

ЛИТЕРАТУРА

1. Ганнушкина И. В. Мозговое кровообращение при разных видах циркуляторной гипоксии мозга // Вестник Российской академии медицинских наук. – 2000. – № 9. – С. 22–27.
2. Мясичева О. В., Покровский М. В., Гуреев В. В., Анциферов О. В., Мартынов М. А. Экспериментальные модели ишемического повреждения головного мозга // Научные ведомости Белгородского государственного университета. – Медицина. Фармация. – 2012. – № 11 (182). Выпуск 26/1. – С. 123–127.
3. Шмонин А. А., Панов И. Ю., Симаненкова А. В., Провсирнина М. С., Чеканов С. С., Мельникова Е. В., Власов Т. Д. Эндогенная нейропротекция при ишемии мозга: эритропоэтин, пре- и посткондиционирование // Анналы клинической и экспериментальной неврологии. – 2010. – № 3 (том 4). – С. 29–35.
4. Galagudza M. M., Blokhin I. O., Shmonin A. A., Mischevko K. A. Reduction of myocardial ischemia-reperfusion injury with pre- and postconditioning: molecular mechanisms and therapeutic targets // Cardiovasc hematomol disord drug targets. – 2008. – № 8 (1). – P. 47–65.
5. McGraw C. P., Pashayan A. G., Wendel O. T. Cerebral infarction in the mongolian gerbil exacerbated by phenoxybenzamine treatment // Stroke. – 1976. – № 7 (5). – P. 485–488.
6. Mitsuo Y., Calvert J. W., Kusaka G., Zhang J. H. One-stage anterior approach for four-vessel occlusion in rat // Stroke. – 2005. – № 36. – P. 2212–2214.

Поступила 17.09.2015

Н. В. МИНГАЛЁВА, Ю. Г. АБРАМАШВИЛИ, Н. С. МЕТЕЛЁВА

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ХАРАКТЕРИСТИК ХРОНИЧЕСКОГО ЦЕРВИЦИТА ШЕЙКИ МАТКИ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

*Кафедра акушерства, гинекологии и перинатологии
ФПК и ППС ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава России,*

Россия, 350063, г. Краснодар, ул. Седина, 4; тел. +7-918-411-22-33. E-mail: mingalevaN008@yandex.ru

Представлены результаты ретроспективного сравнительного анализа наблюдения 500 пациенток репродуктивного возраста с хроническим цервицитом шейки матки на эктопированном цилиндрическом и метапластическом эпителии экзоцервикса (ассоциированного и неассоциированного с вирусом папилломы человека высокоонкогенного риска) и 100 женщин с хроническим цервицитом на многослойном плоском эпителии. Показано, что хронический цервицит с наличием эктопированного цилиндрического эпителия на экзоцервиксе и зоны трансформации I типа является принципиально иной нозологической формой в отличие от хронического цервицита на многослойном плоском эпителии.

Ключевые слова: хронический цервицит, вирус папилломы человека.

N. V. MINGALYOVA, J. G. ABRAMASHVILI, N. S. METELEVA

**A COMPARATIVE ANALYSIS OF THE CHARACTERISTICS OF CHRONIC CERVICITIS CERVIX
IN WOMEN OF REPRODUCTIVE AGE**

*Department of obstetrics, gynecology and perinatology
FPK and the faculty of the Kuban state medical university,*

Russia, 350063, Krasnodar, Sedina str., 4; tel. +7-918-411-22-33. E-mail: mingalevaN008@yandex.ru

The results of a retrospective comparative analysis of observations of 500 patients of reproductive age with chronic cervicitis cervical ectopic cylindrical epithelium and metaplastic ekzotserviksa (associated and non-associated with human papilloma virus risk high risk) and 100 women with chronic cervicitis in the stratified squamous epithelium. It has been shown that chronic cervicitis with the presence of an ectopic columnar epithelium in the transformation zone ekzotservikske and type I is a fundamentally different form of nosology, unlike chronic cervicitis in the stratified squamous epithelium.

Key words: chronic cervicitis, human papilloma virus.

В настоящее время в литературе имеется тенденция [1, 2] объединять в клиническом диагнозе (который используется и для статистической обработки данных) все хронические цервициты

шейки матки, независимо от наличия или отсутствия эктопированного цилиндрического эпителия и зоны трансформации на экзоцервиксе, в одну нозологическую форму «хронический церви-

цит» (МКБ-Х N72). Это предлагается делать без разграничения его форм: с наличием эктопированного цилиндрического эпителия (ЭЦЭ) на экзоцервиксе и хронического цервицита (ХрЦ) на многослойном плоском эпителии (МПЭ).

