

Аскеров А.А., Малдыбаева А.А., Исмаилова А.К., Сатыбалдиева А.

АЯЛДАРДЫН БИРГЕЛЕШКЕН ГИНЕКОЛОГИЯЛЫК ПАТОЛОГИЯЛАРЫНЫН СОЦИАЛДЫК ЖАНА РЕПРОДУКТИВДИК ӨЗГӨЧӨЛҮК ТАРЫХЫ

Аскеров А.А., Малдыбаева А.А., Исмаилова А.К., Сатыбалдиева А.

ОСОБЕННОСТИ СОЦИАЛЬНОГО И РЕПРОДУКТИВНОГО АНАМНЕЗА У ЖЕНЩИН С СОЧЕТАННОЙ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

A.A. Askerov, A.A. Maldybaeva, A.K. Ismailova, A. Satybaldieva

FEATURES OF SOCIAL AND REPRODUCTIVE HISTORY IN WOMEN WITH CONCOMITANT GYNECOLOGICAL DISEASES

УДК: 618.11-007.21

Биргелешкен гинекологиялык патологиялар көбүнчө жумушчу кесиптердин өкүлдөрүнүн арасында жана студенттердин, азыраак үйдө отурган аялдардын арасында кездешет. Пландаштыруу ыкма катары жатындын моюнчасынын лейкоплакиясы менен ооруган аялдар боюнан алдырууну колдонушкан - ар бир экинчи аял хирургия ыкмасы менен кош бойлуулукту токтокон, жатындын моюнчасынын лейкоплакиясынын татаал формасы менен ооруган бейтаптар (26,6%) эки эсе көп гормоналдык сактанууну колдонот, үч эсе азыраак жатындагы контрацепция.

Негизги сөздөр: *жатындын моюнчасынын лейкоплакиясы, жатындын моюнчасынын жөнөкөй лейкоплакиясы, жатындын моюнчасынын татаал лейкоплакиясы, контрацептивдик тарых, көбөйүү тарыхы, боюнан алдыруу, кондиломатоз.*

Сочетанные гинекологические патологии чаще встречаются у представительниц рабочих профессий и студенток, реже – у женщин, занятых домашней работой. В качестве метода планирования деторождения женщины с лейкоплакией шейки матки использовали аборт - каждая вторая женщина делала хирургическое прерывание беременности, пациентки со сложной формой лейкоплакией шейки матки (26,6%) в два раза чаще используют гормональную контрацепцию, три раза реже внутриматочную контрацепцию. 43% женщин с лейкоплакией шейки матки имеют вирус папилломы человека высокой онкогенности.

Ключевые слова: *лейкоплакия шейки матки, простая лейкоплакия шейки матки, сложная лейкоплакия шейки матки, контрацептивный анамнез, репродуктивный анамнез, аборт, кондиломатоз.*

Combined gynecological pathology is more common in blue-collar occupations and representatives of the students, at least - in women employed in domestic work. As a method of planning childbearing women with cervical leukoplakia used abortion - one in two women did a surgical abortion, the patient with a complex form of cervical leukoplakia (26.6%) twice as likely to use hormonal contraception, are three times less likely to intrauterine contraception. 43% of women with cervical leukoplakia have the human papilloma virus is high tumorigenicity.

Key words: *cervical leukoplakia, a simple cervical leukoplakia, complex cervical leukoplakia, contraceptive history, reproductive history, abortion, warts.*

Актуальность. Из сочетанной гинекологической патологии чаще встречаются фоновые заболевания шейки матки и придатковые образования (кисты или кистомы) матки. Общеизвестным является тот факт, что на протяжении многих лет такое заболевание шейки матки как лейкоплакия является фоном, на котором возможно развитие рака шейки матки. Лейкоплакия шейки матки (ЛШМ) в настоящее время занимает особое место в структуре заболеваний шейки матки, так как всё ещё остаётся спорным вопрос о ее патогенезе, доброкачественности или злокачественности течения (*Прилепская В.Н., 1997, 2001, 2000; Vatanasapt V., 2002; Shepherd JP, Frampton GK, Harris P., 2011*). В последние годы высказано предположение о вирусной природе лейкоплакии шейки матки. Имеется большое число эпидемиологических и молекулярно-биологических данных, свидетельствующих о том, что ВПЧ, передающееся половым путем, является основой возникновения дисплазии и рака шейки матки (*Хансон К.П., Имянитов Е.Н., 2002; Кондриков Н.И., 2000, 2005; Манухин И.Б. и др., 2006; Schoell WM и др., 1999 и др., Ferlay J et al., 2012*).

