

УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ПРОФИЛАКТИКИ И ДИАГНОСТИКИ ЦЕРВИЦИТА У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Адизова З.О.

Аманбоева Ф.Б.

д.м.н.Ан А.В.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

<https://doi.org/10.5281/zenodo.14065631>

Среди гинекологических заболеваний у женщин репродуктивного возраста патология шейки матки составляет от 10% до 15% , из них на долю фоновых заболеваний приходится до 85% [1].

Данные заболевания представляют собой риск развития предраковых изменений и рака шейки матки. Доказано, что предрак, а в последующем и рак шейки матки формируются на фоне доброкачественных (неопухолевых) нарушений многослойного плоского эпителия .

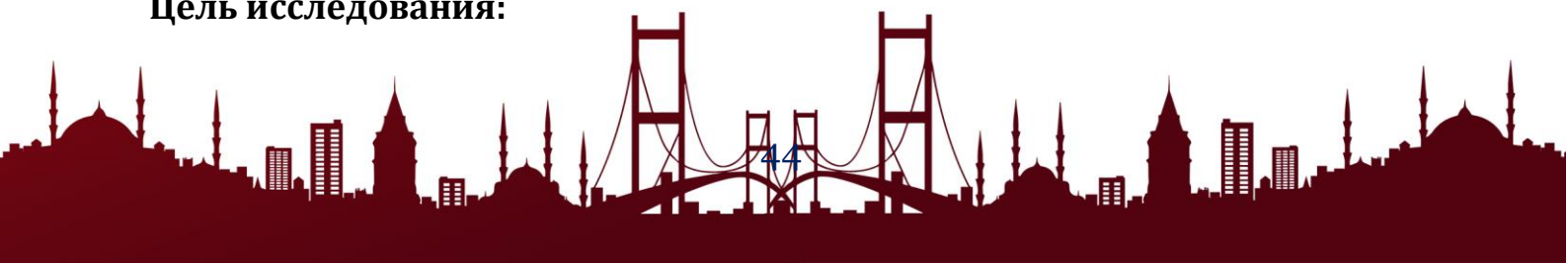
В настоящее время рак шейки матки продолжает занимать первое место среди женской смертности от рака .

Данные литературы свидетельствуют о том, что снижение заболеваемости раком шейки матки в основном происходит за счет старших возрастных групп, а среди женщин до 45 лет отмечается тревожная тенденция к ее повышению [4].

В связи с этим раннее выявление фоновых заболеваний шейки матки у женщин репродуктивного возраста, адекватное лечение выявленной патологии являются действенной профилактикой предрака и рака шейки матки [3]. В возникновении фоновых заболеваний шейки матки важную роль играет травматический фактор . Так, травмирование шейки матки во время родов (аборта), с последующей ее деформацией является причиной повреждения в ней физиологического барьера. Слизь (так называемая пробка Кристеллера) в цервикальном канале не удерживается, что сопровождается снижением местного иммунитета и проникновению инфекции [7, 11]. Также родовая (абортная) травма шейки матки ведет к нарушению иннервации, рецепции и трофики органа .

На фоне рубцовой деформации шейки матки и эктропиона часто формируются лейкоплакия и цервикальная интраэпителиальная дисплазия, представляющие высокий риск возникновения рака шейки матки .

Цель исследования:



Изучение диагностики и профилактики цервицита у женщин репродуктивного возраста и улучшение качества их жизни.

Настоящее клиническое исследование выполнялось на базе женских консультаций «Поликлиника№ 44» , «ГРК №5 » . В соответствии с поставленными в работе целью и задачами была разработана программа исследований, предусматривающая проведение клинической, лабораторной диагностики и математической обработки полученных результатов. Исследования у здоровых женщин и пациенток с патологией шейки матки выполнены с их информированного согласия, соответствовали этическим принципам, предъявляемым Хельсинской декларацией Всемирной Медицинской Ассоциации (World Medical Assotiation Declaration of Helsingki, 2000).