Цель исследования – проведение сравнительного анализа клинико-лабораторных характеристик хронического цервицита у женщин репродуктивного возраста с наличием эктопированного цилиндрического эпителия на экзоцервиксе и зоны трансформации I типа (основная группа – 500 женщин) и хронического цервицита на многослойном плоском эпителии (группа сравнения – 100 женщин) при традиционном обследовании пациенток.

Материалы и методы исследования

С целью проведения сравнительного анализа клинико-лабораторных характеристик изучаемой патологии шейки матки (ШМ) нами были ретроспективно проанализированы амбулаторные карты женской консультации пациенток репродуктивного возраста, имеющих хронический цервицит с наличием ЭЦЭ на экзоцервиксе, зоны трансформации I типа. После получения гистотомата биоптата с шейки матки у всех этих пациенток был уточнен морфологический диагноз «хронический цервицит» (основная группа с традиционным ведением – 500 женщин). Критерием включения также явилось наличие обследования на ВПЧ высокоонкогенного риска методом ПЦР. Критерии исключения: наличие физиологической эктопии шейки матки, которая требует исключительно динамического наблюдения, и наличие цервикальной интраэпителиальной неоплазии в гистологическом исследовании результатов биопсии. Также нами проанализированы случаи хронического цервицита на многослойном плоском эпителии (группа сравнения – 100 женщин), где тоже использовался традиционный протокол обследования.

В соответствии с полученными результатами обследования на наличие вируса папилломы человека высокоонкогенного риска все женщины основной группы (n=500) были разделены на две

подгруппы. Первая – 230 (46%) пациенток с обнаруженным вирусом папилломы человека (ВПЧ) высокоонкогенного риска. Во вторую включены 270 (54%) женщин без наличия ВПЧ высокоонкогенного риска. В группу сравнения отнесены пациентки с диагнозом «хронический цервицит» на многослойном плоском эпителии (n=100). Всего проанализировано 600 амбулаторных карт (форма 25-у), 600 карт диспансерного наблюдения (форма 30-у), 1200 протоколов кольпоскопии (проведенной до и после окончания противовоспалительного консервативного лечения), 500 протоколов гистологических заключений прицельной биопсии. Всего проанализировано 2900 медицинских документов.

Распределение женщин по возрастным группам при хроническом цервиците с наличием эктопированного цилиндрического эпителия и зоны трансформации, расположенных на экзоцервиксе, т. е. по классификации кольпоскопических признаков 2011 года «Зоны трансформации I типа» (ХрЦ с ЭЦЭ-3Т1), и женщин с наличием хронического цервицита на МПЭ представлено в таблице 1. Как следует из полученных данных, пик заболеваемости хроническим цервицитом приходился на возрастной интервал 20–29 лет. В возрасте 20–24 года было 42,8% женщин и 25–29 лет – 41,5% с хроническим цервицитом в целом (p<0,05), без достоверной разницы по подгруппам 1, 2-й основной групп и группы сравнения.

Средний возраст пациенток с хроническим цервицитом в целом составил 24±0,37 года. Возраст до 25 лет в группе с хроническим цервицитом с наличием эктопированного цилиндрического эпителия и зоны трансформации 1-го типа (ХрЦ с ЭЦЭ-3Т1) составил 79%, в группе сравнения – 78%. По социальному статусу все пациентки распределились следующим образом: служащие – 34%, студентки – 24,8%, рабочие – 9,2%, причем служащих в группе с МПЭ было в 1,5 раза больше. Официально же неработающих женщин было в 1,3 раза больше в группе с ХрЦ с ЭЦЭ-3Т1, чем в группе сравнения. Обращает на себя внимание тот факт, что в подгруппе с ВПЧ (48,7%) был достоверно (p<0,05)

Таблица 1

Распределение пациенток по возрастным группам (абс. ч., уд. вес)

Группы Возраст (лет)	Основная группа			Группа сравнения, n=100	Итого, n=600	p
	1-я подгруппа n=230	2-я подгруппа n=270	Всего, n=500			
До 20	40 (17,4%)	57 (21,1%)	97 (19,4%)	17 (17%)	44 (7,3%)	p<0,05
20–24	116 (50,4%)	139 (51,5%)	255 (51%)	61 (61%)	257 (42,8%)	p<0,05
25–29	47 (20,4%)	36 (13,3%)	83 (16,6%)	17 (17%)	249 (41,5%)	p<0,05
30–34	17 (7,4%)	22 (8,2%)	39 (7,9%)	2 (2%)	31 (5,2%)	p<0,05
35 и более	10 (4,4%)	16 (5,9%)	26 (5,2%)	3 (3%)	19 (3,2%)	p<0,05
Средний возраст	23±0,32	25±0,19	24±0,21	24±0,21	24±0,37	

больший процент официально неработающих, чем во второй (31,9%) и в группе сравнения (19%).

