модификации органосохраняющих операций у женщин репродуктивного возраста.

Цель исследования: оценить результаты применения новых технологий органосохраняющих трансвагинальных операций при сочетанной патологии гениталий женщины репродуктивного возраста (пролапс гениталий и фоновые и предраковые заболевания шейки матки).

Материалы и методы исследования. Проведено комплексное обследование,

хирургическое лечение (органосохраняющие трансвагинальные операции) и оценка результатов лечения у 114 женщин с генитальным пролапсом и патологией шейки матки в возрасте от 32 до 45 лет. Методы обследования перед оперативным лечением: клинические, бактериоскопические, бактериологические, ПЦР, ультразвуковые, эндоскопические (кольпоскопия), цитологические (на атипические клетки), гистоморфологические, сфинктерометрия уретрального и анального сфинктеров. Все женщины в анамнезе имели аборт и роды. На каждую женщину в среднем пришлось 2 родов. В родах все пациентки имели разрыв шейки матки (I-II степени), разрывы промежности (I-II степени). В среднем на одну женщину пришлось 2,8 перенесенных экстрагенитальных заболеваний, основными из которых явились заболевания желудочно-кишечного тракта, мочевой системы, ЛОР-органов. Гинекологический анамнез был отягощен: на каждую пациентку пришлось по 1,75 гинекологических заболеваний, наибольшую группу из которых составили фоновые заболевания шейки матки и сальпингоофориты. У обследованных женщин шейка была деформирована старыми разрывами различной локализации, элонгирована, имело место опущение стенок влагалища I-III степени и несостоятельность мышц тазового дна. Длительность заболевания варьировала от 1 года до 10 лет. При гистологическом исследовании биоптатов шейки матки и изучении серийно-ступенчатых срезов установлена лейкоплакия в 17,5%, дисплазия легкой степени в 8,1% наблюдений. Таким образом, при комплексном обследовании были установлены следующие диагнозы: рубцовая деформация и элонгация шейки матки (39,5%) и эрозированный эктропион (41,9%), простая лейкоплакия шейки матки (17,5%), дисплазия легкой и средней степени тяжести (8,1%). Патология шейки матки сочеталась у обследованного контингента женщин с опущением стенок влагалища (от первой до третьей степени) и несостоятельностью тазового дна.

Нами разработана новая технология реконструктивно-пластической операции деформации и элонгации шейки матки в сочетании с опущением стенок влагалища и несостоятельностью мышц тазового дна. При выполнении операции на первом этапе производятся разрезы слизистой шейки с ее частичной отсепаровкой с индивидуальным подходом в зависимости от числа старых разрывов с проведением циркулярного разреза вокруг шейки в пределах здоровых тканей с клиновидным иссечением краев рубцовой ткани. Мочевой пузырь отсепаровывается кверху, измененную ткань шейки матки вокруг наружного зева иссекают конусовидно по направлению к внутреннему зеву. Мышечная ткань освеженных краев разрывов шейки матки совмещается и ушивается однорядными единичными швами. Кардинальные связки матки пересекаются и сшиваются между собой на уровне перешейка. Раневые поверхности покрываются отсепарованными лоскутами слизистой. На втором этапе производится кольпоперинеолеваторопластика. При выборе формы отсепаровки лоскута слизистой влагалища используется индивидуальный подход. При ведении послеоперационного периода осуществляется: регуляция функции мочевого пузыря и кишечника с использованием ИРТ,

проведение инфузионной терапии в первые сутки, раннее вставание (на 2 сутки), обработка швов на промежности 1% раствором диоксидина, соблюдение полужидкой легко усваиваемой диеты (в течение трех суток), дистанционное облучение низкоинтенсивным гелий-неоновым лазером с третьих суток после операции при помощи аппарата УЛФ – 01 «Ягода» в течение 10 дней. Действие лазерного излучения заключается в улучшении кровотока, стимуляции регенерации и эпителизации раны на промежности.

Разработанный способ хирургического лечения выполнен у 50 женщин. Результаты хирургического лечения оценивали через 3,6 и 12 месяцев после операции. Шейка матки макроскопически здорова, нормальной длины, наружный зев закрыт, цервикальный канал удерживает слизистую пробку. Через 3 месяца после операции у трех женщины диагностировали эрозированный эктропион (2), рубцовую деформацию наружного зева (1), по поводу чего было выполнено лазерохирургическое лечение с благоприятными результатами. У 64 женщин при сочетанной патологии – опущении стенок влагалища и фоновых и предраковых заболеваниях шейки матки произведена двухэтапная операция – на первом этапе – лазерохирургическое лечение фоновых и предраковых заболеваний шейки матки и на втором этапе (через 2-3 месяца) – пластика влагалища и тазового дна. Ближайшие результаты операции благоприятные. При обследовании женщин данной подгруппы через 6 месяцев выявлены: незаконченная зона трансформации (1) и рецидив лейкоплакии шейки матки (1). В том и другом наблюдении произведено повторное лазерохирургическое лечение с благоприятными результатами.

Заключение. Результаты проведенного хирургического лечения сочетанной патологии гениталий (опущение стенок влагалища и фоновые и предраковые заболевания шейки матки) с использованием новых технологий органосохраняющих операций у женщин репродуктивного возраста свидетельствует об их высокой эффективности и могут быть использованы в практическом здравоохранении.

ВЛИЯНИЕ ПРЕДГВИДАРНОЙ ПОДГОТОВКИ НА ТЕЧЕНИЕ И ИСХОД БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ ГЕНИТАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИИ

Тютюнник В.Л., Михайлова О.И., Якунина Н.А.

Россия, г. Москва, ФГУ «Научный Центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И. Кулакова Росмедтехнологий»

Особое внимание в современном акушерстве, гинекологии и перинатологии уделяется вопросам подготовки к беременности и ее планированию у женщин с генитальной инфекцией.

Цель: Оценить эффективность подготовки и планирования беременности по характеру ее течения и исходам при генитальной инфекции.

Материалы и методы исследования. Проведен анализ предгравидарного фона, течения беременности, родов, послеродового периода, состояния плодов и новорожденных у 110 женщин с урогенитальной инфекцией и отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом. Группу 1 (основную) составили 48 пациенток, взятых под наблюдение до наступления настоящей беременности в связи с патологией репродуктивной системы на фоне имевшегося инфекционного процесса. Данной группе женщин был проведен полный комплекс клинико-лабораторного обследования с последующей предгравидарной подготовкой с применением современных технологий и планированием беременности, при которой им было проведено обследование и при необходимости лечение. Группу 2 (сравнения) – 62 пациентки, которые находились под наблюдением со II-III триместра беременности и, соответственно, не прошедшие полного курса поэтапной реабилитации.

Результаты исследования. При сравнительном анализе полученных результатов установлено, что проведение полного комплекса клинико-лабораторного обследования с последующей предгравидарной подготовкой с применением современных технологий, планированием беременности и поэтапной реабилитацией во время нее (группа 1) позволило снизить: осложнения гестационного периода в 1,9 раза; тяжесть течения инфекционного процесса (частоту и длительность рецидивов инфекции) в 2,4 раза; частоту нарушений кровотока в фето-плацентарном комплексе при доплерометрии в 2,3 раза, показатели внутриутробного страдания плода по данным кардиотокографии в 2,5 раз, ультразвуковые изменения со стороны фето-плацентарного комплекса (кальциноз, кисты плаценты) в 2 раза; преждевременные роды, и, соответственно, рождение недоношенных детей в 2,5 раза; осложнения родового акта: несвоевременное излитие околоплодных вод в 1,7 раза, острую гипоксию плода в родах в 1,8 раза; гнойно-воспалительные заболевания в послеродовом периоде в 2 раза; асфиксию и гипотрофию новорожденных в 2 раза; тяжелые формы неонатальной инфекции в 1,5 раза. В целом проводимые мероприятия позволили: значительно улучшить перинатальные исходы, избежать декомпенсации функций плаценты и свести к минимуму морфологические субкомпенсированные формы плацентарной недостаточности.

Заключение. Предгравидарная подготовка, планирование беременности, проведение полного комплекса клинико-лабораторного обследования и лечебно-профилактических мероприятий у женщин с генитальной инфекцией позволяет свести к минимуму частоту осложнений гестационного периода, перинатальную заболеваемость.

ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ ЦЕРВИКАЛЬНЫХ ИНТРАЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ НЕОПЛАЗИЙ (CIN) У БЕРЕМЕННЫХ

Урманчиева А.Ф.

Россия Санкт-Петербург .Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования, НИИ онкологии им. проф.Н.Н. Петрова

Одной из форм цитологического скрининга можно рассматривать обследование молодых женщин, обращающихся к врачу-гинекологу по поводу беременности.

Проведение цитологического скрининга среди беременных позволяет выявлять ранние формы рака шейки матки. Но в то же время, цитологический скрининг среди беременных имеет свои особенности. По результатам различных исследований у 5% беременных выявляются атипичные мазки. По нашим данным при обследовании 4 230 беременных мазки, отнесенные к III, IV классу по Папаниколау, были выявлены у 22-х беременных (0,5 %), а при углубленной диагностике у 6-ти из них подтвержден CIN3, у 1-й — микроинвазивный рак.

При обследовании беременных, необходимо отметить, увеличивается как число ложноположительных, так и ложноотрицательных цитологических результатов. Во время беременности под воздействием гормональных факторов на слизистую шейки матки кольпоскопическая, цитологическая и гистологические картины несколько меняются..

Помимо возможной гипердиагностики злокачественных процессов на шейке матки у беременных при цитологическом скрининге не менее опасным может быть гиподиагностика в связи со скептическим отношением клиницистов и морфологов к возможным малигнизированным внутриэпителиальным изменениям у беременных. В настоящее время факт выявления CIN при беременности не вызывает сомнений. Частота выявления CIN3 среди беременных составляет 3: 10 000.

В отношении беременных в случае выявления CIN2, 3 агрессивная диагностико-лечебная тактика в последние годы сменяется *консервативной*. Во-первых, более консервативная тактика у беременных объясняется тем, что риск прогрессии CIN2, 3 за столь короткий временной интервал крайне минимален. Во-вторых, в нескольких исследованиях отмечена высокая частота регресса CIN2, 3 после родов. Спорным остается роль вида родоразрешения на регресс CIN, который возможен как после кесарева сечения, так и после влагалищных родов. По нашим данным, из 46 пациенток, у которых CIN3 был установлен во время беременности, а лечение проводилось после родов или аборта, у 6 (13%) не были выявлены элементы CIN3 в удаленном конусе шейки матки.

Таким образом, принимая во внимание выше изложенное, при проведении цитологического скрининга среди беременных в случае выявления в мазках картины, соответствующей умеренной или тяжелой дисплазии и даже

Ca in situ (CIN2, 3) возможно избежать травматичной процедуры, как конусовидной биопсии, которая может вызвать кровотечение, спонтанный аборт, преждевременные роды, инфекции. Необходимым является выполнение кольпоскопии, и при подозрении на инвазивный процесс производство прицельной биопсии. Все дополнительные диагностические и лечебные мероприятия при исключении инвазивного рака откладываются на послеродовой период, не ранее, чем через 2 месяца.

СОСТОЯНИЕ ЭНДОЦЕРВИКСА ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ВИДАХ КОНТРАЦЕПЦИИ

Фардзинова Е.М., Безнощенко Г.Б., Безбородова М.М., Колотыгин С.К.

