вития миомы матки являются воспалительные очаги в миометрии, механические повреждения и аденомиоз.

Эффективность терапии миом матки при величине узлов до 10—12 мм современными антибактериальными средствами с иммунокорригирующим эффектом в сочетании с неместраном по 2,5 мг × 2 раза в неделю в течение 6 месяцев, следует считать высокой. Для достижения терапевтического эффекта неместрана необходимо максимально раннее начало лечения. При оперативном лечении миом, — где показаниями были большие размеры узла, бесплодие, невынашивание, кровотечения, сочетания с опухолями яичников, — в послеоперационном периоде и до операции необходимо проведение антибактериальной, иммуномодулирующей и гормональной терапии.

ЛИТЕРАТУРА

1. В. Н. Серов, А. Л. Тихомиров. Проблемы эндокринологии в акушерстве и гинекологии. Материалы II съезда России ассоциации врачей акушеров-гинекологов. Академия, 1997 г., стр. 99—101.

2. А. Л. Тихомиров. Профилактика миомы матки при инвазивных вмешательствах с применением рулида. Клиническая фармакология, 1997 г., № 2.

УДК 618.3—06:618.146—022

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЖЕНЩИН С ПСЕВДОЭРОЗИЕЙ ШЕЙКИ МАТКИ. ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ

Г. Д. Кузьминова, В. Н. Хаютин, Е. С. Ворошилина, Ю. А. Пушкарева

Уральская медицинская академия, г. Екатеринбург

Псевдоэрозия шейки матки — это одно из наиболее часто встречающихся в настоящее время фоновых заболеваний. Псевдоэрозии встречаются у 38,8% женского населения, в 54,2% случаев выявляются в группе молодых женщин до 25 лет (2). Несмотря на многочисленные исследования в вопросах этиологии, патогенеза и лечения псевдоэрозий до настоящего времени имеется много спорных моментов.

В этиологии псевдоэрозий наряду с теорией гормональных нарушений широкое распространение имеет теория воспалительного происхождения данной патологии. Воспалительные процессы шейки матки создают неблагоприятный фон для течения псевдоэрозий, способствуют присоединению лейкоплакии, дисплазии. Актуальность проблемы определяется и тем, что в последние годы на фоне снижения общей заболеваемости раком шейки матки возросла частота данной патологии у женщин молодого возраста. Это,

как правило, связано с недостаточно ранней диагностикой и неадекватным лечением фоновых и предраковых заболеваний.

Современные методы диагностики (кольпоскопия, цитологическое и гистологическое исследование, идентификация микробного фактора), возможные к применению в клинической практике, позволяют быстро и качественно провести диагностический процесс с тем, чтобы выявить особенности течения псевдоэрозий и в дальнейшем адекватно подобрать метод терапии. В связи с вышеизложенным целью данной работы явилось изучение клинической характеристики женщин молодого возраста, обратившихся для лечения псевдоэрозий шейки матки, и разработка дифференцированного подхода к терапии данной патологии.

Материалы и методы исследования

Из 250 пролеченных женщин молодого возраста методом случайной выборки для подробного анализа мы выделили группу, состоящую из 40 человек. Разделили их на две подгруппы: первую составили 24 женщины, у которых в процессе обследования выявлены инфекции, передающиеся половым путем (ИППП), а также с явлениями бактериального вагиноза; вторую подгруппу составили 16 женщин, у которых ИППП не обнаружены.

Группы сравнимы по возрасту. Большинство наблюдаемых женщин были в возрасте от 21 до 30 лет. Средний возраст составил 23,52±1,3 года. Анализировались данные анамнеза: состояние менструальной и репродуктивной функций, перенесенные гинекологические заболевания; проводился общий и гинекологический осмотр, расширенная кольпоскопия; цитологическое, гистологическое исследование патологической ткани; обследование на основные виды сексуально-трансмиссивных инфекций. При изучении мазков 2 локализаций учитывалось количество лейкоцитов как проявление местной воспалительной реакции, количество эпиталиальных клеток, количество и состав микрофлоры; оценивались признаки бактериального вагиноза.

С помощью полимеразной цепной реакции, позволяющей выявить возбудителя по единичным ДНК и даже единичным фрагментам ДНК в материале, идентифицировались следующие микроорганизмы: хламидии, микоплазмы, уреаплазмы, вирус простого герпеса-2, гонококки.