Курящими была почти половина пациенток (41,5%), причем среди больных с обнаруженным ВПЧ высокоонкогенного риска (1-я подгр.) достоверно курили в 1,7 раза чаще, чем в подгруппе без ВПЧ (63% и 31,9%) и в 8,1 раз чаще, чем женщины группы сравнения (18%). Выявлено, что в целом более 5 лет курили 22,5% больных (рис. 1).

тогда как 76% пациенток с МПЭ во время менструаций тампоны не использовали (табл. 2). Причем соотношение пациенток в основной группе достоверно между собой не различалось.

Средний возраст начала половой жизни составил $20 \pm 0,37$ года, однако 61,2% пациенток с хроническим цервицитом отметили начало сексуальной жизни вне брака, при этом наличие двух половых партнеров в течение жизни отмечали

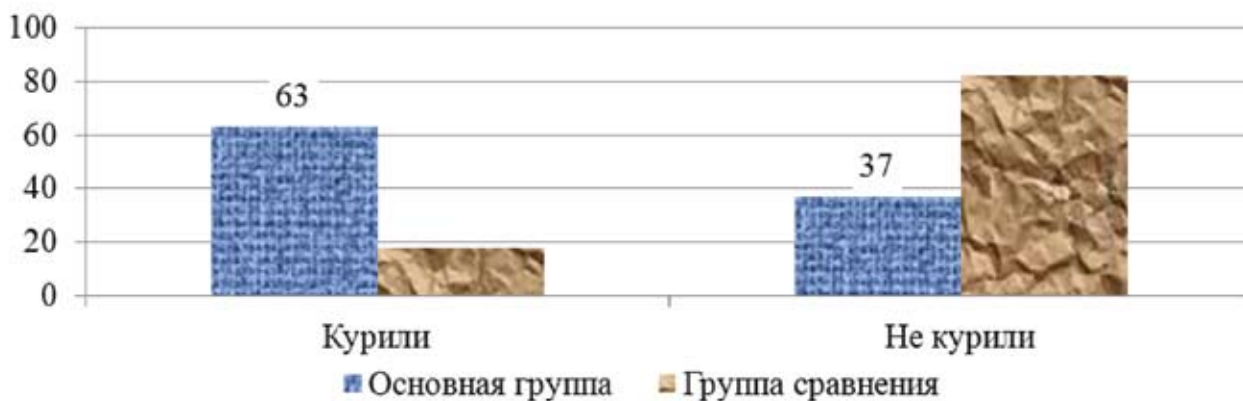


Рис. 1. Курящие пациентки (уд. вес)



Рис. 2. Экстрагенитальная патология (уд. вес)

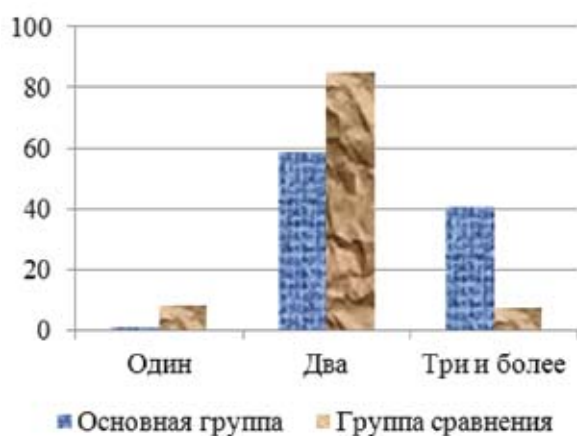
Сопутствующую экстрагенитальную патологию имели 22,5% женщин без существенной разницы по анализируемым группам (рис. 2). Так, по данным документации, простудные заболевания встречались в 12%, поражения органов дыхания – в 5,7% и болезни органов мочевого выделения (хр. цистит) в 4,8% случаев. Но в основной группе у пациенток с ХрЦ и ЭЦЭ-3Т1 заболевания органов мочеполовой системы (хр. пиелонефрит) достоверно встречались в 1,2 раза чаще (22,8%), чем в группе сравнения.

Средний возраст наступления менархе составил $12 \pm 0,27$ года. У основной части пациенток менструальный цикл установился сразу (81%) и был регулярным (79%) без достоверной разницы по группам. Во время менструации 282 (56,4%) женщины обеих подгрупп основной группы (из анамнеза) использовали влагалищные тампоны,