Россия. Омск. Омская медицинская академия, Клинический медико-хирургический центр МЗОО

Актуальность: многочисленные исследования морфологов, онкологов, гинекологов, вирусологов указывают на полиэтиологичность патологических процессов эндоцервикса. Одним из этиологических факторов, наряду с воспалительными изменениями и гормональным дисбалансом является нарушение местного иммунитета полового тракта женщины. Весьма актуальной является проблема состояния эндоцервикса при использовании различных видов контрацепции (ОК, ВМК).

Цель исследования: изучение особенностей состояния эндоцервикса при применении пациентками ОК и ВМК.

Материалы и методы исследования: гистологическое изучение соскобов цервикального канала проведено у 76 женщин репродуктивного возраста после 1,5 -3 лет применения ОК и 31 женщины с ВМК. Методами исследования были: цитологический (Bethesda system, Pap-test, жидкостная цитология), кольпоскопический, цервикоскопический, сонографический и бактериологический.

Результаты и их обсуждение: при использовании в течение 1,5 – 3 лет ОК (новинет, регулон, три-регол, логест, марвелон) у 17,8 % пациенток имела место аденоматозная гиперплазия эндоцервикса без атипии (то есть не осложненная форма); у 8,3 % наблюдаемых были явления эндоцервицита, у 73,9 % каких либо значимых изменений со стороны эпителия цервикального канала выявлено не было. Кроме того, эктопия цилиндрического эпителия, имевшая место у 8 пациенток, принимавших три-регол, сохранилась только в 2 случаях. Что при цитологическом исследовании мазков из зоны трансформации подтверждено повышением числа промежуточных и поверхностных клеток эпителия с одновременным снижением количества клеток цилиндрического эпителия. CIN выявлено не было.

Средний возраст обследованных женщин, использующих ВМК – 43,3 года. Применение ВМК до 5 лет было у 82 % обследуемых, у 13 % применение

ВМК от 5 до 10 лет и 5 % женщин использовали ВМК более 10 лет. В 17,5 % использование ВМК сопровождалось гиперплазией эпителия цервикального канала, имеющий реактивный, транзиторный характер, без признаков атипии и выраженной пролиферации. Эта ситуация сопровождалась воспалительным фоном, не требующим, однако, активного лечения. В 26 % случаев были явления исключительно воспалительного характера. При гистологическом исследовании эпителия цервикального канала в данной ситуации отмечалось увеличение числа лейкоцитов, лимфоцитов, гистиоцитов и гранулоцитов, не смотря на отсутствие патогенной флоры при бактериологическом и культуральном исследовании отделяемого из цервикального канала и влагалища. Данные изменения были выявлены в основном при применении ВМК более 5 лет. В 38,5 % выявлены полипы цервикального канала: эпидермизирующиеся железистые с воспалением в строме (54,5 %), стационарные железистые (27,3 %), и эпидермизирующиеся железистые (18,2 %). В основном полипы встречались у женщин старшего репродуктивного и пременопаузального периодов с длительностью использования ВМК более 10 лет. Что в очередной раз подтверждает воспалительную теорию развития полипов и нарушение апоптоза на данном фоне.

Выводы. Итак, как, применение ОК, так и использование ВМК с контрацептивной целью сопровождается воспалительной реакцией эпителия цервикального канала, порою трансформирующейся в гиперплазию, что следует расценивать как реактивный (при ВМК транзиторный) процесс и ограничивается тактикой наблюдения с морфологическим контролем состояния цервикального эпителия. Применение ОК и ВМК не являются факторами риска развития патологических процессов на шейке матки.

ОСОБЕННОСТИ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ГЕНИТАЛЬНОГО ГЕРПЕСА

Федорова Т.А., Рогачевский О.В., Михайлова О.И., Тютюнник В.Л.

Россия, г. Москва, ФГУ «Научный Центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И. Кулакова Росмедтехнологий»

В последнее десятилетие клиницисты все чаще используют немедикаментозные, поливалентно действующие, эфферентные методы лечения, а также озонотерапию при генитальной вирусной инфекции.

Цель. Разработка дифференцированного подхода к подготовке к беременности женщин с генитальным герпесом с применением плазмафереза и медицинского озона.

Материалы и методы исследования. Обследовано 105 женщин с хронической рецидивирующей генитальной герпетической инфекцией на этапе планирования беременности. Наблюдаемые женщины методом подбора пар

были разделены на две группы. Группу 1 составили 52 пациентки, прошедшие подготовку к беременности с применением плазмафереза и озонотерапии, с параллельной местной санацией генитального тракта озонированным раствором. Группу 2 – 53 женщины, получившие только традиционную терапию. Все пациентки прошли полный комплекс клинико-лабораторного обследования, включавший: сбор анамнеза с определением характера течения основного заболевания, осмотр с выявлением типичных и атипичных признаков генитальной инфекции, подтверждение диагноза на основании выявления антигена возбудителя в слизи цервикального канала. Также был проведен всесторонний анализ гомеостаза организма состоявший из исследования системы гемостаза, биохимического статуса с определением маркеров эндогенной интоксикации, иммунного и интерферонового статусов, микроэкологии влагалища. С целью подбора адекватных схем терапии наблюдаемым пациенткам была разработана шкала балльной оценки, включающая данные репродуктивного анамнеза, особенности течения генитальной инфекции, результаты лабораторного обследования. На втором этапе исследования с учетом разработанной балльной оценки, была подобрана предгравидарная подготовка с применением плазмафереза и медицинского озона в основной группе и традиционными методами в группе сравнения. Длительность предгравидарной подготовки колебалась от 4 до 7 месяцев и составила в среднем 5,7+1,1 месяца.

Всем пациенткам проводили 2-3 сеанса прерывистого плазмафереза, после которого производилось внутривенное капельное введение медицинского озона, а также влагалищное орошение озонированной дистиллированной водой. Общее количество сеансов озонотерапии составляло – 5-7 процедур.

Результаты исследования. Было выявлено, что у всех наблюдаемых женщин имели место изменения гомеостаза организма, связанные с длительной рецидивирующей персистенцией инфекта, такие как: нарушения системы гемостаза с выявлением признаков ДВС-синдрома в 40,4% случаев; изменения в детоксикационной функции организма с повышением уровня печеночных ферментов, мочевины, креатинина и показателей эндогенной интоксикации (средних молекул, кислоторастворимой фракции нуклеиновых кислот) в 47,4% случаях; дисбаланс иммунного и интерферонового статуса в 85,5% случаев; нарушения микроэкологии влагалища в 61,6% случаев.

Проведенная предгравидарная подготовка с применением плазмафереза и озонотерапии (группа 1) способствовала: улучшению клинического статуса пациенток с увеличением межрецидивного периода в 2,9 раза, снижением тяжести продромальных симптомов в 3 раза, а также продолжительности и интенсивности рецидивов заболевания; коррекции гемостазиологической картины со снижением процессов внутрисосудистого свертывания крови и нормализации показателей продуктов деградации фибрина и растворимых фибрин-мономерных комплексов; улучшению детоксикационной функции

организма со снижением уровня билирубина, креатинина, мочевины, показателей эндогенной интоксикации (продуктов деструкции тканей – средних молекул, кислоторастворимой фракции нуклеиновых кислот); нормализации биоценоза влагалища с исключением микробиологически диагностированных факторов риска развития инфекционно-воспалительных осложнений; положительной динамике показателей иммунного и интерферонового статусов с увеличением количества всех субпопуляций лимфоцитов и значения иммунорегуляторного индекса, а также снижением уровня сывороточного интерферона и повышением α - и γ -интерферонов.

Заключение. Применение плазмафереза и медицинского озона на этапе планирования беременности при генитальном герпесе является патогенетически обоснованным в связи с их вирусоцидным, антиоксидантным, дезинтоксикационным, иммуно- и реокорректирующим действием.

СКРИНИНГ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ У ПАЦИЕНТОК ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Фролова И.И.

Россия. Москва. Госпиталь для ветеранов войн № 2

Цель: Определение критериев скрининга рака шейки матки (РШМ) и возраста его окончания для женщин пожилого и старческого возраста.

Программа цитологического скрининга РШМ разработана и рекомендована для практического применения Всемирной Организацией Здравоохранения в 1988 году. Однако до настоящего времени нет четких рекомендаций, касающихся особенностей проведения скрининга РШМ у пациенток пожилого и старческого возраста, а так же относительно возраста окончания скрининга.

Одни исследователи убеждены, что при наличии отрицательного результата Пап-теста в течение последних 3-х лет, у пациенток в возрасте 65-ти лет скрининг РШМ можно прекратить. Другие считают, что цитологический контроль после 65-ти лет необходимо продолжать, однако не детализируют его частоту. Обращает на себя внимание тот факт, что рекомендации о завершении скрининга в возрасте от 60-ти до 70-ти лет даются с учетом предшествующего регулярного наблюдения этих женщин. В то время как в других исследованиях показано, что от 28% до 64% женщин 65-ти лет и старше в течение последних 3-х лет не проходили цитологический контроль. Этим отчасти можно объяснить высокий процент случаев инвазивного РШМ, выявляемых у пожилых женщин. У пациенток, которым никогда не проводилось цитологическое исследование, инвазивный РШМ диагностируется в 3-4 раза чаще, чем у женщин, имеющих как минимум один предшествующий нормальный результат Пап-теста.

Авторы, рекомендующие прекратить скрининг РШМ в определенном воз-

расте, чаще всего не учитывают наличия или отсутствия у женщины тех или иных факторов риска развития РШМ, индивидуальных особенностей, социальных и системных факторов. Необходимо принимать во внимание наличие у женщины таких факторов риска, как курение, инфицирование вирусами папилломы человека (ВПЧ) или вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), иммуносупрессивная терапия, заместительная гормонотерапия (ЗГТ), указание на цервикальную интраэпителиальную неоплазию (ЦИН) в анамнезе. Данные о частоте инфицирования ВПЧ в интересующей нас возрастной группе женщин разноречивы. Ряд исследований указывают на значительно более высокую, чем предполагалось ранее, частоту ВПЧ-инфицирования у женщин постменопаузального возраста. Следует отметить, что РШМ является наиболее часто встречающейся злокачественной опухолью (55%) у пациенток, инфицированных ВИЧ. Кроме того, в одном из исследований отмечена ассоциация развития цервико-вагинального рака с применением пессариев. Имеются данные, не позволяющие исключить повышения риска злокачественной трансформации многослойного плоского эпителия шейки матки при длительных курсах ЗГТ. Таким образом, один или сумма факторов риска могут быть показаниями к продолжению скрининга РШМ у женщин пожилого и старческого возраста.

Для некоторых этнических меньшинств характерен низкий процент скрининга РШМ, что объясняется недостаточным уровнем доходов и невысоким образовательным цензом. Самая высокая смертность от РШМ отмечается в этнической группе кавказских женщин, что необходимо учитывать при разработке программ скрининга РШМ.

При решении вопроса о прекращении или продолжении скрининга должны учитываться так же индивидуальные обстоятельства. Препятствиями к проведению скрининга РШМ могут являться культурные или религиозные предубеждения по поводу профилактики болезней, боязнь осмотра и манипуляций, возрастные изменения характера, стыдливость и страх услышать диагноз «рак», убежденность в оставшемся коротком отрезке жизни. В большинстве подобных случаев схема «врач-пациентка-семья» - наилучшее решение.

Социальные факторы включают систему медицинского страхования, экономическую доступность, принадлежность пациентки и врача к одному полу, обстановку в лечебном учреждении. Кто должен направлять пожилых женщин на скрининг РШМ? Основное внимание гинекологов уделяется пациенткам перименопаузального возраста, женщины же старшего возраста нечасто посещают Женские консультации и консультативно-диагностические центры. В этой связи врачи других специальностей, в основном терапевты, гериатры и семейные врачи должны осознавать важность скрининга РШМ и активно направлять пожилых пациенток к гинекологу. Кроме этого, необходимо уделять достаточное внимание распространению знаний о возможности профилактики РШМ и излечимости заболевания на ранних стадиях.