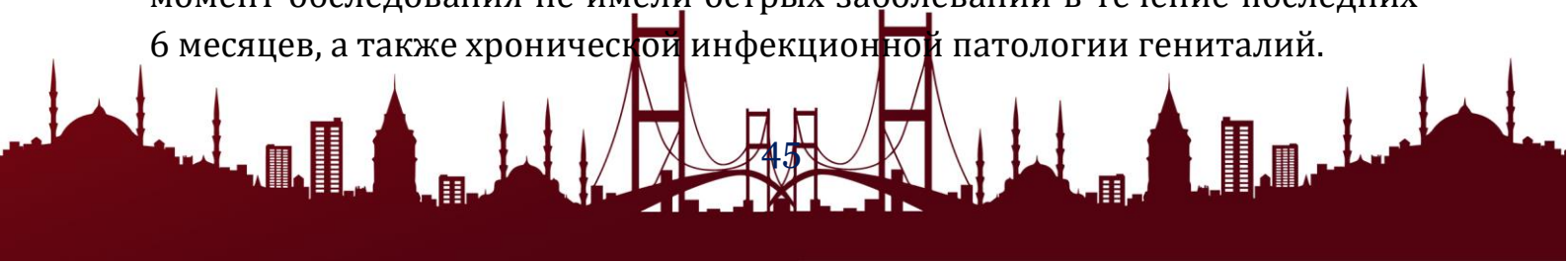
Материалы и методы

Для решения поставленных задач было проведено комплексное клиниколабораторное обследование женщин в возрасте от 25 до 44 лет, которые были разделены на три клинические группы: сравнения, основную и контрольную. В качестве основного методического подхода использован метод направленного отбора.

В группу сравнения включено 30 пациенток с хроническим неспецифическим цервицитом, получавших лечение по общепринятой методике лечения данной патологии. Основную группу составили 67 пациенток с хроническим неспецифическим цервицитом, которым применялась иммунокорригирующая (Полиоксидоний) и витаминно-метаболическая (Витамин В комплекс) терапия. Для более точного изучения комплексного лечения хронического неспецифического цервицита пациентки основной группы были разделены на три подгруппы.

В первой подгруппе (n=21) использовался комбинированный препарат Витамин В комплекс , во второй (n=22) проводилась иммунокоррекция препаратом Полиоксидоний, в третьей (n=24) применялись Витамин В комплекс и Полиоксидоний.

Для оценки локального иммунного статуса здоровых женщин в исследование включены результаты обследования 22 практически здоровых женщин (контрольная группа) того же возраста без патологии шейки матки в настоящее время. Женщины контрольной группы на момент обследования не имели острых заболеваний в течение последних 6 месяцев, а также хронической инфекционной патологии гениталий.



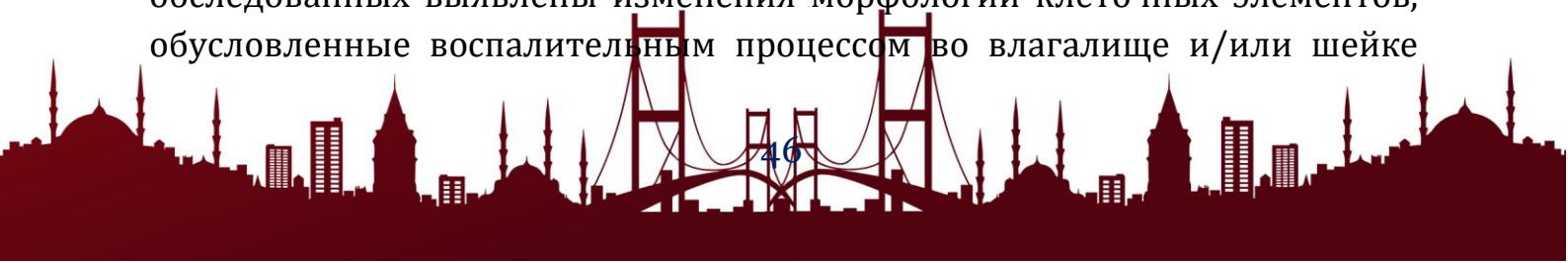
Клиническое обследование включало изучение анамнеза (длительность и частота обострений, проведенные методы лечения), перенесенные общие и гинекологические заболевания, менструальную функцию, количество и исход имевшихся беременностей, наличие в анамнезе оперативных вмешательств на шейке матки. Всем пациенткам проводили общеклинические лабораторные исследования в соответствии с существующими стандартами оказания гинекологической помощи в условиях женской консультации.