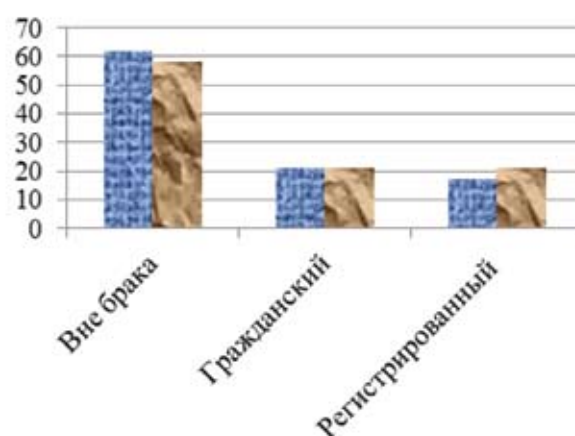
63% женщин. Анализ показал, что 14% (70 сл.) больных группы ХрЦ с ЭЦЭ-3Т1 начали половую жизнь в возрасте до 18 лет, в группе сравнения – 12% пациенток (рис. 3). Обращает на себя внимание наличие у больных основной группы (до момента явки в консультацию) трех и более половых партнеров, что в целом составило 40,6% (47,4% в подгруппе 1 и 34,8% – 2). Только 12% больных имели одного полового партнера в течение жизни. В группе с ХрЦ на МПЭ наиболее часто (51%) использовался механический метод контрацепции (презерватив). Анализируя применяемые методы контрацепции выявили, что пациентки с ХрЦ с ЭЦЭ-3Т1 чаще всего использовали прерванный половой акт (65,4% – 327 сл.), как в 1-й подгруппе (66,96%), так и во 2-й (64,1%) без механических средств, тогда как в группе сравнения этот показатель составил только 18%. Доля

Использование влагалищных тампонов у женщин с хроническим цервицитом (абс. ч, уд. вес)

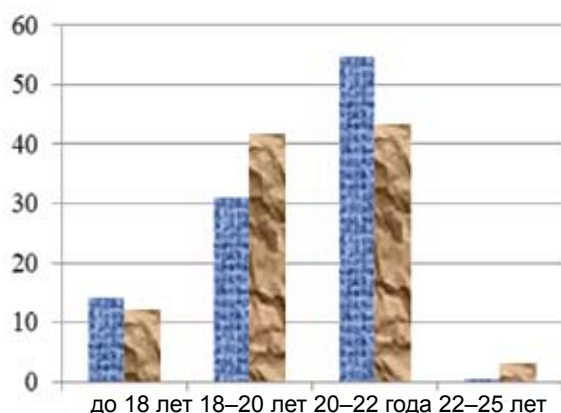
Использование тампонов	Основная группа			Группа сравнения, n=100	Итого, n=600	p
	1-я подгруппа, n=230	2-я подгруппа, n=270	Всего, n=500			
Постоянно	58 (25,22%)	64 (23,7%)	122 (24,4%)	9 (9%)	131 (21,8%)	p<0,05
Периодически	71 (30,87%)	89 (33%)	160 (32%)	15 (15%)	175 (29,2%)	p<0,05
Не использовали вообще	101 (43,91%)	117 (43,3%)	218 (43,6%)	76 (76%)	294 (49%)	p<0,05
Итого	230 (100%)	270 (100%)	500 (100%)	100 (100%)	600 (100%)	p<0,05



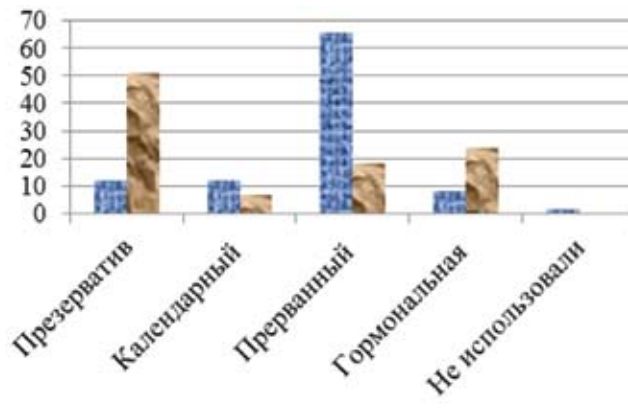
Количество половых партнеров



Начало половой жизни



Брачность



Контрацепция

Рис. 3. Начало половой жизни, брачность, число половых партнеров в течение жизни и контрацепция (уд. вес)

использования барьерных средств контрацепции была выше на 7,2% в группе с инфицированностью ВПЧ, что может косвенно свидетельствовать о недостаточной эффективности в этом случае механических методов. В 1,5% случаев пациентки общей группы от беременности не предохранялись, но беременность и не планировали.

Анализ реализации репродуктивной функции показал, что 25,4% женщин основной группы (с

ХрЦ с ЭЦЭ-3Т1) рожали один раз в отличие от группы сравнения (57%). Но 13,6% больных основной группы рожали дважды (1-я подгр. – 21,3%, 2-я подгр. – 7%), трое родов было у 0,6% больных. В том числе у 4,2% пациенток роды были преждевременными, что составило 9,5% от числа родов данного контингента.

