

ЭТИОПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПСЕВДОЭРОЗИЙ ШЕЙКИ МАТКИ

**Статья посвящена
рассмотрению вопросов
этиологии и патогенеза
псевдоэрозий шейки матки.**

Псевдоэрозии шейки матки занимают одно из ведущих мест в структуре гинекологической заболеваемости [2, 3]. Актуальность изучения данной патологии обусловлена не только высокой частотой и развитием ее у женщин молодого возраста, но и недостаточной эффективностью существующих методов лечения [1, 3]. Этиология и патогенез псевдоэрозий шейки матки до сих пор до конца неясны, несмотря на большое количество исследований по данной проблеме. При этом ведущими этиопатогенетическими факторами считают наличие воспаления, нарушение баланса половых гормонов, перенесенные травмы шейки матки. Своевременная диагностика и адекватная терапия псевдоэрозий шейки матки являются важнейшими элементами профилактики дисплазии и рака шейки матки.

Целью настоящего исследования явилась разработка патогенетически обоснованных мер профилактики злокачественного процесса влагалищной части шейки матки у пациенток с псевдоэрозиями путем изучения эпидемиологии данной патологии, особенностей микробиоценоза влагалища и шейки матки, особенностей гормонального профиля больных, оценки роли травматического фактора в генезе заболевания в различные возрастные периоды жизни женщин с дальнейшей разработкой принципиальных подходов к оптимизации лечения.

Проведено клинико-лабораторное обследование 178 больных с псевдоэрозиями шейки матки, включающее комплексное гинекологическое обследование по общепринятой методике, бактериоскопическое и бактериологическое ис-

следование содержимого цервикального канала и влагалища, обследование по тестам функциональной диагностики, кольпоскопию, онкоцитологию, иммунологические и молекулярно-биологические (ПЦР) методы для определения инфекций, передающихся половым путем, гистологическое исследование биоптатов шейки матки.

Возраст наблюдаемых колебался от 14 до 44 лет (см. таблицу).

Из заболеваний, перенесенных ранее, на первом месте были частые ОРВИ, которые отмечались у 134 (75,3%) женщин, на втором - хронические заболевания ЛОР-органов - у 89 человек (50,0%), на третьем - хронические заболевания мочевыводящих путей - у 59 больных (33,1%). Возраст появления менархе у большинства был от 12 до 16 лет. У 28 (15,7%) больных имело место позднее начало менструаций.

Нарушения менструальной функции отмечали 96 больных (53,9%). При этом первичная аменорея отмечалась у 4 (2,2%), гипоменструальный синдром - у 48 (26,9%), гиперполименорея - у 17 (9,6%), альгодисменорея - у 75 (42,1%) женщин.

Что касается репродуктивной функции, то однократные роды и аборт отмечались у 63 больной (35,4%), отсутствие беременности - у 54 (30,3%), аборт при отсутствии родов - у 20 (11,2%), однократные роды при отсутствии абортов - у 18 (10,0%), многократные роды и аборт - у 15 (8,4%), многократные роды при отсутствии абортов - у 8 (4,5%).

Разрывы шейки матки в родах у 30,9% женщин.

Из гинекологических заболеваний аднексит перенесли 28 (15,7%) обследованных, эндометрит - 9

Распределение больных с псевдоэрозиями шейки матки по возрасту

Возраст больных	Абсолютное количество	%
14-20 лет	39	21,9
21-25 лет	79	44,4
26-35 лет	35	19,7
35-44 года	25	14,0
В С Е Г О :	178	100

(5,1%), мелкокистозная дегенерация яичников отмечалась у 16 (8,4%) больных.

Генитальный хламидиоз, кандидоз, бактериальный вагиноз в анамнезе отмечала каждая третья больная, трихомониаз - каждая шестая.

Ранее лечились по поводу фонозных заболеваний шейки матки 48 женщин, при этом у 75,8% (135 чел.) отмечен рецидив заболевания. Возраст этих больных был, в основном, от 25 до 35 лет.