Особенности методики получения Пап-мазков у женщин пожилого и старческого возраста так же заслуживают внимания. При атрезии цервикаль-

ного канала приходится ограничиться получением материала с поверхности эктоцервикса. При выраженной атрофии влагалища, когда трудно даже пальпировать шейку матки, берется аспират из влагалища или мазок «вслепую», но эти методы получения материала значительно снижают ценность Пап-метода. Многие пожилые женщины имеют заболевания костно-мышечной системы, затрудняющие гинекологический осмотр и взятие Пап-мазков. Пациентки с такими проблемами часто не способны принять обычную позицию для гинекологического осмотра (с разведенными, согнутыми в тазобедренных и коленных суставах ногами). Для подобных ситуаций предлагается альтернативная позиция для осмотра, в положении больной на левом боку.

В заключение, несколько слов о скрининге РШМ у женщин после гистерэктомии. После субтотальной гистерэктомии цитологический скрининг не отличается от такового у пожилых женщин, не перенесших операцию. После тотальной гистерэктомии по поводу доброкачественных заболеваний матки и шейки матки, женщины не нуждаются в дальнейшем цитологическом контроле. Однако периодические цитологические исследования мазков со стенок влагалища имеет смысл у женщин, имеющих в анамнезе указание на ЦИН II-III степени.

Выводы:

Очевидна уместность регулярного цитологического скрининга РШМ с интервалами в 1-3 года до 70-летнего возраста.

Разумно прекращение скрининга РШМ в возрасте 70 лет пациенткам с отрицательными результатами Пап-мазков, регулярно наблюдавшимся ранее.

Пожилые женщины любого возраста, никогда не проходившие цитологический скрининг, должны быть включены в скрининг РШМ до получения двух последовательных (с интервалом 1 год) негативных результатов Пап-мазков.

Наличие у пациентки одного или нескольких факторов риска РШМ должно быть определяющим при решении вопроса о продолжении цитологического скрининга после 70-ти лет и его частоте.

Необходимы дальнейшие исследования в направлении скрининга РШМ у женщин пожилого и старческого возраста с последующей разработкой новых скрининг-программ. Перспективными направлениями исследований могут стать вопросы более четкого определения факторов риска РШМ для данного контингента, оценка экономической эффективности продления скрининга у пациенток, имеющих факторы риска РШМ.

ИССЛЕДОВАНИЕ ПРО- И АНТИАПОПТОЗНЫХ ФАКТОРОВ ПРИ ФОНОВЫХ И ПРЕДРАКОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ШЕЙКИ МАТКИ ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКИМ МЕТОДОМ

Фролова И.И., Бабиченко И.И.

Россия. Москва. Госпиталь Ветеранов Войн №2, Российский Университет Дружбы народов

С целью оценки процессов апоптоза иммуногистохимическим (ИГХ) методом изучена экспрессия белков-регуляторов апоптоза P53 и BCL-2 в неизмененных эпителиальных клетках шейки матки, при простом дискератозе, дискератозе с атипией и ЦИН различной степени тяжести.

Материалы и методы исследования. ИГХ методом исследованы биоптаты, взятые с атипично измененного участка шейки матки 18 пациенток в возрасте от 19 до 79 лет с гистологически подтвержденными изменениями эктоцервикса. Обработка полученных образцов ткани шейки матки осуществлялась по стандартной гистологической методике. Для удобства оценки результатов исследования пациентки были разделены на 3 клинические группы в зависимости от степени поражения эктоцервикса. В первую группу вошли 5 женщин с диагнозом дискератоз шейки матки (ДШМ), во вторую группу мы объединили больных ЦИН I и ДШМ с атипией легкой степени (7 человек), третью группу составили 6 пациенток с ЦИН II-III степени и ДШМ с атипией средней и тяжелой степени. Семь препаратов с участками неизмененного эктоцервикса служили контролем в гистологических и ИГХ исследованиях.

Результаты. В неизмененном эпителии антиапоптозный фактор BCL-2 выявлялся только в цитоплазме клеток базального слоя, расположенных в виде тонкой полоски. Практически сходный тип распределения продуктов этого белка был отмечен и при простом дискератозе. По мере нарастания неопластических изменений, в клетках базального слоя экспрессия BCL 2 уменьшалась. При ЦИН III, вместо монослойной полоски в базальном клеточном слое, выявлялись отдельные клетки с положительной реакцией на BCL 2, расположенные по всему эктоцервиксу, включая и поверхностные слои. Таким образом, наши исследования не выявили прямой связи высокой пролиферативной активности эпителиальных клеток при ЦИН III со сверхэкспрессией антиапоптозного фактора BCL-2.

Дальнейшее изучение процессов апоптоза в эктоцервиксе было проведено с моноклональными антителами к продуктам проапоптозного гена p53. Проведенные исследования показали, что в неизмененном эктоцервиксе продукты этого гена ИГХ методами не выявляются. По мере нарастания степени неопластических изменений в эпителии шейки матки, экспрессия продуктов p53 увеличивается: они распределяются в ядрах клеток с признаками атипии во всех слоях эктоцервикса.

Выводы. По результатам наших исследований и по данным других авторов, в неопластических тканях шейки матки экспрессия p53 увеличивается в значительной степени. Поскольку считается, что ИГХ положительная реак-

ция полностью зависит от наличия мутантного типа P53, полученные нами данные позволяют предположить, что экспрессия p53 может отражать атипические изменения в клетках эктоцервикса в процессе их неопластической трансформации.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ОЦЕНКЕ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ ШЕЙКИ МАТКИ В РЕГИОНЕ ВЫСОКОЙ РОЖДАЕМОСТИ

Хайридинова Д.Б, Мухамадиева С.М.

Таджикский институт последипломной подготовки медицинских кадров, кафедра акушерства и гинекологии, Душанбе, Таджикистан

Цель исследования: изучить эффективность современных методов диагностики патологических процессов шейки матки для раннего выявления предраковых состояний.

Материал и методы исследования: Проведено комплексное клинико-лабораторное обследование 50 пациенток репродуктивного возраста (20-49 лет). Критериями отбора явились результаты кольпоскопии (простой и расширенной), цитологического исследования мазков по Папаниколау, данные иммуноферментного анализа и молекулярно-биологического метода (ПЦР).

Результаты исследования и их обсуждение: Установлено, что из общего количества пациенток с патологическими процессами шейки матки женщины молодого возраста (20-24 года) составили 24,3%, активного (25-34 года) – 48,6%, позднего (35-49 лет) – 27,0%. В структуре соматической патологии лидировали хронический пиелонефрит (59,4%), зоб (40,5%) и анемия (32,4%). Среди гинекологических заболеваний лидировали кольпиты различной этиологии, выявленные в 89,1% случаев, метроэндометритом страдали 72,9%, аднекситом – каждая пятая пациентка (21,6%), вторичное бесплодие было у 16,2%, нарушение менструального цикла отмечали 13,5%, гиперпластические процессы матки диагностированы у 5,4% обследованных. Среди обследованных пациенток 64,8% были повторно – и многорожавшими, при этом у 70,2% интергенетический интервал был коротким (1-2,5 года). Анализ репродуктивного анамнеза показал, что аборт в прошлом имели 67,5% женщин, самопроизвольные выкидыши – 13,5%. Контрацептивный анамнез свидетельствовал, что 40,5% обследованных женщин не использовали современные методы контрацепции. Использовали в прошлом ВМС 63,6% пациенток, гормональные методы – 12,0%, презервативы – 18,0%. Результаты кольпоскопии свидетельствовали, что в структуре заболеваний шейки матки преобладали воспалительные процессы. Эктопия, диагностированная в 94,0% случаев, сочеталась с цервицитами (51,3%), гипертрофическим удлинением

шейки матки (52,4%), старыми разрывами и энтропионом (62,1%). Лейкоплакия выявлена в 12%, при этом встречалась в основном у женщин позднего репродуктивного возраста (66,6%). У большинства обследованных женщин диагностирована аномальная зона трансформации (59,4%), каждая вторая из которых была в активном репродуктивном возрасте (59,0%). Результаты цитологических исследований указывали на воспалительный процесс в 90,0 % случаев.

(классифицированы как мазки I - II класса), 6,0% - III класса; не выявлены IV «подозрительный» тип мазка, V класс – установлен в 4% случаев (плоскоклеточная неороговевающая карцинома). Среди пациенток с выявленной дисплазией шейки матки легкая степень диагностирована в 60,0%, средняя – в 30,0%, тяжелая – в 10,0%. Анализ гистологических картин свидетельствовал о предопухолевых процессах эпителия шейки матки , о чем указывало наличие койлоцитарного изменения клеток в 30,0% случаев, кондилом и папиллом в 16,0%, акантоза эпителия – в 14,0%; гиперплазия базального слоя эпителия диагностирована в 16,0%, лейкоплакии с атипией – в 6,0% случаев. В структуре выявленной урогенитальной инфекции ВПГ составлял 38,0%, ЦМВ-26,0% и хламидиоз – 32,0%. Результаты ПЦР анализа показали, что вирус папилломы человека (ВПЧ) имели 72,0% женщин, при этом у 62,0% диагностирован низкоонкогенный тип вируса (6,11), у 14,0% - высокоонкогенный (16,18,31,32).

Выводы: В регионе высокой рождаемости женщины репродуктивного возраста с отягощенным репродуктивным и контрацептивным анамнезом представляют группу риска по развитию рака шейки матки. С целью ранней диагностики патологических процессов шейки матки необходим комплексный подход с использованием современных технологий для выбора тактики лечения и использования контрацептивных средств.

СТРУКТУРА ЗАБОЛЕВАНИЙ ШЕЙКИ МАТКИ У ЖЕНЩИН ПЕРИМЕНОПАУЗАЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Хайриддинова Д.А., Мирзобекова Б.Т., Чалова О.Д., Сафарова К.С.

Таджикистан. Душанбе. Таджикский институт последипломной подготовки медицинских кадров

Женщины перименопаузального возраста представляют группу риска по развитию злокачественных новообразований шейки матки.

Цель исследования: Изучить структуру патологических процессов шейки матки и выявить факторы риска их развития у женщин перименопаузального периода.

Материал и методы исследования. Проведено кольпоцитологическое обследование 160 пациенток в возрасте от 42 до 55 лет с различной пато-

логией шейки матки. При оценке результатов исследования использовалась классификация Василевской Л.Н. (1971 г) и Международная классификация кольпоскопических терминов (1990). Результаты цитограмм оценивались по классификации Папаниколай (Pap-smear-test).