Рожавших женщин в группе инфицированных ВПЧ было достоверно в 1,7 раза больше в

сравнении с подгруппой без ВПЧ и в 1,8 раза больше, чем в группе сравнения. Обратило на себя внимание и то, что в целом выявлен высокий удельный вес женщин (62%, 372 сл.) прерывавших нежеланную беременность.

Из них медикаментозный аборт был проведен у 10,3% пациенток, прерывание путем вакуум-аспирации имело место у 3,5% женщин. У 21,8% больных было зарегистрировано в анамнезе невынашивание беременности (табл. 3).

Отмечена значительная доля перенесенных острых и хронических воспалительных заболеваний органов малого таза у данного контингента больных (32,2%), причем в 1,6 раза чаще в основной группе (46,5% и 28,8% в подгруппах). Обращает на себя внимание факт, что у пациенток основной группы выявлен высокий уровень перенесенных в анамнезе ИППП (73,8%), воспалительных заболеваний, ассоциированных с уреоплазменной и микоплазменной инфекцией,

Таблица 3

Прерывания беременности в анамнезе (абс. ч., уд. вес)

Показатели	Основная группа				Группа сравнения, n=100		Итого, n=600	
	1-я подгруппа, n=230		2-я подгруппа, n=270		Абс. ч.	Уд. вес	Абс. ч.	Уд. вес
	Абс. ч.	Уд. вес	Абс. ч.	Уд. вес				
Артифициальный аборт – всего	82	35,65%	66	24,44%	2	2%	150	25%
– один	53	23,04%	43	15,93%	2	2%	98	16,3%
– два и более	29	12,61%	21	7,78%	-	-	50	8,3%
Мини-аборт – всего	13	5,65%	7	2,59%	1	1%	21	3,5%
– один	4	1,74%	5	1,85%	1	1%	10	1,7%
– два и более	9	3,91%	2	0,74%	-	-	11	1,8%
Медикаментозный аборт – всего	19	8,26%	39	14,44%	4	4%	62	10,3%
– один	11	4,78%	24	8,88%	1	1%	35	7%
– два и более	8	3,48%	15	5,56%	3	3%	26	4,3%
Самопроизвольный аборт – всего	38	16,52%	22	8,15%	1	1%	61	10,2%
– один	16	6,96%	9	3,33%	1	1%	26	4,3%
– два и более	22	9,56%	13	4,82%	-	-	35	5,8%
Неразвивающаяся (замершая берем.)	41	17,83%	29	10,74%	-	-	70	11,8%
– одна	19	8,26%	18	6,67%	-	-	37	6,2%
– две и более	22	9,57%	11	4,07%	-	-	33	5,5%
Прерывание по мед. показаниям	-	-	10	3,7%	-	-	10	1,7%

В 70 случаях (11,7%) у пациенток основной группы в анамнезе отмечена неразвивающаяся (замершая) беременность, причем это было в 1,7 раза чаще в подгруппе с инфицированностью ВПЧ (17,83%). Отмечено, что ни одной замершей беременности не выявлено у пациенток группы сравнения (ХрЦ на МПЭ). В основной группе самопроизвольные аборты встречались в 12 раз чаще (соответственно 12% и 1%), без достоверной разницы в 1-й и 2-й подгруппах (17,5% и 15,7%). Также выявлен достоверно более высокий процент легальных медицинских абортов до 12 недель беременности в 1-й подгруппе (соответственно 33,1% и 18,1%), в том числе и по количеству прерываний беременности – два аборта и более (35,65% и 23,71%).

На рисунке 4 представлены данные сопутствующей гинекологической патологии в анамнезе у пациенток анализируемых групп.

которые были выявлены и пролечены у 67,6% женщин, причем на 28,6% чаще в группе с выявленной инфицированностью ВПЧ (83%). У 63,5% женщин был отмечен перенесенный в анамнезе дисбиоз влагалища, причем значительно чаще в группе с выявленной инфицированностью ВПЧ (83,9%) в сравнении с 65,2% второй подгруппы и 12% группы сравнения. Более высокий удельный вес воспалительных заболеваний выявлен в группе с ВПЧ (46,5%), что в 1,6 раза чаще, чем во 2-й подгруппе, и в 5,8 раза чаще, чем в группе сравнения.

Впервые диагноз «эрозии шейки матки» у пациенток основной группы поставлен в течение одного и менее года назад только у 7%, один год назад – у 13%, а два и более года назад – у 44% женщин. Причем у 36% больных эктопированный цилиндрический эпителий на экзоцервиксе обна-



Рис. 4. Перенесенная гинекологическая патология (уд. вес)

руживался на шейке матки более 3 лет назад. Но регулярно, с частотой не менее одного раза в год осматривались только 19% пациенток данного контингента. Остальные не были осмотрены в течение двух (26%) и более (55%) лет.