По современным данным, ЛШМ является полиэтиологическим заболеванием и в основе его лежит множество предрасполагающих факторов: перенесенные инфекционные заболевания, нарушения иммунного статуса, гормонального гомеостаза, травматические воздействия на шейку матки во время родов, аборт, неправильное и неадекватное лечение патологии шейки матки и многие другие (*Кустаров В.Н., Линде В.А., 2002; Прилепская В.Н., Рудакова Е.Б., 2004*). В Кыргызской Республике до настоящего времени отсутствуют исследования особенностей течения различных форм лейкоплакии шейки матки и факторов риска её формирования.

Цель исследования: Изучить особенности социального, репродуктивного и гинекологического анамнеза у женщин с различными формами лейкоплакии шейки матки для определения факторов риска её формирования.

Материалы и методы исследования. Для

реализации поставленной цели за период 2007-2013г прошли обследование в пилотных клиниках 4020 пациенток от 16 до 55 лет (средний возраст которых составил 35±15,9лет). После углубленного обследования, согласно представленному протоколу лейкоплакия шейки матки была выявлена у 172(6,4%) женщин из 2690 пациенток с различной патологией шейки матки. Информированное согласие было получено у всех пациенток. Все женщины были жительницами различных областей Кыргызской Республики. В работе использовались следующие методы исследования: изучение медицинских карт, исследование анамнеза болезни и репродуктивно-гинекологического анамнеза, гинекологическое исследование, клиничко-лабораторные исследования, кольпоскопия (простая и расширенная), цитологическое и гистологическое исследования. Также все женщины были обследованы на наличие БППП по 12 показателям. Клиническая форма лейкоплакии была верифицирована на основании морфологических критериев.

Результаты. В наших исследованиях мы проанализировали социальный статус пациенток с ЛШМ. Из приведенной таблицы №1, становится очевидным, что ЛШМ чаще встречается у представительниц рабочих профессий и студенток, причём, настораживает факт, что сложная форма ЛШМ встречается одинаково часто как у студенток, так и работающих женщин. У женщин, занятых домашней работой, ЛШМ встречается гораздо реже. Изучение особенностей менструальной функции достоверных различий между группами не выявлено. Репродуктивный анамнез также не выявил каких-либо характерных особенностей в двух группах наблюдения. Важно отметить, что большинство пациенток обеих клинических групп имели в анамнезе беременности, роды и медицинское прерывание беременности. Обращают на себя внимание некоторые особенности в методах планирования семьи и контрацептивного анамнеза у женщин с ЛШМ. Анализ детородной функции показал, что почти половина женщин обеих групп в качестве метода планирования деторождения использовали «миниаборт», прерывание беременности методом ручной вакуум-аспирации, (45/41,7% женщин с простой ЛШМ; 28/43,8% – с сложной ЛШМ). Фактически каждая вторая женщина в обеих клинических группах делала хирургическое прерывание беременности. Обращает на себя внимание, что пациентки со сложной формой ЛШМ в два раза чаще использовали гормональную контрацепцию. Так 8(12,5%) женщин, имевших сложную форму ЛШМ использовали постинор качестве средства неотложной контрацепции, так как редко жили половой жизнью 9/14,1% пациенток регулярно предохранялись гормональными контрацептивами, причём 4/6,3% женщины использовали её на протяжении 5 лет. Также женщины со сложной формой

ЛШМ реже (6,3%), чем пациентки с простой формой ЛШМ (18,5%; $p<0,01$) использовали внутриматочную контрацепцию.

Количество женщин, имеющих в анамнезе роды, в двух группах наблюдаемых женщин фактически не отличались. Каждая вторая женщина в двух группах наблюдения имела роды. Обращает на себя внимание высокий удельный вес хирургических аборт. Женщины использовали не только безопасные методы прерывания беременности (миниаборт), но и хирургическое прерывание беременности путём дилатации и кюретажа. В двух группах почти каждая женщина имела в анамнезе медицинский аборт (82% и 89% соответственно). Несмотря на доступность в стране медицинских абортов, 5,6% женщин с простой ЛШМ и 6,25% пациенток с сложной ЛШМ, имели в анамнезе прерывание беременности в поздние сроки (20-22 нед. беременности).

Таблица 1.