Таким образом, анализ данных анамнеза свидетельствует о том, что патология шейки матки встречается у женщин всех возрастных групп, но чаще впервые возникает в возрасте до 25 лет. Рецидив же заболевания наступает, как правило, у женщин после 30 лет. Причем крайне высокий процент рецидивов свидетельствует о том, что используемые сегодня методы лечения являются недостаточно эффективными.

Большинство больных имели высокий инфекционный индекс. Около половины обследованных отмечали нарушения менструальной функции. Наличие аборт или родов в анамнезе значительно увеличивает риск возникновения псевдоэрозий вне зависимости от их количества.

При объективном обследовании с осмотром шейки матки в зеркалах, кольпоскопией и патоморфологическим исследованием биоптатов шейки матки у 70 (39,3%) больных выявлена железистая, у 40 (22,5%) - железисто-папиллярная, у 68 (38,2%) - фолликулярная псевдоэрозия. У 54 (27,0%) отмечалась железисто-мышечная гиперплазия шейки матки. Эндо-

цервицит и кольпит выявлены у 143 (80,3%) женщин. Рубцовая деформация шейки матки диагностирована у 48 (26,9%) обследованных. Цитограмма I типа была отмечена у 95 женщин (53,3%), II типа - у 90 (50,5%).

При цервикоскопии более чем у каждой третьей больной выявлена патология цервикального канала - железистые и железисто-фиброзные полипы - у 15 (8,4%), эндометриоз - у 13 (7,3%), гиперплазия слизистой - у 4 (2,2%), деформация - у 53 (29,8%) обследованных. Все деформации выявлены у женщин, имеющих в анамнезе роды или самопроизвольные поздние выкидыши.

Сопутствующие гинекологические заболевания (внутренний эндометриоз, миома тела матки, воспаление придатков, гиперпластические процессы эндометрия) выявлены у 64,6% обследованных.

По данным бактериоскопического и бактериологического исследований содержимого влагалища и шейки матки, а также результатам иммунологических и иммунобиологических тестов на выявление инфекций, передающихся половым путем, у больных выявлялась полимикробная флора с преобладанием условно-патогенных микроорганизмов. Ассоциации микроорганизмов определялись в 84,8% случаев.

Наиболее часто выявляли условно-патогенную микрофлору - у 78,6% больных (78,5%), гарднереллы - у 44,9 (45,8%), дрожжеподобные грибы - у 37,6 (38%). Лактобактерии определялись лишь у 11,3% (12%) женщин.

Из патогенной микрофлоры хламидии определялись у 44,9%,

уреаплазмы - у 21,9%, трихомонады - у 20,8%, вирус простого герпеса - у 20,2%, цитомегаловирус - у 18,5% обследованных.

При этом у больных при отсутствии деформации шейки матки, как правило, отмечалось сочетание условно-патогенной микрофлоры с патогенной и отсутствие лактобактерий, а при ее наличии - у каждой третьей женщины выявляли условно-патогенную микрофлору с лактобактериями.

По данным результатов гормональной кольпоцитологии, у 34,8% обследованных выявлена гипоестрогения, у 25,3% - повышенное содержание эстрогенов, у 39,9% - нормальная эстрогенная насыщенность. Исследование уровня половых гормонов у 26 больных подтвердило выявленные соотношения.

Среди женщин с нормоэстрогенией преобладали молодые до 20 лет, с гипоестрогенией большинство больных были в возрасте от 20 до 30 лет, а с гиперэстрогенией, как правило, старше 35 лет.

Базальную температуру измеряли у 35 больных. У женщин с недостаточным эстрогенным фоном в 75% случаев кривая была однофазной (9 больных), а с избыточным - в 33% (3 больных). Недостаточность лютеиновой фазы наблюдалась в 2,5 раза чаще, чем у обследованных с нормальным уровнем эстрогенных гормонов.