Основными жалобами женщин в целом были: 50,5% – периодические длительные выделения из половых путей (соответственно 69,6%, 49,3% и 10% по группам), 45,7% – выделения сопровождались неприятным запахом (58,7%, 48,5% и 8%), 9,8% – с чувством дискомфорта или 12,7% жжения (15,7%, 13,7% и 3%). Такие жалобы в целом были отмечены у 60,7% женщин, причем чаще в основной группе (67,4% в отличие от 27% группы сравнения).

При первом обращении и проведении специального гинекологического осмотра у 16,2% пациенток группы ХрЦ с ЭЦЭ-ЗТ1 и 22% группы сравнения был выявлен выраженный вагинит, проявляющийся гиперемией и отеком слизистой оболочки влагалища, а также наличием выделений различной гомогенности и консистенции. При осмотре ШМ в зеркалах у всех пациенток определялись различные по форме и размерам участки гиперемии слизистой оболочки влагалищной порции шейки матки. Рубцовые изменения после разрывов шейки в родах были отмечены у 18 женщин: в 1,3% случаях – в 1-й подгруппе, в 4,4% – во 2-й и в 3% – в группе сравнения.

По данным проведенных бактериоскопического, бактериологического и молекулярно-биологического методов выявлено, что хронический цервицит был ассоциирован с неспецифической условно-патогенной микрофлорой. У 73% женщин основной группы воспалительный процесс был ассоциирован с *Escherichia coli* (в 1-й подгр. – 82,6%, во 2-й подгр. – 64,8%). В меньшей степени неспецифическая флора была представлена *Streptococcus agalactiae* – в 194 случаях (38,8%), причем в подгруппе с ВПЧ в 1,2 раза чаще, чем во второй. *Enterococcus faecalis* был выявлен в 110 случаях (22%), в 1,3 раза больше в подгруп-

пе с ВПЧ. Уреаплазменная (титр более 106 ст.) и микоплазменная (титр более 105 ст.) инфекции определялась у 49% пациенток основной группы, причем достоверно чаще в 1-й подгруппе (69,6%) исследования. В амбулаторных картах среди обследованных на *Mycoplasma genitalium* в подгруппе с ВПЧ она была обнаружена достоверно чаще (соответственно 62,6% и 37,4%). Неспецифическая флора в группе воспалительных изменений на фоне многослойного плоского эпителия была чаще представлена сочетанием *Enterococcus faecalis* – 34% и *Escherichia coli* – 32%. *Streptococcus agalactiae* был выявлен у 25% обследованных. *Ureaplasma spp.* (в титре более 105 ст.) наблюдалась у 16% пациенток, и у 5% – *Mycoplasma hominis* (в титре > 105 ст.).

Данные ПЦР-исследования на наличие *Mycoplasma genitalium* у женщин с хроническим цервицитом и наличием эктопированного цилиндрического эпителия на экзоцервиксе выявили ее у 49% (245 сл.) больных, что достоверно выше, чем в группе сравнения (13%). Исследование методом ПЦР на наличие хламидийной инфекции выявило ее у 12% женщин основной группы, что несколько чаще (9%) группы сравнения. Хламидиоз встречался в 2,6 раза чаще в подгруппе с ВПЧ, чем во второй. Трихомониаз встречался в сравниваемых группах с одинаковой частотой (24% и 22%). Вирус папилломы человека 16/18-го типа достоверно чаще был выявлен у женщин 1-й подгруппы, чем в группе сравнения (соответственно 82% и 5%), а ВПЧ 31/32-го типа обнаружен только у пациенток с наличием эктопированного на экзоцервиксе цилиндрического эпителия (12%) (рис. 5).

При цитологическом исследовании мазков нормальная цитологическая картина выявлена только у 39,7% пациенток основной группы.

При проведении расширенной кольпоскопии у всех пациенток определялись признаки хронического воспалительного процесса. Распространенная крапчатость йоднегативных и йодопозитивных участков при пробе Шиллера выявлялась также в 100%.