Репродуктивный анамнез у женщин с различными формами ЛШМ

Анализируемый признак	Клинические группы	
	ЛШМ простая, N=108/100%	ЛШМ сложная N=64/100%
Роды	52/48,1	32/50,0
Прерывание беременности:		
➤ В I половине беременности (артифиц. аборт):	89/82,4*	57/89,1
➤ в том числе «миниаборт»	45/41,7	28/43,8
➤ Самопроизвольное прерывание беременности	8/7,4*	2/3,1
➤ прерывание в поздние сроки по мед/соц. показанием.	6/5,6	4/6,25

Примечание: достоверность различий между группами: * $P<0,05$.

Изучение репродуктивного анамнеза позволило сделать вывод, что роды и большое количество абортов являются предрасполагающими факторами для развития лейкоплакии шейки матки, особенно сложной ее формы. Возможно, что важную роль здесь играют травмы шейки матки, возникающие во время родов и абортов, которые В.П. Козаченко (2000г) рассматриваются как фактор риска развития ЦИН. Анализ частоты болезней передающихся половым путём показал, что 43% женщин двух клинических групп имеют вирус папилломы человека высокой онкогенности, из них в группе с простой ЛШМ – 32/29,6% женщины, в группе с сложной ЛШМ – более половины пациенток - 42/65,6%. Так же в двух клинических группа довольно часто встречается вирус простого герпеса - 38/22,1%,

причём в группе женщин с сложной ЛШМ, он встречается гораздо чаще $p < 0,01$, как и кандидоз.

Обсуждение. Изучение репродуктивного анамнеза позволило сделать вывод, что роды и большое количество абортот являются предрасполагающими факторами для развития лейкоплакии шейки матки, особенно сложной ее формы. Возможно, что важную роль здесь играют травмы шейки матки, возникающие во время родов и абортот, которые В.П. Козаченко (2000г) рассматриваются как фактор риска развития ЦИН. Анализ частоты болезней передающихся половым путём показал, что 43% женщин двух клинических групп имеют вирус папилломы человека высокой онкогенности.

Литература:

1. Козаченко В.П. Рак шейки матки и современная онкология. 2000, - Т. 2. - №2. - С. 40-44.
2. Кондриков, Н.И. Современные классификации заболеваний шейки матки / Н.И. Кондриков // Заболевания шейки матки, влагалища и вульвы / под ред. В.Н. Прилепской. М., 2000. - С.20-25.
3. Кондриков, Н.И. Экзо и эндоцервицит: морфологические аспекты / Н.И. Кондриков // Поликлиническая гинекология / под ред. В. Н. Прилепской. - М., 2005. – С.640.
4. Кустаров В.П., Линде В.А. Патология шейки матки. СПб.: Гиппократ. 2002. - 144 с.
5. Манухин И.Б., Минкина Г.Н. Проблемы и перспективы цервикального скрининга // Акушерство и гинекология. 2006. - №3, Прил. - С.51-56.
6. Прилепская В.Н. Лейкоплакия шейки матки / В.Н. Прилепская // Заболевания шейки матки. - М., 1997. С.32.
7. Прилепская, В.Н. Патология шейки матки / В.Н. Прилепская, Н.И. Кондриков, Е.В. Гогаева // Практическая гинекология / под ред. В.И. Кулакова, В.Н. Прилепской. М., 2001. - С.720.
8. Прилепская В.Н., Рудакова Е.Б. Генитальная инфекция и патология шейки матки (клинические лекции). Омск, 2004. - С. 180-193.
9. Прилепская В.Н. Эпидемиология, этиология и факторы риска заболеваний шейки матки/В.Н. Прилепская, А.Е. Голубенко//Поликлиническая гинекология / под ред. В.Н.Прилепской. М., 2005. - С.640.
10. Хансон К.П., Имянитов Е.Н. Современные представления о канцерогенезе шейки матки. – Практ. Онкол. 2002. - Т3., №3. - с.145-155.
11. Ferlay J et al. GLOBOCAN 2008; cancer fact sheet. All cancers (excluding non-melanoma skin cancer) incidence and mortality worldwide in 2008. IARC Cancer Base. Lyon, International Agency for Research on Cancer, 2010; <http://globocan.iarc.fr/factsheets/cancers/all.asp>; accessed 6 March 2012.
12. Shepherd JP, Frampton GK, Harris P. Interventions for encouraging sexual behaviours intended to prevent cervical cancer. Cochrane Database of Systematic Reviews 2011; Issue 4. Art. No.: CD001035; DOI: 10.1002/14651858.CD001035.pub2.
13. Vatanasapt V. Collection devices for obtaining cervical cytology samples: RHL commentary (last revised: 15 November 2002). *The WHO Reproductive Health Library*; Geneva: World Health Organization.

Рецензент: к.м.н. Жалиева Г.К.