Результаты исследования

Репродуктивная функция пациенток представлена следующим образом. Общее количество беременностей 36. В I группе не имели беременностей 11 женщин — 45,8%; во II группе — 7 женщин — 43,75%. Остальные имели от 1 до 7 беременностей, причем 10 жен-

щин — только роды (1—2), 8 женщин — только медицинские аборты (от 1 до 3), 4 женщины — сочетание родов и абортов и 4 женщины — медицинские аборты и самопроизвольные выкидыши (1) в сроке до 12 недель беременности.

Таким образом, нарушение репродуктивной функции в виде самопроизвольных выкидышей имело место у 4 женщин (10%); 16 женщин (40%) прибегали к искусственному прерыванию беременности. Из них 8 (20%) прервали первую беременность. Анализ гинекологической заболеваемости (табл. 1) выявил, что только небольшая группа женщин не имела предшествующей патологии: 25% женщин I группы и 14,40% женщин II группы. В структуре заболеваемости преобладали воспалительные процессы: хронические воспаления придатков, хронический цервицит, перенесенные сексуально-трансмиссивные инфекции: 70,83% в I группе и 37,57% во II группе. Из других заболеваний встретились: нарушение менструальной функции (НМФ) в 16,67% и 12,5% случаев соответственно, бесплодие, полипы цервикального канала, миомы матки. В I группе — на фоне ИППП в 20,83% случаев имел место рецидив псевдоэрозий шейки матки.

Таблица 1

Гинекологическая заболеваемость в группах женщин с псевдоэрозией шейки матки

Заболевание	I группа		II группа	
	кол-во	%	кол-во	%
Нет патологии	6	25,00	9	14,40
Хронические воспалительные процессы придатков	5	20,83	2	12,50
Хламидиоз	3	12,50	3	18,75
Хронический цервицит	9	37,50	1	6,25
Бактериальный вагиноз	1	4,16	1	6,25
Бесплодие	1	4,16	1	6,25
Рубцовая деформация шейки матки	1	4,16	—	—
Миома матки	1	4,16	—	—
Нарушения менструальной функции	4	16,67	2	12,5
Полип цервикального канала	1	4,16	1	6,15
Рецидив псевдоэрозии	5	20,83	1	6,25

В общей оценке микробного пейзажа обращает на себя внимание снижение местной реактивности. При наличии самой разнообразной микрофлоры количество лейкоцитов (в мазках 2 локализаций) не превышает 40 в п/зрения в 2 случаях (3—5%). В 16 случаях (40%) количество лейкоцитов от 0 до 10; в остальных случаях 10—20 в поле зрения.

Из сексуально-трансмиссивных инфекций нами идентифицировались следующие микроорганизмы: Chlamidia trachomatis, Ureaplasma urealeticus mycoplasma hominis, ВПГ-2, а также дрожжевые грибы, трихомонады и гонококки.

Согласно особенностям выделенных клинических групп во II группу вошли 16 женщин, не имеющих ИППП, тем не менее нормальную микрофлору влагалищного содержимого из них имели только 7 пациенток (43,75%); у 6 женщин (37,50%) обнаружены обильно дрожжевые грибы, у 3 (18,75%) пациенток имела место обильная кокковая флора.

В группе женщин с ИППП (I группа) также высока распространенность грибковой флоры — 11 человек (45,83%). Из других инфекций широко распространены хламидиоз — 10 женщин (41,67%), ВПГ-2 — 10 женщин (41,67%), уреаплазма — 10 женщин (41,67%); несколько реже встретились микоплазмы — 5 женщин (20,83%). В обследованных группах не выявлены трихомонады и гонококки. Широко распространены ассоциации микроорганизмов. У 9 человек (37,5%) микроорганизмы встречались в виде моноинфекции, в остальных случаях имело место сочетание 2, 3, 4 микроорганизмов сексуально-трансмиссивных путей передачи.

Наиболее часто встретились сочетания: хламидиоз + уреаплазмоз; хламидиоз + уреаплазмоз + ВПГ-2; у 10 женщин (41,67%) этой группы наблюдались выраженные явления бактериального вагиноза.

Морфологическое исследование псевдоэрозии (цитологическое и гистологическое), проводимое нами в 100% случаев, тоже подтверждает значимость воспалительного компонента в инициации и патогенезе псевдоэрозии: в 95% случаев (38 человек) в результатах гистологического исследования присутствует описание вялотекущего воспалительного процесса разной степени выраженности (отек, изменение кровенаполнения, наличие лимфоидных фолликулов и т. д.).

Учитывая данные литературных источников [1, 2, 3] и собственные результаты, лечебные мероприятия при псевдоэрозиях шейки матки нами строились в три этапа:

I этап — лечение сопутствующего воспалительного процесса;

II этап — удаление патологически измененной ткани шейки матки;

III этап — стимуляция регенерации многослойного плоского эпителия.