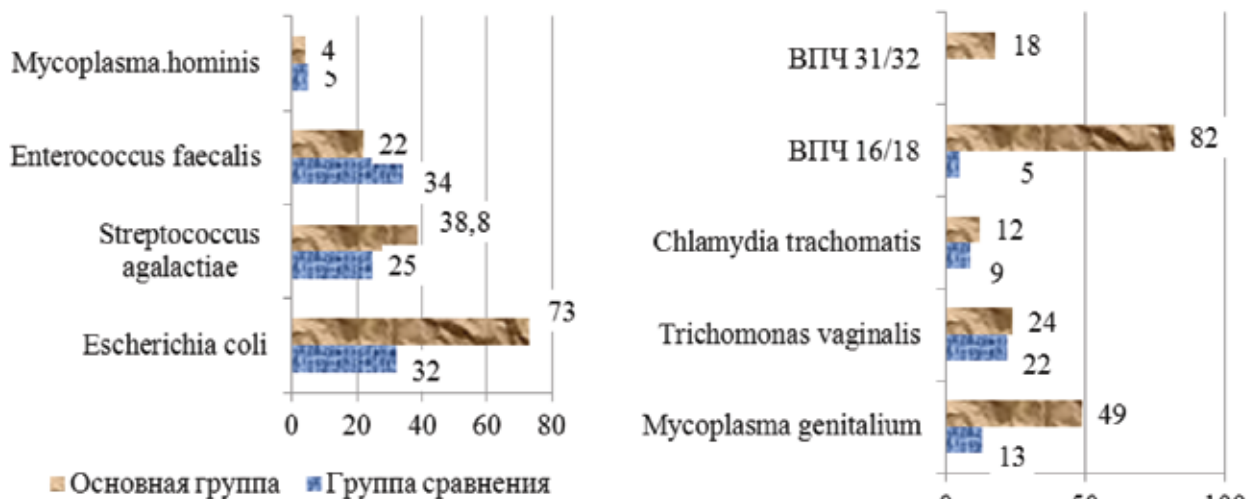


Рис. 5. Характеристика инфекций, передающихся половым путем, и вагинитов, ассоциированных с условно-патогенной флорой (уд. вес)

При проведении кольпоскопии у всех пациенток основной группы в отличие от группы сравнения стык эпителиев располагался на экзоцервиксе, что является принципиальным отличием. В 54% случаев цилиндрический эпителий занимал всю 1-ю зону (с ВПЧ – 66,7%, без ВПЧ – 33,3%), в 45,8% – 1–2-ю зоны (84,3% и 15,7%), у одной пациентки с ВПЧ – все три зоны. Закрытые железы выявлены у 20,2% женщин без достоверной разницы по подгруппам (10,8% и 9,4%), открытые железы – у 19,8% обследованных основной группы (соответственно 10% и 9,8%). У 5,2% женщин подгруппы с ВПЧ при осмотре экзоцервикса в зоне трансформации (3%) и за ее пределами были зарегистрированы участки неправильной формы, которые после обработки 3%-ным уксусом приобретали характер грубых ацето-белых участков, с грубой пунктацией. При проведении пробы Шиллера они (5,2%) были йоднегативны и расценены специалистами как плоские кондиломы. Нежная пунктация была выявлена у 12,4%, нежная мозаика – у 20% пациенток первой подгруппы в области зоны трансформации.

По данным литературы [3, 5], морфологические особенности хронического цервицита могут зависеть от патологических изменений и степени их выраженности в эпителиальных и стромальных компонентах шейки матки, а также от длительности воспалительного процесса и характера возбудителя. И именно хронический цервицит, ослабляя местные иммунные механизмы защиты, увеличивает риск онкогенности ВПЧ [4].

Все пациентки основной группы (в отличие от группы сравнения) были обследованы путем взятия прицельной биопсии под контролем кольпоскопа с наиболее измененных участков шейки матки. При гистологическом исследовании биоптата у всех 100% больных была описана морфологическая картина хронического цервицита и нали-

чия цилиндрического эпителия в 60,8% случаев с участками зрелой (49,6% в 1-й подгруппе и 70,4% во 2-й подгруппе) и в 39,2% – незрелой метаплазии (50,4% и 29,6%). Причем только в группе с ВПЧ выявлялись реактивные изменения в виде акантоза (30,4%) и паракератоза (69,6%).

На первом этапе лечения в обеих группах была проведена комплексная противовоспалительная терапия в зависимости от вида и характера возбудителя. Из 500 больных основной группы, судя по медицинской документации, 1,6% женщин в ближайшие 3 месяца в данном лечебном учреждении была произведена абляция патологического участка шейки матки. Большинство женщин (98,4%) подгруппы с ВПЧ была назначена явка на очередной прием, но, судя по данным карт, пациентки на прием не явились, что потребовало их вызова. Не явились на прием после взятия биопсии шейки матки в течение ближайших двух недель 97,6% женщин, из которых половина в течение месяца так и не пришли узнать результаты проведенной биопсии, видимо, в надежде, что при неблагоприятном исходе им бы об этом сообщили. Данный факт говорит о малой заинтересованности женщин с хроническим цервицитом в сохранении репродуктивного здоровья.