Результаты исследования. Кольпоскопическое исследование позволило в 73.3% случаев выявить доброкачественные патологические процессы шейки матки и 16.7% - атипические без признаков озлокачествления. В структуре доброкачественных процессов шейки матки преобладала эктопия цилиндрического эпителия (83.3%). «Нормальный тип мазка» установлен в 76.3% случаев, «воспалительный тип» – в 23.7%. Железисто-мышечная гипертрофия шейки матки имела место у 73.3% женщин. Мазки-отпечатки из шейки матки у этой категории женщин в 86% соответствовали I классу, 14% - II. Воспалительные процессы шейки матки (эктоцервицит и эндоцервицит) установлены в 43.3% случаев. Цитологическая картина подтвердила полученные результаты: в 88.3% случаев отмечался «воспалительный тип» мазка (II класс). Среди обследованных пациенток в 40% случаев диагностирован старый разрыв шейки матки. Цитологическое исследование мазков с поверхности эктопии и из нижней трети канала шейки матки были отнесены к I (51%) и II (49%) типу по Pap-smear-test. Полипы цервикального канала установлены в 13.7% случаев, при этом цитологически были диагностированы мазки I класса в 87.6%, что свидетельствует об отсутствии воспалительного процесса при полипах у женщин перименопаузального периода и наличии возрастных гормональных нарушений. В группе атипических патологических процессов лейкоплакия установлена в 16.2%, эритроплакия – 11.2%. Цитологическая картина при этой патологии соответствовала в 89% и 76.8% соответственно “нормальному типу” мазка, в 11% и 22.2%- “воспалительному”. Установлено, что каждая вторая пациентка была многорожавшей (57.0%), 73.3% женщин в прошлом имели заболевания шейки матки, длительно использовали внутриматочную контрацепцию 40%, продолжали использовать 12% , аборты произвели в прошлом 37.6% женщин, причем более пяти аборт - 22.5% .

Выводы: Проведение комплексного обследования шейки матки у женщин перименопаузального периода позволяет в 95% случаев воздержаться от необоснованных оперативных вмешательств, создавая условия для прицельного проведения последующих диагностических вмешательств.

ВЛИЯНИЕ ПРОЛОНГИРОВАННОГО РЕЖИМА ПРИЕМА КОМБИНИРОВАННОГО ПЕРОРАЛЬНОГО КОНТРАЦЕПТИВА СОДЕРЖАЩЕГО 0,030МГ ЭТИНИЛЭСТРАДИОЛА И 0,150МГ ДЕЗОГЕСТРЕЛА НА ЦИТОЛОГИЧЕСКИЕ ПАРАМЕТРЫ ШЕЙКИ МАТКИ И СИСТЕМУ ГЕМОСТАЗА

Прилепская В.Н., Чернышева Е.С.

Россия. Москва. ФГУ «НЦАГиП им. Кулакова В.И. Росмедтехнологий»

Целью настоящего исследования явилось изучение влияния комбинированного перорального контрацептива содержащего 0,030мг этинилэстрадиола и 0,150мг дезогестрела на цитологические параметры шейки матки при применении его в пролонгированном режиме в течение одного года.

Материал и методы исследования. Обследовано 78 женщины в возрасте от 18 до 44 лет (средний возраст $33,3 \pm 6,6$), которые с контрацептивной целью применяли комбинированный пероральный контрацептив содержащий 0,030мг этинилэстрадиола и 0,150мг дезогестрела в пролонгированном режиме (63 дня приема с последующим 7 дневным перерывом) и не имели противопоказаний к данному виду контрацепции. Все включенные в исследование пациентки до начала приема препарата, проходили общеклиническое и гинекологическое обследование, включавшее в себя: обследование по тестам функциональной диагностики, исследование уровня прогестерона во 2 фазу менструального цикла, УЗИ органов малого таза, цитологическое исследование мазков со слизистой шейки матки. Определение показателей гемостаза (Концентрация фибриногена, Протромбиновый индекс, тробоэластограмма, индекс тромбодинамического потенциала тромбоэластограммы количество тромбоцитов, агрегационная активность тромбоцитов, коллаген-агрегация, АДФ-агрегация).

Результаты исследования. Все пациентки, вошедшие в исследование до начала приема препарата имели I –II класс мазков по Папаниколау за время приема препарата проводился цитологический скрининг 1 раз в 3 месяца, полученные результаты цитологического исследования свидетельствовали об отсутствии патологических изменений в цитологических мазках с шейки матки у абсолютного большинства пациенток (97,4%), у 2-х пациенток (2,6%) выявленные воспалительные изменения, с проведением в последующем противовоспалительной терапии. Изучение состояния системы гемостаза до начала приема комбинированного перорального контрацептива содержащего 0,030мг этинилэстрадиола и 0,150мг дезогестрела свидетельствовало о том, что все показатели (фибриноген, протромбиновый индекс (ПИ), г+к тромбоэластограммы (ТЭГ), индекс тромбодинамического потенциала тромбоэластограммы (ИТП ТЭГ),) не отличались от нормативных значений, характерных для соматически здоровых небеременных женщин репродуктивного возраста ($P > 0,05$). В процессе контрацепции через

3 и 6 месяцев средняя концентрация фибриногена составила $2,35 \pm 0,22$ г/л и находилась в пределах возрастных нормативных значений ($P > 0,05$). У 43,1% пациенток концентрация фибриногена не изменилась, что свидетельствует об отсутствии патологического (тромбофилического) эффекта данного метода контрацепции. Кроме того, у (56,5%) женщин отмечено умеренное снижение концентрации фибриногена по сравнению с исходными показателями и данными, полученными через 3 и 6 месяцев после начала приема комбинированного перорального контрацептива в пролонгированном режиме. Значения протромбинового индекса (ПИ) - от 93% до 100%, (в среднем - $97,1 \pm 2,6\%$) не отличались от величин в контрольном цикле и после 3 и 6 месяцев контрацепции ($P > 0,05$) все выше сказанное свидетельствует о том, что комбинированный пероральный контрацептив содержащий 0,030мг этинилэстрадиола и 0,150мг дезогестрела в пролонгированном режиме не оказывает влияния на плазменное звено системы гемостаза. Анализ общей свертываемости крови по показателям хронометрической коагуляции «r+k» ТЭГ достоверно не изменялся в те же сроки наблюдения. Среднее значение величины показателя «r+k» в целом по группе достоверно не отличалось от исходных показателей и данных через 6 месяцев, и составило $20,4 \pm 0,7$ мм ($P > 0,05$). Аналогичные результаты получены при анализе структурных свойств кровяного сгустка. Следует отметить равномерность распределения ИТП (в среднем - $9,2 \pm 0,4$ усл.ед.) у всех пациенток, что можно объяснить достаточно однородным распределением та ТЭГ в интервале 40-45 мм и «k» ТЭГ (7-10 мм) ($P > 0,05$).

Выводы. Таким образом, показатели системы гемостаза в течение 12 месяцев применения комбинированного перорального контрацептива содержащего 0,030мг этинилэстрадиола и 0,150мг дезогестрела в пролонгированном режиме находились в пределах возрастных нормативных значений. Содержание основных субстратов свертывания крови – фибриногена и факторов протромбинового комплекса существенно не менялось. Так же не было выявлено патологического влияния на цитологические параметры шейки матки.

ВОЗМОЖНОСТИ ТЕПЛОВИЗИОННОЙ ДИАГНОСТИКИ ДИСПЛАСТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ ШЕЙКИ МАТКИ

Чунихина Е.В., Богдасаров А.Ю.

Россия. Ульяновск. Кафедра последипломного образования и семейной медицины Ульяновского государственного университета

Актуальность: Проблема ранней диагностики предраковых изменений шейки матки на протяжении многих лет занимает одно из лидирующих мест в гинекологической практике. Скрининговые методы диагностики всем хорошо известны, но вместе с тем трактовка их результатов нередко бывает

ошибочной. Разработка данного нового метода диагностики обусловлена необходимостью точных, быстро осуществимых диагностических критериев патологических процессов шейки матки и возможностью неинвазивного проведения мониторинга патофизиологических изменений эктоцервикса.

Цель: Оптимизация диагностики предраковых заболеваний шейки матки, основанная на использовании радиационного пирометра «Raytek MX4» (Германия).

Материалы и методы исследования: Нами проведено обследование 116 женщин всех возрастных групп с применением общеклинического, микроскопического, бактериологического методов исследования. Всем была проведена расширенная кольпоскопия, цитологическое исследование мазков с экзо- и эндоцервикса, тепловизионное исследование шейки матки по десяти точкам, расположенным по окружности эктоцервикса и вблизи цервикального канала. Из указанных женщин 52 пациентки составили основную группу: 30 (57,6±6,9%) с лейкоплакией и 22 (42,3±6,9%) с дисплазией шейки матки, остальные 64 пациентки не имели патологии эктоцервикса. Распределение по нозологическим формам в основной группе проводилось согласно клинкоморфологической международной классификации состояний шейки матки (ВОЗ X, 1995).

Результаты и их обсуждение: Термограмма здорового эктоцервикса имеет вид плавной кривой с повышением температурной реакции в верхнем полюсе шейки матки, а так же ее отличительном увеличении по передней губе в сравнении с задней. При лейкоплакиях контуры термограммы имеют явно измененный вид с участками повышения и снижения температурной реакции, не имеющей закономерности. Такая кривая носит неправильный характер и определяет патологический процесс, прогноз малигнизации которого будет носить неблагоприятный характер. При дисплазиях шейки матки наблюдаются следующие изменения: в тех точках, где кривая нормального эктоцервикса снижает свои показатели, эпителий с предраковыми изменениями дает обратную реакцию, повышение температуры, и наоборот. По своей сущности такая термограмма является атипичной.

Выводы: Проведенные исследования свидетельствуют о достаточной информативности лазерной термографии для диагностики предраковых изменений шейки матки. Разработанные нами тепловизионные диагностические критерии патологии шейки матки позволяют дифференцировать злокачественные и доброкачественные процессы, протекающие в эктоцервиксе. Этот метод является быстрым, бесконтактным, информативным и легко осуществимым в реальном масштабе времени, поэтому он может иметь значение для проведения массовых профилактических осмотров населения в женских консультациях с целью выявления предраковых состояний шейки матки.

СОСТОЯНИЕ МАТОЧНОГО И ИНТРАОВАРИАЛЬНОГО КРОВОТОКОВ У ПАЦИЕНТОК С ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМИ НЕОПУХОЛЕВЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ВУЛЬВЫ

Шарапова Л.Е., Чехонацкая М.Л., Сумовская А.Е., Яцко О.В., Рузмыкина Т.И.
Россия. Саратов. Саратовский государственный медицинский университет

До настоящего времени в вопросах этиологии и патогенеза дистрофии вульвы остается много белых пятен. По мнению М.И. Штемберг (1980) начало заболевания сопровождается выраженным нарушением микроциркуляции, что вторично приводит к облитерации артериол. В этой связи представляет интерес изучить состояние кровотока матки и яичников у пациенток с лейкоплакией и краурозом вульвы.

Под нашим наблюдением находились 30 пациенток в возрасте от 30 до 79 лет с доброкачественными неопухолевыми заболеваниями вульвы. Гиперпластическая лейкоплакия диагностирована у 5(17%) женщин, склеротический лишай - у одной (3%), смешанную форму заболевания имели 24(80%) пациентки. Диагноз был подтвержден гистологическими исследованиями биоптатов вульвы.

Для изучения структуры и оценки характера кровотока матки и яичников всем пациенткам проводилось ультразвуковое исследование в В-режиме и режиме цветового доплеровского и энергетического картирования. Исследование выполнялось на ультразвуковом сканере «Voluson 730 pro» с использованием трансабдоминального и трансвагинального датчиков с частотой 3,5 и 7,5 МГц. Измерение размеров матки и яичников осуществлялось по общепринятым методикам. Объем яичника вычисляли по формуле $V=0,523 \cdot A \cdot B \cdot C$ (см³), где V – объем яичника; A, B, C – размеры в трех взаимно перпендикулярных областях, выраженные в сантиметрах; 0,523 – постоянный коэффициент. Для обнаружения маточной артерии сканирование проводили в продольном и поперечном сечении на уровне перехода шейки в тело матки (область внутреннего зева). Оценка перфузии ткани яичника осуществлялась на основании изучения кровотока в строме яичника. Для улучшения визуализации сосудов использовались 3D технологии. Оценивались количественные показатели: пиковая систолическая скорость кровотока, максимальная конечная диастолическая скорость, индекс периферического сопротивления.