1. Высокая частота генитальной инфекции в анамнезе влияет на состояние слизистой оболочки женских половых путей, в частности шейки матки и может служить одной из причин изменения локальной иммунореактивности.

Подавляющее большинство обследованных женщин (95,5% в основной группе и 96,7% в группе сравнения) жили регулярной половой жизнью. Средний возраст полового дебюта в основной группе обследованных женщин составил $18,9 \pm 0,26$ лет, в группе сравнения - $18,5 \pm 0,21$ лет, в группе контроля - $19,6 \pm 0,43$ лет. Касаясь значимости возраста полового дебюта в этиологии воспалительных заболеваний гениталий, следует отметить, что примерно половина пациенток основной группы (47,8%) и группы сравнения (46,7%) начали половую жизнь до 18 лет.

Основными жалобами пациенток обеих групп были периодические или постоянные выделения из половых путей, чувство дискомфорта или жжения в области наружных половых органов. При первичном обращении жалобы предъявляли 36 (53,7%) женщин в основной группе и 17 (56,7%) — в группе сравнения. Важно отметить, что 31 (46,3%) пациентка в основной группе и 13 (43,3%) - в группе сравнения не испытывали дискомфорта со стороны урогенитального тракта и обратились с целью профилактического осмотра. Они не считали себя больными и расценивали свое состояние как вариант нормы. Однако при тщательном детальном опросе этих женщин удалось выявить наличие жалоб на умеренные выделения, дискомфорт во влагалище, диспареунию. Данное наблюдение доказывает необходимость профилактических осмотров и тщательного детального опроса пациенток для своевременного выявления патологии.

В результате цитологического скрининга установлено, что у большинства обследованных выявлены изменения морфологии клеточных элементов, обусловленные воспалительным процессом во влагалище и/или шейке



матки, соответствующие II классу мазка согласно классификации Папаниколау или незначительным клеточным изменениям, согласно Бетесда-системе. Цитологическая картина, соответствующая III классу мазка (единичные клетки с аномалиями цитоплазмы и ядер), IV классу (наличие отдельных клеток с явными признаками злокачественности) и V классу (большое число раковых клеток) не была выявлена ни у одной пациентки.