Таким образом, хронический цервицит с наличием эктопированного цилиндрического эпителия на экзоцервиксе и зоны трансформации I типа является принципиально иной нозологической формой в отличие от хронического цервицита на многослойном плоском эпителии. Данная нозология не может быть определена в статистическом диагнозе по МКБ-Х только как «хронический цервицит» (N72), а должна присутствовать характеристика наличия, так важного для данного хронического процесса, эктопированного цилиндрического эпителия на экзоцервиксе и зоны трансформации первого типа. В связи с несовер-

шенством классификации МКБ-Х необходимо добавлять шифр № 86 как собирательного понятия «эрозия и эктропион». Для данного контингента больных клинический диагноз должен формироваться сочетанием шифров № 72 и № 86. А присутствие вируса папилломы человека высокоонкогенного риска на фоне эктопированного цилиндрического эпителия и зоны трансформации I типа делает хронический воспалительный процесс на шейке матки принципиально отличающимся от аналогичного хронического цервицита без наличия ВПЧ. Проведенный анализ показал, что в этой группе больных без дисплазии эпителия ВПЧ высокоонкогенного риска обнаружен почти у половины (46%) женщин.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кулинич С. И., Свердлова Е. С. Роль кольпоскопии в дифференциальной диагностике инфекционных заболеваний шейки матки // Дальневосточный медицинский журнал. – 2009. – № 2. – С. 48–51.

2. Русакевич П. С., Гришанов Р. В. Системный функциональный подход к диагностике и лечению вирусных изменений цервикса // Сибирский онкологический журнал. – 2011. – № 3. – С. 22–28.

3. Kovanda A. Pre-vaccination distribution of human papillomavirus (HPV) genotypes in woman with cervical intraepithelial neoplasia grade 3 (CIN 3) lesions in Slovenia / A. Kovarda, U. Juvan, A. Sterbenc et al. // Acta dermatovenerol alp panonica adriat. – 2009. – Jun. Vol. 18 (2). – P. 47–52.

4. Park J. Y. Risk factors predicting residual disease in subsequent hysterectomy following conization for cervical intraepithelial neoplasia (CIN) III and microinvasive cervical cancer / J. Park, S. M. Lee, C. W. Yoo, S. Kang, S. Y. Park, S. S. Seo // Gynecol. oncol. – 2007. – Vol. 107. – P. 39–44.

5. Volante R. Quality of colposcopy and treatment: data from the national survey of Italian organised cervical screening programmes / R. Volante, P. Giubilato et al. // Epidemiol. prev. – 2008. – Mar.-Apr. Vol. 32 (2). Suppl. 1. – P. 69–76.

Поступила 09.10.2015

Р. А. МУСОЛЬЯНЦ, И. И. КУЦЕНКО, Е. И. КРАВЦОВА, Н. Р. ДАНИЛОВА

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАЗЛИЧНОЙ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ РЕЦИДИВОВ СИНДРОМА ХРОНИЧЕСКОЙ ТАЗОВОЙ БОЛИ ПРИ ПЕРИТОНЕАЛЬНОМ ЭНДОМЕТРИОЗЕ

Кафедра акушерства, гинекологии и перинатологии

ГБОУ ВПО «Кубанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Краснодар, ул. Седина, 4; тел. 8 (918) 9357729. E-mail: musolyants87@mail.ru

Представлен сравнительный анализ клинической эффективности терапии рецидивов синдрома хронической тазовой боли, обусловленной перитонеальным эндометриозом: монотерапией диеногестом и комбинированной терапией интерлейкином-2 (ИЛ-2) и диеногестом. Доказано, что применение диеногеста в сочетании с интерлейкином-2 (ронколейкин) с переходом на поддерживающую терапию диеногест-содержащими КОК более эффективно купирует болевой синдром, устраняет психоэмоциональные нарушения и предупреждает повторные рецидивы.

Ключевые слова: синдром хронической тазовой боли, эндометриоз, диеногест, ронколейкин, диеногест-содержащие оральные контрацептивы.

R. A. MUSOLYANTS, I. I. KUTSENKO, E. I. KRAVTSOVA, N. R. DANILOVA

DRUG THERAPY EFFICACY FOR THE SYNDROME OF CHRONIC PELVIC PAIN RELAPSES IN PERINATAL ENDOMETRIOSIS

*Chair of obstetrics, gynecology and perinatology state educational institution of higher professional learning
Kuban state medical university of the Ministry of health care of the Russian Federation,
Russia, Krasnodar, Sedin str., 4; tel. 8 (918) 9357729. E-mail: musolyants87@mail.ru*

Comparative analysis of drug therapy efficacy for the syndrome of chronic pelvic pain relapses in perinatal endometriosis has been presented: it included dienogest monotherapy and combined interleukin-2 (il-2) and dienogest therapy. It has been proved that dienogest in combination with Interleukin-2 (ronkoleukin) followed by supportive therapy with dienogest-containing oral contraceptives (DCOK) is more effective for arresting pain syndrome, eliminating psycho-emotional disorders and preventing relapses.