Проведенные исследования показали, что у пациенток основной группы имело место достоверное снижение размеров матки. Так длина матки в среднем составила 40 ± 3 мм, переднезадний размер - 26 ± 1 мм, ширина - 37 ± 2 мм. Структура эндометрия была гиперэхогенной, толщиной от 1 до 3 мм. Серометра была выявлена у 10(33%) пациенток. Характерно значительное снижение перфузии матки при отсутствии циклических изменений скоростей. Индекс периферического сопротивления в маточных артериях колебался в пределах от 0,88 до 1,0 (в среднем $0,94 \pm 0,6$), в аркуатных артериях – от 0,98 до 1,0 (в среднем $0,99 \pm 0,1$). Венозное русло миометрия не удалось визуализировать у

22(73,3%) женщин с неизменным изображением внутренних половых органов.

При ультразвуковом исследовании размеров яичников было выявлено значительное снижение количества визуализируемых фолликулов. У 6(20%) пациенток визуализировались единичные мелкие фолликулы величиной до 3мм. Объем яичников в среднем был равен $2,9 \pm 0,8$ см³. При доплерографическом исследовании в яичниках обнаруживались единичные цветочные локусы. Учитывая крайне незначительный объем перфузии, для определения стромальных сосудов использовалось энергетическое доплеровское картирование. Исследования показали, что внутрияичниковый кровоток при цветовой и энергетической доплерографии выявляется только в 2(6,6%) и 10(33,3%) случаев соответственно. Величина ИР в паренхиме яичников колебалась в пределах от 0,7 до 0,8.

Таким образом, по данным эхографии у пациенток основной группы было выявлено не только достоверное уменьшение размеров матки и объема яичников, но и значительное снижение маточного и интраовариального кровотоков, что свидетельствует о нарушении кровообращения в бассейне малого таза.

ГЕНОТИПЫ ВПЧ В РАКЕ И ПРЕДРАКОВОЙ ПАТОЛОГИИ ШЕЙКИ МАТКИ

Шипулина О.Ю.¹, Куевда Д.А.¹, Насонова В.С.¹, Минкина Г.Н.², Киселева В.И.³

Россия, ¹ - Москва, ФГУН ЦНИИ Эпидемиологии Роспотребнадзора,

² - Москва, ГУ МСУ МЗ РФ; ³ - Обнинск, ГУ МРНЦ

Этиологической причиной рака шейки матки (РШМ) являются вирусы папилломы человека (ВПЧ) преимущественно группы высокого канцерогенного риска, способные трансформировать эпителиальные клетки, вызывая развитие ЦИН - предраковых изменений ШМ. Известно, что скорость прогрессирования неопластических изменений зависит от типа ВПЧ. Наиболее канцерогенными общепризнанно являются 16, 18 и некоторые генетически близкие им типы, например, 31, 33 и 45, которые обнаруживаются в более чем 80-90% случаев рака. Наименее канцерогенными считаются 39, 51, 56, 59 и другие типы, частота встречаемости которых в РШМ различается в зависимости от региона, контингента обследуемых и метода определения генотипа ВПЧ.

В отличие от многих стран мира, в том числе и развивающихся, где организовано систематическое изучение распространенности генотипов ВПЧ в РШМ, в России такие исследования до настоящего времени не проводились. В связи с этим, мы поставили перед собой задачу по организации сбора образцов эпителия от пациенток с РШМ и предраковыми изменениями ШМ из разных регионов России с целью определения доли ВПЧ-позитивных

образцов и изучения распространенности различных генотипов ВПЧ.

Материалом для исследования служили образцы эпителия шейки матки, забранные одноразовыми инструментами. Все образцы были верифицированы гистологически. Всего было исследовано 126 образцов верифицированных как В-ПИП/Н-SIL (ЦИН 2/3), 22 образца – рак *in situ*/CIS, 81 образец – плоскоклеточная карцинома/SCCa (46 образцов – 1,2 стадия рака, 35 образцов – 3,4 стадия рака), 10 образцов - аденокарцинома/AdCa. Материал забирали только от женщин с первично выявленным заболеванием, ранее не леченных. Для выявления и генотипирования ВПЧ высокого канцерогенного риска в клинических образцах нами была использована ПЦР-тест-система «АмплиСенс ВПЧ ВКР генотип FRT», которая в настоящее время зарегистрирована и разрешена для использования в медицинской практике.

Из результатов наших исследований следует, что ДНК всех генитальных типов ВПЧ встречается в 99,2% случаев Н-SIL, в 100% случаев CIS, в 90,1% случаев SCCa (причем, при плоскоклеточном раке 1-й и 2-й стадии доля ВПЧ-позитивных образцов составляет 97,8%, а при 3-й и 4-й – всего 80,0%). Из всех случаев AdCa только 40,0% были ВПЧ-позитивными.

Результаты определения 12-ти генотипов ВПЧ показали, что доля 16, 18 и 45 - трех наиболее канцерогенных типов ВПЧ составляет 84,9% при SCCa, 77,3% - при CIS, 71,2% - при Н-SIL. Во всех случаях AdCa нами были обнаружены только 16 и 18 типы.

Типы 39 и 59 были обнаружены в 6,2% случаев SCCa и в 4,5% случаев CIS. Типы 33, 52 и 58 обнаружены в 3,7% случаев SCCa, в 9,1% случаев CIS и в 19,2% случаев Н-SIL.

Особо следует отметить, что широко распространенные в популяции 51 и 56 типы ВПЧ были обнаружены нами при дисплазии высокой степени тяжести (Н-SIL), но не встречались в случаях CIS и SCCa. Известно, что небольшой процент дисплазий высокой степени тяжести способен регрессировать. Возможно, дисплазии связанные с этими типами ВПЧ, менее канцерогенными, чем ВПЧ 16, 18 и 45, подвергаются регрессии чаще. Это явление требует дальнейшего изучения с привлечением большего числа наблюдаемых ВПЧ-позитивных женщин.

Из представленных данных следует, что сведения о генотипе ВПЧ имеют важное не только эпидемиологическое, но и клиническое значение и, при совместном использовании с количественным ВПЧ-тестом, могут помочь в прогнозировании развития ВПЧ-инфекции у конкретной пациентки.

Таким образом, поскольку разные генотипы ВПЧ обладают разной степенью канцерогенности, при использовании ВПЧ-тестов для скрининга и диагностики патологий ШМ преимущественно обладают тесты, которые позволяют не только определять количество вируса в образце, но и генотип вируса или, хотя бы его принадлежность к генетической группе.

СИСТЕМНЫЙ ПОДХОД К ПРОВЕДЕНИЮ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ВПЧ-АССОЦИИРОВАННЫМИ ДИСПЛАЗИЯМИ ШЕЙКИ МАТКИ ПРИ АКТИВНОМ МЕТОДЕ ВЕДЕНИЯ

Шмак К.И.

Республика Беларусь. Минск. Белорусская медицинская академия последипломного образования

Вирус папилломы человека (ВПЧ) обладает наибольшим онкогенным потенциалом и является основным экзогенным фактором цервикального канцерогенеза. Рост частоты рецидивов и возникновение рака шейки матки (ШМ) требуют поиска современных принципов диагностики и эффективной терапии данной инфекции.

Цель: повышение эффективности лечения ВПЧ-ассоциированных дисплазий ШМ путем дифференцированной медицинской реабилитации (МР) с коррекцией нарушений иммунологического статуса и антиоксидантной защиты после локальной избирательной деструкции шейки матки на начальном этапе системного функционального подхода. Материалы и методы исследования. Всего было обследовано 76 женщин: основная группа – 46 женщин, которым на первом этапе выполнена элективная (избирательная) деструкция ШМ с МР; контрольная группа – 30 рандомизированных больных с указанной патологией и выполненной деструкцией патологического очага на ШМ по активному методу без МР. Активный метод ведения данных больных предусматривал на первом этапе системного подхода проведение элективной локальной деструкции органа с учетом степени тяжести дисплазии, на втором этапе – дифференцированную медицинскую реабилитацию. Она включала: противогерпетические препараты при микстных поражениях («Валацикловир»), иммуномодуляторы (ликопид, циклоферон), антиоксидантную терапию (антиоксидантный комплекс), реабилитацию «ожоговой раны», лечение сопутствующей патологии (лейомиома матки, эндометриоз, ДМК, ВЗОМТ и пр.). ВПЧ-ассоциированные дисплазии в 52% случаев выявлены в возрасте от 20 до 30 лет, у 88% пациенток диагноз поражения шейки матки установлен впервые, а у 11% выявлены рецидивы болезни. Средний возраст начала половой жизни у пациенток составил 18 лет. Каждая вторая женщина имела такой фактор риска для развития ВПЧ как курение (более 5-10 сигарет в день). Среди 76 женщин обследованных «точными» методами диагностики, были установлены ассоциации ВПЧ с другими патогенами бактериального и вирусного происхождения: вирус простого герпеса (II тип) – 36%, грибы рода *Candida* – 32%, гарднереллы – 32%, хламидии – 16%, уреа-, микоплазмы – 8% случаев.

Результаты и их обсуждение. Из 76 больных основной группы, у 46 пациенток, которым после деструкции ШМ из-за дисплазии, был назначен циклоферон (в/м) с антиоксидантным комплексом по схеме, в 82,3% случаях отмечено

полное выздоровление. При этом в эктоцервиксе исчезала патологическая кольпокартина, в цитоморфологических методах исследований – койлоцитоз, в полимеразной цепной реакции – вирусная ДНК. В иммунограмме наблюдалась полная нормализация измененных показателей со снижением интенсивности процессов перекисного окисления липидов. У 17,7% больных выявлена положительная клиническая динамика в виде уменьшения площади ВПЧ-поражения шейки матки. В контрольной группе наилучшие результаты констатированы у 63,3%, неполное выздоровление – у 34,3 %, рецидив у 2,4 % женщин.

Выводы: в активном методе лечения больных с ВПЧ-ассоциированными дисплазиями шейки матки проведение дифференцированной медицинской реабилитации с коррекцией нарушений иммунологического статуса и антиоксидантной защиты способствует повышению эффективности терапии на 19%.

ИММУНОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ ГАЛАВИТА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПАПИЛЛОМАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

Щербань М.Р., Галустян С.А., Ханферян Р.А.