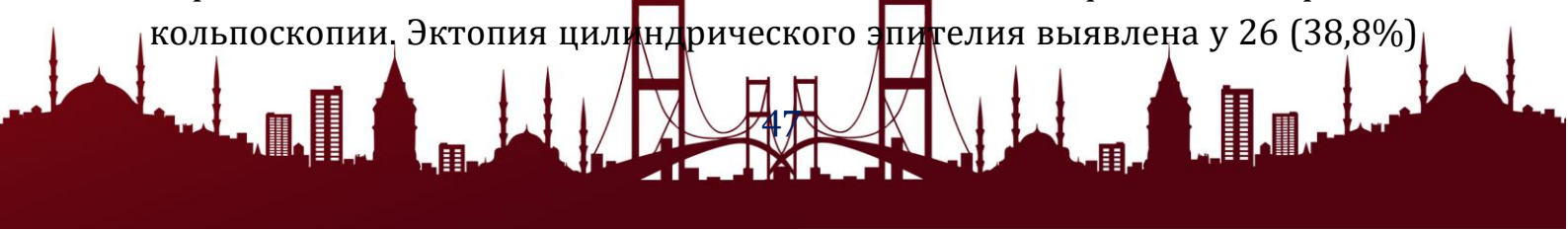
Нормальная цитологическая картина (I класс мазка) обнаружена у 25 (37,3%) женщин основной группы, у 10 (33,3%) - группы сравнения и у всех пациенток (100%) контрольной группы. Воспалительная цитологическая картина (II класс мазка) обнаружена у 42 (62,7%) пациенток основной группы, у 30 (66,6%) - группы сравнения. Данные цитограммы характеризовались наличием обильной кокковой флоры. Эпителий был представлен значительным числом клеток поверхностного и промежуточного слоев эпителия. Следует отметить, что при недостаточно выраженном воспалении шейки матки цитологическая картина мазка может не отличаться от таковой при норме. При сопоставлении результатов цитологического и бактериоскопического исследований у пациенток с умеренным лейкоцитозом цитологическая картина соответствовала I классу мазка по классификации Папаниколау.

Таблица 1. Культуры микроорганизмов, выделенных из цервикального канала пациенток второй подгруппы

Микроорганизмы	Здоровые (n=22)	до лечения (n=22)	после лечения (n=22)
Mycoplasma spp.	0	13 (59,1%)	0
Staphylococcus spp.	0	10 (44,4%)	0
Gardnerella vaginalis	1 (4,5%) 10 ¹	4 (18,2%)	0
Streptococcus spp.	2 (9,1%) 10 ¹	3 (13,6%)	2 (9,5%)
Enterococcus spp.	0	2 (9,1%)	1 (4,8%)
Corynebacterium spp.	1 (4,5%)	1 (4,5%)	1 (4,8%)
Candida albicans	0	1 (4,5%)	0
Не было выявлено	19 (86,4%)	0	18 (85,7%)

Таким образом, по результатам цитологического скрининга можно поставить лишь предварительный диагноз, так как исследуются только изолированные клетки, часто не связанные в единый комплекс и взятые с поверхностных отделов патологически измененных участков [48].

Первым этапом обследования пациенток являлось проведение простой кольпоскопии. Эктопия цилиндрического эпителия выявлена у 26 (38,8%)



пациенток основной группы и 12 (40%) - группы сравнения. Нарушение архитектоники органа в виде эктропиона и/или рубцовой деформации отмечено у 4 (6,0%) пациенток основной группы и 2 (6,6%) - группы сравнения. Гипертрофия шейки матки диагностирована у 18 (26,9%) пациенток основной группы и 8 (26,6%) - группы сравнения, причем гипертрофия шейки матки в сочетании с рубцовой деформацией отмечена у 4 (6,0%) пациенток основной группы и 2 (6,6%) — группы сравнения. Выявленная гипертрофия шейки матки была расценена как признак длительно текущего хронического воспалительного процесса. Таким образом, наличие эктопии цилиндрического эпителия, изменение нормального анатомического строения шейки матки являются ключевым моментом, предрасполагающим к возникновению хронических воспалительных заболеваний шейки матки.

При проведении расширенной кольпоскопии у пациенток с хроническим неспецифическим цервицитом выявлена неудовлетворительная кольпоскопия (стык эпителиев невозможно визуализировать) в связи с диффузной или очаговой гиперемией и отечностью экзоцервикса, а также наличия рубцовой деформации шейки матки. Открытые протоки желез визуализировались у 37 (55,2%) пациенток основной группы и 19 (63,3%) - группы сравнения. При проведении кольпоскопии наблюдалось выделение воспалительного секрета серозного характера из протоков открытых желез. Следует отметить, что наличие открытых желез в области переходной зоны указывает на длительность патологического процесса [8]. У подавляющего большинства обследованных пациенток на поверхности шейки матки визуализировались единичные или множественные кистозные образования с воспалительным секретом (закрытые протоки желез), так называемые *ovulae nabothi* величиной от 0,1 до 0,8 мм в диаметре. Наличие ретенционных (наботовых) кист было оценено как одно из проявлений хронического воспалительного процесса в связи с нарушением естественного процесса регенерации. Такие образования обнаружены у 50 (74,6%) пациенток основной группы и 22 (73,3%) пациенток группы сравнения. Следует отметить, что наличие закрытых желез в области переходной зоны также указывает на длительность патологического процесса [8].