I этап лечения назначался всем женщинам с нарушением нормального биоценоза влагалищного содержимого: 24 (100%) женщинам I группы и 9 (56,25%) женщинам II группы.

Удаление патологически измененной ткани проводилось:

1. Методом химической коагуляции — 4 случая (10%)
2. Криогенным воздействием — 19 случаев (47,5%)
3. Методом диатермоэлектрокоагуляции — 17 случаев (42,5%).

Вопрос о применении II этапа лечения у нерожавших женщин с простой эктопией решается индивидуально, однако, учитывая отсутствие в настоящее время активно функционирующей системы диспансерного наблюдения, мы считаем целесообразным и оправданным шире применять в схеме лечения удаление патологически измененной ткани шейки матки, используя такие щадящие методы, как химическая коагуляция, криогенное воздействие.

Стимуляция регенерации многослойного плоского эпителия достигалась коррекцией гормональных нарушений, использованием гелий-нонового лазера по влагалищной методике, а также использование местно препаратов, стимулирующих пролиферативные процессы (облепиховое масло, экстракт прополиса на растительном масле).

Обсуждение

Псевдоэрозия шейки матки — одно из наиболее часто встречаемых фоновых заболеваний у женщин молодого возраста.

Имеются данные о связи псевдоэрозии с воспалительными процессами влагалища и шейки матки, которые в ряде случаев играют роль причинного фактора в возникновении псевдоэрозии, а также способствуют ее персистенции и нарушают процесс эпителизации после удаления патологически измененной ткани.

Проведенное нами исследование показало, что в 82,5% случаев у женщин с псевдоэрозией имеет место нарушение микробиоценоза влагалищного содержимого. Велика роль ИППП (60,0%). Наиболее часто встретилось сочетание хламидий, уреаплазм, ВПГ; высока частота бактериального вагиноза (10 чел. — 40%).

Наличие воспалительного процесса подтверждено при морфологическом изучении ткани псевдоэрозии.

Такая широкая распространенность воспалительных процессов у женщин с псевдоэрозиями шейки матки диктует необходимость на этапе обследования производить тщательную идентификацию микробного фактора. Распознавание вялотекущих воспа-

лительных процессов должно производиться также при расширенной кольпоскопии и морфологическом исследовании ткани псевдоэрозии. Во всех случаях выявления воспалительного процесса и сексуально-трансмиссивных инфекций I этапом лечения является санация и комплексная противовоспалительная терапия, объем которой определяется видом выделенного возбудителя [1, 2, 3].

II этап лечения — удаление патологической ткани проводится дифференцированно путем химической коагуляции, криодеструкции и диатермоэлектрокоагуляции.

И, наконец, в условиях нарушенной микроэкологии и резистентности влагалища в значительной степени замедлен и процесс регенерации многослойного плоского эпителия после удаления ткани псевдоэрозии. В связи с этим в 100% случаев мы применяли тот или иной метод стимуляции регенеративного процесса, что позволило сократить сроки восстановления эпителиального пласта: в 72% случаев — до 12—18 дней; в остальных 28% случаев до 35—40 дней.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бухарин О. В., Константинова О. Д., Черкасов С. В, Кремлева Е. Л. Факторы персистенции микрофлоры при воспалительных заболеваниях внутренних женских половых органов. // Вестник Российской ассоциации акушеров-гинекологов. М. 1998. — № 3. — 62—64.

2. Заболевания шейки матки (клинические лекции). Под ред. В. Н. Прилепской. — Москва. — 1997. — 88 с.

3. Ильин И. И., Ковалев Ю. Н., Лысенко О. В. Размышления о лечении генитального хламидиоза. // Вестник дерматологии и венерологии. — 1994. — № 1. — С. 30—33.

СОВРЕМЕННЫЕ ПРИНЦИПЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПСЕВДОЭРОЗИИ ШЕЙКИ МАТКИ У НЕРОЖАВШИХ ЖЕНЩИН

В. А. Кулавский, С. Ф. Насырова

Кафедра акушерства и гинекологии ИПО БГМУ, РБ, г. Уфа

Псевдоэрозии занимают ведущее место среди патологических процессов шейки матки и встречаются у 10—15% женщин моложе 30 лет. Несмотря на то, что в лечении указанной патологии достигнут определенный прогресс, применительно к нерожавшим женщинам данная проблема до настоящего времени окончательно не решена [1, 3]. Исследованиями последних лет установлено, что течение псевдоэрозии часто сопровождается изменением био-