Россия. Кубань. Базовая акушерско-гинекологическая клиника, кафедра клинической иммунологии и аллергологии Кубанского государственного медицинского университета

За последние годы доказана взаимосвязь между папилломавирусной инфекцией (ПВИ) и цервикальными интраэпителиальными неоплазиями (ЦИН). Онкогенная активность ПВИ подтверждена во многих исследованиях. Так, для терапии ПВИ используются методы воздействия на клеточный иммунитет, которые основаны на активации процессов распознавания вирусных антигенов (в частности использованы онкогенные протеины Е6 и Е7 НРV-16 и НРV-18). В то же время, наряду с разработкой вакцинотерапии, в последние годы активно разрабатываются иммунотерапевтические стратегии с использованием иммунокорректирующих препаратов в комплексном лечении заболеваний шейки матки, вызванных ПВИ. Цель: Исследование иммунотерапевтической активности иммуномодулятора Галавит при папилломавирусном поражении шейки матки. Материалы и методы исследования: Исследование проведено у 245 пациенток с вирусом папилломы человека (ВПЧ). Наряду с анализом клинической эффективности, исследовано влияние комплексной терапии ПВИ с включением Галавита на состояние иммунной системы. Субпопуляции лимфоидных клеток анализировались методом проточной цитофлуорометрии на анализаторе EPICs. Концентрацию провоспалительных цитокинов (IL1b, TNFa, IL6, IL8) исследовали иммуноферментным методом на анализаторе ANTHOS 2010. Результаты и их обсуждение:

Исследования показали, что у больных ПВИ отмечалось выраженное снижение концентрации общего количества иммунных лимфоцитов (CD3+) и лимфоцитов, обладающих хелперной активностью (CD4+). При этом, наблюдалась активация лимфоидных клеток, что выражалось в повышении числа клеток, несущих рецепторы к IL2 (CD25+). Исследованиями показано, что у больных ПВИ в сыворотке крови наблюдалось повышение концентрации провоспалительных цитокинов (IL1b, TNF α , IL6, IL8) более чем 6.2-12.3 раза. Курсовая терапия ректальными суппозиториями Галавит приводила к снижению частоты рецидивов клинических проявлений. Комплексная терапия с включением препарата Галавит оказала выраженный иммуномодулирующий эффект. В результате лечения общее количество CD3+ лимфоцитов возросло на 23,4%, концентрация CD4+ лимфоцитов возросла на 19,6%. Эффективность использования в комплексной терапии ПВИ шейки матки Галавита обусловлена и его противовоспалительной активностью. Так, терапия, проведенная с применением Галавита способствовала снижению концентрации сывороточных провоспалительных цитокинов (IL1b, TNF α , IL6, IL8) в 4,3-6,7 раз. Выводы: Включение иммуномодулирующего препарата Галавит в комплекс лечения ПВИ приводит к снижению частоты рецидивирования заболевания и повышению неспецифической резистентности организма, что обусловлено его выраженной иммуномодулирующей и противовоспалительной активностью.

Содержание

ПАТОЛОГИЯ ШЕЙКИ МАТКИ У ЖЕНЩИН С МЕНО-МЕТРОРРАГИЯМИ В ПЕРИОД ПЕРИМENOПАЗУЗЫ

Алиева Д.А., Арипджанова Д.С., Рафикова Х.А., Козиева Г.Н., Хакимова Ф.Д.....3

ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ШЕЙКИ МАТКИ С ПОМОЩЬЮ СО2-ЛАЗЕРА

Аполихина И.А., Денисова Е.Д., Ибинаева И.С.....3

ЛЕЧЕНИЕ ФОНОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ШЕЙКИ МАТКИ МЕТОДАМИ АРГОНУСИЛЕННОЙ КООГУЛЯЦИИ И ЛАЗЕРНОЙ ВАПОРИЗАЦИИ

Артамонова Н.В., Беляев А.А.....5

СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД КЛИНИЦИСТА НА ПРОБЛЕМУ ГЕНИТАЛЬНЫХ ИНФЕКЦИЙ

Байрамова Г.Р.....6

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ШЕЙКИ МАТКИ АРГОНОПЛАЗМЕННОЙ КООГУЛЯЦИЕЙ У НЕРОЖАВШИХ ЖЕНЩИН

Белокриницкая Т.Е., Белокриницкая И.А., Белокриницкая Н.И., Чарторижская Н.Н., Панфилова Е.В., Кузнецова И.А., Дейкова Е.З.....8

ЛОКАЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ГУМОРАЛЬНОГО ИММУНИТЕТА И НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЙ РЕЗИСТЕНТНОСТИ ПРИ НЕОПЛАЗИИ ЦЕРВИКАЛЬНОГО ЭПИТЕЛИЯ

Белокриницкая Т.Е., Мочалова М.Н., Свердловва Е.С., Некрасова Н.Е.....9

РОЛЬ ВОСПАЛЕНИЯ В ПАТОГЕНЕЗЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ШЕЙКИ МАТКИ

Борзенко Е.В., Кашуба Э.А., Чернецова Л.Ф..... 11

ЛЕЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ШЕЙКИ МАТКИ МЕТОДОМ АРГОНОПЛАЗМЕННОЙ КООГУЛЯЦИИ

Борзенко Е.В., Машкин А.М., Кашуба Э.А..... 12

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ БЕТАЛЕЙКИНА У ЖЕНЩИН С ПАПИЛЛОМАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

Буйнова А.Н., Москалев А.В.....14

ТЕЧЕНИЕ НЕОСЛОЖНЕННЫХ ДИСГОРМОНАЛЬНЫХ ЭКТОПИЙ В ЮНОМ ВОЗРАСТЕ

Бурчик В.К., Кулик А.Ю., Липатова О.А..... 15

ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН, ПЕРЕНЕСШИХ ЛАЗЕРОХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ШЕЙКИ МАТКИ ПО ПОВОДУ ФОНОВЫХ И ПРЕДРАКОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ	
Валиахметова Р.Р., Глебова Н.Н., Додонов А.Н.....	16
НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ПРОФИЛАКТИКИ ПЕРЕДАЧИ ВИЧ ОТ МАТЕРИ РЕБЕНКУ НА ТЕРРИТОРИИ ЧИТИНСКОЙ ОБЛАСТИ В 2005-2007 ГГ	
Василевская Л.А., Розенберг В.Я., Цынгеева Д.Д., Бутыльский А.Н.	18
ГЕНОТИПИРОВАНИЕ ВПЧ У ЖЕНЩИН В ШЕЙКЕ МАТКИ И У ДЕТЕЙ ПРИ ПАПИЛЛОМАТОЗЕ ГОРТАНИ	
Ворошилина Е.С., Плотко Е.Э., Хяютин В.Н., Сергеев А.Г., Самойличенко В.О., Устюжанин А.В.....	19
ЛЕЧЕБНО-РЕАБИЛИТАЦИОННЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПРИ ФОНОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ШЕЙКИ МАТКИ У ЮНЫХ ЖЕНЩИН ПРИ ПРЕРЫВАНИИ ПЕРВОЙ БЕРЕМЕННОСТИ МЕДИКАМЕНТОЗНЫМ АБОРТОМ	
Гайсина М.В., Трубина Т.Б., Трубин В.Б., Додонов А.Н.....	20
ПРИМЕНЕНИЕ КОМПЛЕКСА ЕСТЕСТВЕННЫХ ЦИТОКИНОВ В ТЕРАПИИ ШЕЕЧНО-ВАГИНАЛЬНЫХ ИНФЕКЦИЙ	
Гапарова Е., Ахмерова Н.Ш.....	22
ПРОФИЛАКТИКА РАКА ШЕЙКИ МАТКИ	
Голубкова О.В.....	23
АНАЛИЗ РАБОТЫ ЦЕНТРАЛИЗОВАННОЙ ЦИТОЛОГИЧЕСКОЙ ЛАБОРАТОРИИ ПОЛИКЛИНИКИ №195 ЗАО Г.МОСКВЫ ПРИ СКРИНИНГОВЫХ ИССЛЕДОВАНИЯХ ЗА ПЕРИОД 2003-2007 ГГ	
Фуфаев Е.Н., Гашилова Н.С., Фурдюк Е.Р., Власова Е.А., Сизова И.И., Космачева Н.В., Левадная М.Г.....	24
ХИМИОТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ РЕЦИДИВОВ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ	
Воробйова Л.И., Югринов О.Г., Неспрядько С.В., Гончарук И.В.....	26
РАДИКАЛЬНАЯ АБДОМИНАЛЬНАЯ ТРАХЕЛЭКТОМИЯ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ИНВАЗИВНЫМ РАКОМ ШЕЙКИ МАТКИ T1B1	
Воробьева Л.И., Свинцицкий В.С., Неспрядько С.В., Гончарук И.В., Полонская Л.Н.....	27
ЭТИОЛОГИЯ ДИСБИОТИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ВЛАГАЛИЩА	
Горяева Я.С.....	28

МИКРОБИОЦЕНОЗ ВЛАГАЛИЩА У ПАЦИЕНТОК С ЦЕРВИКАЛЬНОЙ ИНТРАЭПИТЕЛИАЛЬНОЙ НЕОПЛАЗИЕЙ Горяева Я.С.....	29
НИЗКОЭНЕРГЕТИЧЕСКАЯ ЛАЗЕРНАЯ ТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ УРОГЕНИТАЛЬНОГО ТРИХОМОНИАЗА Дамиров М.М., Сюч Н.И., Полётова Т.Н., Созаева Л.Г., Бушкова А.С.....	30
МОРФОЛОГИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПРЕИМУЩЕСТВ РАДИОКОНИЗАЦИИ ПРИ ЦЕРВИКАЛЬНОЙ ИНТРАЭПИТЕЛИАЛЬНОЙ НЕОПЛАЗИИ Дерижанова И.С., Нечитайло Т.А., Берлим Ю.Д.....	31
ВЛИЯНИЕ ГИСТЕРЭКТОМИИ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА, МЕТОДЫ КОРРЕКЦИИ Додонов А.Н., Глебова Н.Н., Трубин В.Б., Трубина Т.Б., Магафуров Р.Ф.....	33
ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ РАДИКАЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ (ЭКСТИРПАЦИЯ МАТКИ) ПРИ ФОНОВЫХ И ПРЕДРАКОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ШЕЙКИ МАТКИ Додонов А.Н., Глебова Н.Н., Трубин В.Б., Трубина Т.Б.....	35
ВЛИЯНИЕ ГИСТЕРЭКТОМИИ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА, МЕТОДЫ КОРРЕКЦИИ Додонов А.Н., Глебова Н.Н., Трубин В.Б., Трубина Т.Б., Магафуров Р.Ф.....	37
РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ И РЕПРОДУКТИВНОЕ ПОВЕДЕНИЕ ДЕВУШЕК ТОФАЛАРИИ ПАПИЛЛОМАВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ И СОСТОЯНИЕ ШЕЙКИ МАТКИ У ДЕВУШЕК-ПОДРОСТКОВ Долгих В.В., Храмова Е.Е., Пигарева Л.Н., Макеева Е.И.....	41
МЕСТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ МАНГОГЕРПИНОМ ЖЕНЩИН С БЕСПЛОДИЕМ И ХРОНИЧЕСКОЙ РЕЦИДИВИРУЮЩЕЙ ФОРМОЙ ГЕНИТАЛЬНОГО ГЕРПЕСА Дубчак А.Е., Милевский А.В., Галазюк Л.В.....	42
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ФОНОВЫХ И ПРЕДРАКОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ШЕЙКИ МАТКИ МЕТОДОМ РАДИОВОЛНОВОЙ ХИРУРГИИ Умаханова М.М., Дуванский Р.А., Торчинов А.М., Аубекирова М.А., Садуллаева Э.Т.....	44
ОПТИМИЗАЦИЯ СКРИНИНГОВОЙ ДИАГНОСТИКИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ШЕЙКИ МАТКИ Дяткова А.В., Тулупова М.С.....	45