При микроскопическом исследовании влагалищного секрета отмечалось значительное снижение нормальной лактобациллярной флоры, обилие



условнопатогенной флоры. Соотношение эпителиальных клеток и лейкоцитов во влагалищном мазке составило в среднем 1:3, при норме 1:1. Таким образом, наличие дисбиоза и воспалительных заболеваний влагалища являются наиболее значимыми факторами риска возникновения эндо- и экзоцервицита, а также способствуют нарушению иммунологического гомеостаза и развитию вторичного иммунодефицитного состояния на локальном уровне. Такие нарушения запускают самоподдерживающееся вялотекущее воспаление шейки матки, приводящее к формированию морфологических изменений как на поверхности, так и в ее толще. Проведенное цитоморфологическое исследование выявило отсутствие изменений в структуре многослойного плоского эпителия у пациенток основной группы, тогда как у 16,7% пациенток группы сравнения сохранялись дистрофические изменения.

Вывод. Комплексное лечение хронического неспецифического цервицита с использованием иммуномодулятора «Полиоксидоний» и Витамин В комплекс позволило восстановить локальный иммунный дисбаланс, сократить в 1,4 раза длительность антибактериальной терапии, сократить в 1,8 раза сроки амбулаторного лечения шейки матки и тем самым сохранить репродуктивное здоровье женщин.

Список литературы:

- 1.Абуд, И.Ю. Микоплазменная инфекция уrogenитального тракта / И.Ю. Абуд // Заболевания шейки матки, влагалища и вульвы: Клинические лекции / Под. ред. проф. В.Н. Прилепской. - 4-е изд. - М.: МЕДпресс-информ, 2018. — С. 294-303.
- 2.Агаджанян, Н.А. Экология человека и концепция выживания / Н.А. Агаджанян, А.И. Воложин, Е.В. Евстафьева. - М.: ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ, -240 с.
- 3.Альтернативные подходы к терапии уrogenитальных заболеваний с целью сохранения репродуктивного здоровья: Метод, рекомендации для врачей-клиницистов / СПб; Сост.: С.Б. Рыбалкин, А.К. Мирзабаева. - СПб, 2022. - С. 37-42.
- 4.Баггиш, М. Кольпоскопия. Атлас-справочник / Пер. с англ, к.м.н. В.М. Нечушкиной. — М.: Практика, 2022. - 340 с.
- 5.Базелишина, Е.Ю. Эффективность применения радиоволновой хирургии в лечении патологии шейки матки: Автореф. дис...канд. мед. наук / Е.Ю. Базелишина. - Благовещенск, 2021. — 21 с.



6. Байрамова, Г.Р. Бактериальный вагиноз / Г.Р. Байрамова // Поликлиническая гинекология / Под ред. проф. В.Н. Прилепской. — 2-е изд., доп. - М.: МЕДпресс-информ, 2023. - С. 126-135.
7. Байрамова, Г.Р. Диагностика и лечение экзо- и эндоцервицитов / Г.Р. Байрамова // Заболевания шейки матки, влагалища и вульвы: Клинические лекции / Под. ред. проф. В.Н. Прилепской. - 4-е изд. - М.: МЕДпресс-информ, 2019. - С. 201-212.
8. Бауэр, Г. Цветной атлас по кольпоскопии / Пер. с нем.: Под. ред. С.И. Роговской.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020. — 288 с.