У 9,3% (56 чел.) обследованных с были выявлены эндоцервицит и кольпит, причем около половины из них страдали генитальным кандидозом. У женщин с высокой эстрогенной насыщенностью

воспаление в цервикальном канале и влагалище отмечено в 48,9% случаев (22 чел.), а при исследовании микробиоценоза влагалища и шейки матки в каждом третьем случае обнаружены хламидии.

Таким образом, в генезе псевдоэрозий шейки матки значительная роль принадлежит инфекционному, гормональному и травматическому факторам. Инфекция во влагалище и шейке матки выявлена у 80,3% больных, нарушение баланса половых гормонов - у 60,1%, причем у 34,8% мы выявили гипоэстрогению и лишь у 25,3% - гиперэстрогению. Деформация шейки матки определялась у 29,8% больных. Почти у половины обследованных отмечалось сочетание нескольких факторов.

Анализ полученных данных позволил выделить группы больных с преобладанием тех или иных этиопатогенетических факторов.

У молодых женщин до 20 лет (44 чел.) во всех случаях отмечалось наличие воспалительных процессов влагалища и шейки матки. Нарушения менструальной функции отмечались только у каждой пятой больной. Комплексная противовоспалительная терапия с коррекцией местного иммунитета и повышением неспецифической реактивности организма у этой группы больных приводила к стойкому положительному результату, отмеченному у 37 больных, которым не проводилось другого лечения (диатермокоагуляция, криодеструкция), что особо важно у нерожавших женщин.

У женщин 21-25 лет (79 чел.) чаще отмечалось сочетание гипоэстрогении с воспалительными процессами влагалища и шейки матки. Отмечена связь начала заболевания шейки матки с первым абортom, после которого у 92% выявлена гипоэстрогения, что, вероятно, связано с нарушением рецепции половых гормонов тканями шейки матки и угнетением функции яичников, что необходимо учитывать при профилактике фоновых и предраковых заболеваний шейки матки. У этой группы боль-

ных проводили комплексную терапию, сочетающую противовоспалительное лечение и нормализацию менструальной функции. Семи больным после комплексного противовоспалительного лечения и нормализации местного иммунитета проведено лечение солковагином на фоне гормональной коррекции менструального цикла.

В возрасте 25-35 лет (40 чел.) чаще наблюдали сочетание травматического и воспалительного факторов, причем при наличии рубцовой деформации шейки матки псевдоэрозию диагностировали даже при наличии лактобацилл и условно-патогенной микрофлоры. У женщин этой возрастной группы в 2/3 случаев наблюдали рецидив псевдоэрозии после предыдущего лечения.

Добиться стойкого положительного результата у больных этой группы позволила хирургическая коррекция шейки матки с пред- и послеоперационным комплексным противовоспалительным лечением.

У больных старше 35 лет (25 чел.) с псевдоэрозиями основным этиопатогенетическим фактором явилась гиперэстрогения (у 23 больных), коррекцию которой проводили одновременно с воздействием на патологический очаг.

Полученные результаты свидетельствуют о различных этиопатогенетических механизмах развития псевдоэрозий шейки матки у женщин разных возрастных групп, учет которых необходим для разработки оптимальных методов лечения, включающих не только воздействие на патологический очаг, но и коррекцию микробиоценоза влагалища и гормонального статуса больных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Прилепская В.Н., Фокина Т.А. Фоновые заболевания шейки матки: патогенез, диагностика, лечение // Акушерство и гинекология. - 1990. - № 6. - С. 12-15.

2. Прилепская В.Н. Эктопия и эрозия шейки матки // В кн. : Заболевания шейки матки (клинические лекции) / Под ред. В.Н.Прилепской. - М.: Медиа сфера, 1977. - С. 9-12.

3. Рудакова Е.Б. Псевдоэрозия шейки матки (клиника, диагностика и лечение). Автореф. дис... докт. мед. наук. - М., 1996. - 42 с.