ВЛИЯНИЕ КОНТАКТНОЙ ИНФРАКРАСНОЙ ЛАЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ (КИЛТ) НА ПАТОЛОГИЮ ШЕЙКИ МАТКИ	
Ежов В.В., Торчинов А.М., Гейниц А.В., Салиев А.А.....	46
КОМПЛЕКСНЫЕ УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ КРИТЕРИИ ГЕСТАЦИОННЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ШЕЙКИ МАТКИ	
Зароченцева Н.В., Титченко Л.И., Титченко Ю.П., Чечнева М.А.....	47
ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ РАДИОХИРУРГИЧЕСКОГО МЕТОДА У БЕРЕМЕННЫХ С ПОЛИПАМИ ЦЕРВИКАЛЬНОГО КАНАЛА	
Зароченцева Н.В., Краснопольский В.И., Серова О.Ф.....	48
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ОНКОГЕННЫХ ТИПОВ ВИРУСА ПАПИЛЛОМЫ ЧЕЛОВЕКА У ЖЕНЩИН С ПАТОЛОГИЕЙ ШЕЙКИ	
Золотоверхая Е.А., Шипицына Е.В., Юшманова Е.С., Евстигнеева Л.А., Савичева А.М.....	50
СОСТОЯНИЕ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ИППП У ЖЕНЩИН В АМУРСКОЙ ОБЛАСТИ	
Зражевская С.Г., Меркулова С.А., Базанов Е.К., Платонов А.В., Близнюк Е.А.....	51
АНАЛИЗ МИКРОБИОЦЕНОЗОВ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ УРОГЕНИТАЛЬНОМ ХЛАМИДИОЗЕ У ФЕРТИЛЬНЫХ ЖЕНЩИН	
Зур Н.В., Савицкая К.И., Нестерова М.В., Русанова Е.В.....	53
ИММУНОЛОГИЧЕСКИЙ МОНИТОРИНГ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОЙ ХЛАМИДИЙНОЙ ИНФЕКЦИИ	
Зур Н.В., Савицкая К.И., Русанова Е.В.....	54
ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЦЕННОСТЬ ДИСКЕРАТОЗА В ПАП-МАЗКЕ В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ ПРЕДРАКОВЫХ СОСТОЯНИЙ ШЕЙКИ МАТКИ	
Иванова Н.Б., Ахмедова М.П., Курбанбекова Д.С.....	55
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ВЫСОКОЭНЕРГЕТИЧЕСКОГО ЛАЗЕРА «АТКУС-15» В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПРЕДРАКОВЫХ ПРОЦЕССОВ ШЕЙКИ МАТКИ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА	
Иванова Л.В., Савинов И.П., Волкова А.В.....	57
ОЦЕНКА НЕКОТОРЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ АССОЦИИРОВАННЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ ПАПИЛЛОМАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ЖЕНЩИН	
Иванова И.М., Рощенко Л.О., Брыков В.И.....	58

ЧАСТОТА ПРЕДРАКА ШЕЙКИ МАТКИ ПО ГУНИБСКОМУ РАЙОНУ И ПО Г. МАХАЧКАЛА РЕСПУБЛИКИ ДАГЕСТАН

Исаева З.У.....60

ИММУНОТЕРАПИЯ ЦЕРВИЦИТОВ ХЛАМИДИЙНО-ВИРУСНОЙ ЭТИОЛОГИИ

Каграманова Ж.А., Малиновская В.В., Парфенов В.В.....61

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВОССТАНОВЛЕНИЯ БИОЦЕНОЗА ВЛАГАЛИЩА ЖЕНЩИН С СИНДРОМОМ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПСЕВДОЭРОЗИИ ШЕЙКИ МАТКИ

Калинкина О.Б., Мельников В.А., Маслова О.Р., Щукин В.Ю.....62

СЛУЧАЙ ЛОКАЛЬНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА ШЕЙКИ МАТКИ

Камаева Е. Г.....64

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ НЕОПУХОЛЕВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ШЕЙКИ МАТКИ

Каухова Е.Н., Лугueva А.Ю., Каухова А.А.....65

ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ СЕРТАКОНАЗОЛА В МОНОТЕРАПИИ ОСТРОГО УРОГЕНИТАЛЬНОГО КАНДИДОЗА

Кира Е.Ф.¹, Муслимова С.З.².....66

ВПЧ-АССОЦИИРОВАННОЕ ПОРАЖЕНИЕ ШЕЙКИ МАТКИ

Клинышкова Т.В., Самосудова И.Б.....67

ПУТИ ПРОФИЛАКТИКИ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ В ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ

Ковчур П.И., Сазонова Л.Н., Белоярова В.С., Корнилова Т.С.....69

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВИРУС-ПОЗИТИВНОГО РАКА ШЕЙКИ МАТКИ

Коломиец Л.А., Чуруксаева О.Н.....70

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ПРЕДРАКОВЫХ СОСТОЯНИЙ И КАРЦИНОМЫ ШЕЙКИ МАТКИ

Кондриков Н.И. Шамаракова М.В.....72

ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ЖЕНЩИН С ПАНИЛЛОМАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

Кортунова В.В., Глебова Н.Н., Красникова М.Б.....73

**ЦЕРВИКАЛЬНАЯ ИНТРАЭПИТЕЛИАЛЬНАЯ НЕОПЛАЗИЯ II-III СТЕПЕНИ У
БЕРЕМЕННЫХ**

Косенко И.А., Русакевич П.С., Литвинова Т.М., Матылевич О.П., Костевич Г.В. ...75

ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНАЯ ПАТОЛОГИЯ КАК ФАКТОР РИСКА ИЦН

Кох Л.И., Сатышева И.В.76

РОЛЬ ИНФЕКЦИИ В ГЕНЕЗЕ НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Краснопольский В.И., Серова О.Ф., Зароянцева Н.В., Снапковская Л.Г.,
Белюсова Т.Н.77

**СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ПРЕДРАКОВЫХ СОСТОЯНИЙ И
КАРЦИНОМЫ ШЕЙКИ МАТКИ**

Кондриков Н.И. Шамаракова М.В.79

**ПРИМЕНЕНИЕ ОРАЛЬНОГО ПРОБИОТИКА «ЛАКТОГИН» В ЛЕЧЕНИИ
БАКТЕРАЛЬНОГО ВАГИНОЗА**

Кудинов С.В., Крылов Г.Г., Суховой Ю.Г., Петров С.А.81

**ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ДИАГНОСТИКИ ОНКОПАТОЛОГИИ ШЕЙКИ
МАТКИ В НИЖЕГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ**

Кузнецова И.А., Январева И.А., Дождикова О.В., Обухов Л.Р., Юнусова Е.Э.82

**КОЛИЧЕСТВЕННЫЙ ПОДХОД В ДИАГНОСТИКЕ ГЕНИТАЛЬНОЙ
ПАПИЛЛОМАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ**

Кувейда Д.А., Шипулина О.Ю., Минкина Г.Н., Пиксасова О.84

**ВОЗМОЖНОСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ИНТРАЭПИТЕЛИАЛЬНЫМИ
ЦЕРВИКАЛЬНЫМИ НЕОПЛАЗИЯМИ**

Левицкий В.А., Гусарева Н.В., Яковенко Л.А., Буштырева И.О.85

**НЕОПУХОЛЕВЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ШЕЙКИ МАТКИ. РОЛЬ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ
ДИАГНОСТИКИ ПРИ ВЫБОРЕ МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ**

Лугуева А.Ю., Каухова Е.Н., Каухова А.А.86

**ОБОСНОВАНИЕ ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКИ ПАПИЛЛОМАВИРУСНОЙ
ИНФЕКЦИИ И РАКА ШЕЙКИ МАТКИ В СЕВЕРО-ЗАПАДНОМ РЕГИОНЕ
РОССИИ**

Лялина Л.В., Катквявичене Е.В., Бреус Е.И., Касаткин Е.В., Некрасова Н.В., Нильва
С.Е., Гарлоев Р.А., Меженина М.А., Вяткина Г.П., Завадская Т.Н.87

**СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ИССЛЕДОВАНИЯ БИОПТАТОВ
ШЕЙКИ МАТКИ ВЗЯТЫХ ТРАДИЦИОННЫМ И РАДИОХИРУРГИЧЕСКИМ
СПОСОБОМ**

Манухин И.Б., Минкина Г.Н., Франк Г.А., Симонова Т.В., Харлова О.Г.,
Кайтукова Е.Р., Царькова М.А., Томилов А.С..... 89

**ЛАЗЕРВАПОРИЗАЦИЯ ПЛОСКОЙ КОНДИЛОМЫ ШЕЙКИ МАТКИ В
СОЧЕТАНИИ С ИММУНОКОРРИГИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ ЛИКОПИДОМ**

Манухин И.Б., Высоцкий М.М., Харлова О.Г., Кайтукова Е.Р., Симонова Т.В..... 90

**СОВРЕМЕННАЯ МЕТОДИКА ЭКСТИРПАЦИИ КУЛЬТИ ШЕЙКИ МАТКИ
ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИМ ДОСТУПОМ И ПАТОЛОГИЯ ШЕЙКИ МАТКИ ПОСЛЕ
СУБТОТАЛЬНОЙ ГИСТЕРЭКТОМИИ**

Манухин И.Б., Высоцкий М.М., Харлова О.Г., Кайтукова Е.Р..... 91

**ОРГАНИЗАЦИЯ ДИСПАНСЕРНОГО УЧЕТА НА ПРИЕМЕ ПО ПАТОЛОГИИ
ШЕЙКИ МАТКИ**

Мингалёва Н.В..... 92

**ИЗУЧЕНИЕ ЧАСТОТЫ ПАТОЛОГИИ ШЕЙКИ МАТКИ В КРАСНОДАРСКОМ
КРАЕ**

Мингалёва Н.В..... 94

ЛАЗЕРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ АБСЦЕССА (КИСТЫ) БАРТОЛИНИЕВОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Минкевич К.В., Яковлев В.Г..... 95

ЛЕЧЕНИЕ ЭКТОПИИ ШЕЙКИ МАТКИ ПОЛУПРОВОДНИКОВЫМ ЛАЗЕРОМ

Минкевич К.В., Новиков Б.Н..... 96

**РЕПРОДУКТИВНАЯ ФУНКЦИЯ ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ ЦЕРВИКАЛЬНОЙ
ИНТРАЭПИТЕЛИАЛЬНОЙ НЕОПЛАЗИИ**

Минкина Г.Н., Фириченко С.В., Левченко Р.Г..... 97

**КОЛИЧЕСТВЕННОЕ ВПЧ-ТЕСТИРОВАНИЕ В ПОСТЛЕЧЕБНОМ
НАБЛЮДЕНИИ ПАЦИЕНТОК С ЦЕРВИКАЛЬНЫМИ
ИНТРАЭПИТЕЛИАЛЬНЫМИ НЕОПЛАЗИЯМИ ВЫСОКОЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ**

Минкина Г.Н., Гаврикова М.В., Шипулина О.Ю., Кувевда Д.А., Минкина О.В.,
Комарова Е.В..... 98

**ТЕЧЕНИЕ ПЕРИОДА ГЕСТАЦИИ У БЕРЕМЕННЫХ С ПЛАЦЕНТАРНОЙ
НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И ИНФЕКЦИЕЙ**

Михайлова О.И., Тютюнник В.Л..... 99

**ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЯ ШЕЙКИ МАТКИ У ЖЕНЩИН С
ЭНДОКРИННЫМИ ФОРМАМИ БЕСПЛОДИЯ**

Назаренко Е.Г., Прилепская В.Н., Роговская С.И.....101

**ТЕЧЕНИЕ ВПЧ-ИНФЕКЦИИ У ЖЕНЩИН С ПРИЗНАКАМИ ЦЕРВИКАЛЬНОЙ
ПАТОЛОГИИ**

Насонова В.С., Куевда Д.А., Новосёлова А.А.....102

ВИРУСНО-БАКТЕРИАЛЬНЫЕ ИНФЕКЦИИ И ПАТОЛОГИЯ ШЕЙКИ МАТКИ

Олина А.А.....104

**ЛЕЧЕНИЕ ЭКТОПИИ ШЕЙКИ МАТКИ, АССОЦИИРОВАННОЙ С ВИРУСОМ
ПАПИЛЛОМЫ ЧЕЛОВЕКА ВЫСОКООНКОГЕННОГО РИСКА, У МОЛОДЫХ
НЕРОЖАВШИХ ЖЕНЩИН**

Пальчик Е.А., Айвазова Д.С., Дуянова О.П., Котова С.Ф.....105

**ПАПИЛЛОМАВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ (ПВИ), КАК ФАКТОР
РЕПРОДУКТИВНОГО РИСКА**

Подзолкова Н.М., Кошель Е.Н., Созаева Л.Г., Скворцова М.Ю., Полетаев А.Б. .106

**ПРОФИЛАКТИКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ПРЕДРАКОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У
ЖЕНЩИН, КОТОРЫЕ ПЕРЕНЕСЛИ РОДЫ И ИНФИЦИРОВАННЫХ ВИРУСОМ
ПАПИЛЛОМЫ ЧЕЛОВЕКА**

Подольский В.В., Дербак А.В.....107

**ЛЕЧЕНИЕ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ПРОЦЕССОВ ШЕЙКИ МАТКИ С
ПРИМЕНЕНИЕМ АРГОНОПЛАЗМЕННОЙ АБЛАЦИИ**

Прилепская В.Н., Ледина А.В., Роговская С.И., Бебнева Т.Н.,
Межевитинова Е.А.....109

**НОВЫЕ СКРИНИНГОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ПРОФИЛАКТИКЕ РАКА ШЕЙКИ
МАТКИ**

Сухих.Г.Т., Прилепская В.Н.....110

**ЛЕЧЕНИЕ ПЛОСКОКЛЕТОЧНЫХ ИНТРАЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ ПОРАЖЕНИЙ
ШЕЙКИ МАТКИ НИЗКОЙ СТЕПЕНИ ПРЕПАРАТОМ ГЕНФЕРОН**

Прилепская В.Н., Роговская С.И., Бебнева Т.Н., Межевитинова Е.А.,
Голубенко А.И., Лебедева М.И.....111

**ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА ГАЛАВИТ ПРИ ДИСТРОФИЧЕСКИХ
ЗАБОЛЕВАНИЯХ ВУЛЬВЫ**

Прилепская В.Н., Костава М.Н., Быковская О.В.....113

РОЛЬ ИНФЕКЦИОННЫХ АГЕНТОВ В РАЗВИТИИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ПАТОЛОГИИ ШЕЙКИ МАТКИ У ЖЕНЩИН ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА Прокопьева Т.А., Горбунова Е.Е.....	116
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ АППАРАТА «ФОТЕК ЕА 141» В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ПРОЦЕССОВ ШЕЙКИ МАТКИ Роговская С.И., Бебнева Т.Н., Ледина А.В., Межевитинова Е.А., Прилепская В.Н.....	117
ВЫБОР ВРАЧЕБНОЙ ТАКТИКИ ПРИ CIN I Рудакова Е.Б., Лазарева О.В., Цыганкова О.Ю.....	119
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ФОТОДИНАМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ЛОКАЛИЗОВАННЫХ И РАСПРОСТРАНЕННЫХ ФОРМАХ ПАПИЛЛОМАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ ШЕЙКИ МАТКИ И ВЛАГАЛИЩА У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА Савинов И.П., Иванова Л.В., Волкова А.В.....	120
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ БАЛЬЗАМА «ПРОМЕД» ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЖЕНЩИН С ХРОНИЧЕСКИМИ ЦЕРВИЦИТАМИ Сандакова Е.А., Перевалов А.Я., Савельева И.В., Зимовина У.В.....	122
СОСТОЯНИЕ ШЕЙКИ МАТКИ У ВИЧ-ПОЗИТИВНЫХ ЖЕНЩИН ПОСЛЕ РОДОВ Свердлова Е.С., Дудакова В.Н., Дианова Т.В. Кулинич С.И.....	123
ФОРМИРОВАНИЕ ДИСПЛАЗИЙ ШЕЙКИ МАТКИ У ВИЧ-ПОЗИТИВНЫХ ЖЕНЩИН Свердлова Е.С., Василевская Л.А., Кулинич С.И.....	125
ПРОФИЛАКТИКА ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ АБОРТА Серова О.Ф., Краснопольский В.И., Мельник Т.Н.	126
ОПЫТ КЛИНИЧЕСКОГО ПРИМЕНЕНИЯ АБИДОЛА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАТОЛОГИИ ШЕЙКИ МАТКИ Симрок В.В., Бурмак Ю.Г., Бибик В.В.....	127
НОВЫЕ ОПТИКОЭЛЕКТРИЧЕСКИЕ МЕТОДИКИ В СКРИНИНГЕ ПРЕДРАКОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ШЕЙКИ МАТКИ Альберт Сингер.....	129

**ВПЧ-ТЕСТИРОВАНИЕ: ПРИМЕНЕНИЕ И КЛИНИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ В
СКРИНИНГЕ ЦЕРВИКАЛЬНОГО РАКА**

Альберт Сингер.....130

**ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ND-YAG ЛАЗЕРА В ЛЕЧЕНИИ ПАТОЛОГИИ ШЕЙКИ
МАТКИ**

Стародубцева С.В., Осин Л.А., Аполихина И.А.....131

**СОСТОЯНИЕ ЭПИТЕЛИЯ ШЕЙКИ МАТКИ У ЖЕНЩИН С
УРОГЕНИТАЛЬНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ НА ФОНЕ ПРИМЕНЕНИЯ
МОНОФАЗНЫХ КОНТРАЦЕПТИВНЫХ ПРЕПАРАТОВ**

Татарова Н.А., Фадина Ю.П., Мирзабалаева А.К.....132

**КОЛИЧЕСТВЕННАЯ ОЦЕНКА ДНК ВИРУСА ПАПИЛЛОМЫ ВЫСОКОГО
ОНКОГЕННОГО РИСКА У ПАЦИЕНТОК С ПАПИЛЛОМАВИРУСНОЙ
ИНФЕКЦИИ ШЕЙКИ МАТКИ**

Татарова Н.А., Троицкая О.Г.....134

**РАЦИОНАЛЬНАЯ АНТИМИКРОБНАЯ ТЕРАПИЯ ИНФЕКЦИЙ ГЕНИТАЛИЙ.
ВЗГЛЯД АНДРОЛОГА**

Тер-Аванесов Г.В., Сухих Г.Т., Анкирская А.С., Гаврилов Ю.А.....135

**ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ И ЛЕЧЕБНО-РЕАБИЛИТАЦИОННЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ
ПРИ ФОНОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ШЕЙКИ МАТКИ У ДЕВУШЕК-
ПОДРОСТКОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ПЕРВЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ АБОРТ**

Трубин В.Б., Трубина Т.Б., Красникова М.Б., Додонов А.Н.....136

**ОРГАНосоХРАНЯЮЩИЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ СОЧЕТАНИИ ПРОЛАПСА
ГЕНИТАЛИЙ С ФОНОВЫМИ И ПРЕДРАКОВЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ШЕЙКИ
МАТКИ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА**

Трубина Т.Б., Магафуров Р.Ф., Глебова Н.Н.....138

**ОРГАНосоХРАНЯЮЩИЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ СОЧЕТАНИИ ПРОЛАПСА
ГЕНИТАЛИЙ С ФОНОВЫМИ И ПРЕДРАКОВЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ШЕЙКИ
МАТКИ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА**

Трубина Т.Б., Магафуров Р.Ф., Глебова Н.Н.....140

**ВЛИЯНИЕ ПРЕДГРАВИДАРНОЙ ПОДГОТОВКИ НА ТЕЧЕНИЕ И ИСХОД
БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ ГЕНИТАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИИ**

Тютюнник В.Л., Михайлова О.И., Якунина Н.А.....142

ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ ЦЕРВИКАЛЬНЫХ ИНТРАЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ НЕОПЛАЗИЙ (CIN) У БЕРЕМЕННЫХ Урманчиева А.Ф.....	144
СОСТОЯНИЕ ЭНДОЦЕРВИКСА ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ВИДАХ КОНТРАЦЕПЦИИ Фардзинова Е.М., Безнощенко Г.Б., Безбородова М.М., Колотыгин С.К.....	145
ОСОБЕННОСТИ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ГЕНИТАЛЬНОГО ГЕРПЕСА Федорова Т.А., Рогачевский О.В., Михайлова О.И., Тютюнник В.Л.....	146
СКРИНИНГ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ У ПАЦИЕНТОК ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА Фролова И.И.....	148
ИССЛЕДОВАНИЕ ПРО- И АНТИАПОПТОЗНЫХ ФАКТОРОВ ПРИ ФОНОВЫХ И ПРЕДРАКОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ШЕЙКИ МАТКИ ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКИМ МЕТОДОМ Фролова И.И., Бабиченко И.И.....	151
СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ОЦЕНКЕ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ ШЕЙКИ МАТКИ В РЕГИОНЕ ВЫСОКОЙ РОЖДАЕМОСТИ Хайридинова Д.Б, Мухамадиева С.М.....	152
СТРУКТУРА ЗАБОЛЕВАНИЙ ШЕЙКИ МАТКИ У ЖЕНЩИН ПЕРИМENOПАЗУАЛЬНОГО ВОЗРАСТА Хайриддинова Д.А., Мирзобекова Б.Т., Чалова О.Д., Сафарова К.С.....	153
ВЛИЯНИЕ ПРОЛОНГИРОВАННОГО РЕЖИМА ПРИЕМА КОМБИНИРОВАННОГО ПЕРОРАЛЬНОГО КОНТРАЦЕПТИВА СОДЕРЖАЩЕГО 0,030МГ ЭТИНИЛЭСТРАДИОЛА И 0,150МГ ДЕЗОГЕСТРЕЛА НА ЦИТОЛОГИЧЕСКИЕ ПАРАМЕТРЫ ШЕЙКИ МАТКИ И СИСТЕМУ ГЕМОСТАЗА Прилепская В.Н., Чернышева Е.С.....	155
ВОЗМОЖНОСТИ ТЕПЛОВИЗИОННОЙ ДИАГНОСТИКИ ДИСПЛАСТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ ШЕЙКИ МАТКИ Чунихина Е.В., Богдасаров А.Ю.....	156
СОСТОЯНИЕ МАТОЧНОГО И ИНТРАОВАРИАЛЬНОГО КРОВОТОКОВ У ПАЦИЕНТОК С ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМИ НЕОПУХОЛЕВЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ВУЛЬВЫ Шарапова Л.Е., Чехонацкая М.Л., Сумовская А.Е., Яцко О.В., Рузмыкина Т.И....	158

ГЕНОТИПЫ ВПЧ В РАКЕ И ПРЕДРАКОВОЙ ПАТОЛОГИИ ШЕЙКИ МАТКИ

Шипулина О.Ю., Куевда Д.А., Насонова В.С., Минкина Г.Н., Киселева В.И.....159

**СИСТЕМНЫЙ ПОДХОД К ПРОВЕДЕНИЮ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ
МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ВПЧ-
АССОЦИИРОВАННЫМИ ДИСПЛАЗИЯМИ ШЕЙКИ МАТКИ ПРИ АКТИВНОМ
МЕТОДЕ ВЕДЕНИЯ**

Шмак К.И.....161

**ИММУНОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ ГАЛАВИТА В КОМПЛЕКСНОМ
ЛЕЧЕНИИ ПАПИЛЛОМАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ**

Щербань М.Р., Галустян С.А., Ханферян Р.А.....162