

УДК 618.146-07:618.3

**Н. Л. Громыко, Е. Л. Лакудас, О. Э. Грек, М. В. Рудько, Е. В. Захарова**

*Учреждение образования*

*«Гомельский государственный медицинский университет»*

*г. Гомель, Республика Беларусь*

*Учреждение здравоохранения*

*«Гомельская городская клиническая больница № 4»*

## **ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ ПАТОЛОГИИ ШЕЙКИ МАТКИ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ**

### ***Введение***

У женщин в 30–39 лет рак шейки матки занимает лидирующее место среди причин смертности от злокачественных новообразований женских половых органов (24,4 %) и занимает второе место в возрастной группе пациенток 40–49 лет (14,8 %). Цервикальная интраэпителиальная неоплазия II, III степени и микроинвазивный рак имеют риск прогрессирования в инвазивный процесс у беременных женщин от 1,1 до 3,6 %. Данные литературных источников свидетельствуют о различной частоте инфицирования вирусом папилломы человека (ВПЧ) беременных. В некоторых исследованиях отмечена высокая частота инфицирования, достигающая 20,2 – 24,3 %, в других — низкая, не превышающая 1,3– 4,4 %. Генотипы ВПЧ высокого канцерогенного риска (ВПЧ ВКР) выявляются у 68,2 % беременных, инфицированных ВПЧ. Во время беременности происходят физиологические изменения тканей шейки матки, отражающиеся на цитологической картине мазков, характеризующиеся гиперплазией железистого эпителия, присутствием децидуальных клеток, наличием большого числа «голых ядер» ввиду активного цитолиза эпителиоцитов. Факторы риска, распространенность и скорость развития цервикальной интраэпителиальной неоплазии во время беременности сопоставимы с подобными изменениями, наблюдаемыми у небеременных пациенток [1, 2].

Беременная женщина с аномальными цитологическими результатами, как и небеременная требует углубленной диагностики, в первую очередь, кольпоскопической. Кольпоскопия служит важной дополнительной составляющей в идентификации подозрительных изменений на шейке матки, дает возможность взятия прицельной биопсии. Методика кольпоскопии во время беременности не отличается от таковой вне беременности. Результаты с неудовлетворительной визуализацией являются редкостью во время беременности, так как зона трансформации обычно смещена в сторону влагалищной части шейки матки и доступна осмотру в 90–100 % случаев. Однако беременность видоизменяет кольпоскопическую картину шейки матки, что требует определенных навыков у специалиста по кольпоскопии. Затруднения могут быть связаны с увеличением размеров шейки матки, отеком стромы, гиперплазией железистого эпителия, увеличением продукции слизи, децидуальной реакцией стромы. Важно отметить, что повышенная васкуляризация шейки матки во время беременности и более заметная реакция с ацетоуксусной кислотой могут привести к гипердиагностике интраэпителиальных неоплазий во время беременности. Поэтому в диагностике изменений на шейке матки во время беременности невозможно ограничиваться одним из методов обследования, а целесообразно основываться на совокупности данных цитологического исследования, кольпоскопии, прицельной биопсии в подозрительных случаях [3].

***Цель***

Изучить диагностическую значимость цитологической и кольпоскопической диагностики при патологии шейки матки у беременных.

***Материалы и методы исследования***

Проведен ретроспективный анализ 41 истории болезни пациенток, госпитализированных в областной центр патологии шейки матки, расположенный на базе гинекологического отделения государственного учреждения здравоохранения «Гомельская городская клиническая больница № 4» с диагнозом патология шейки матки, выставленным на амбулаторном этапе наблюдения за беременной.

Беременным по показаниям проведена прицельная радиоволновая биопсия шейки матки. Удаление патологических участков шейки матки проведено радиохирургическим методом с использованием радиопетли в режиме «разрез и коагуляция» на глубину не менее 5–7 мм. Полученные образцы ткани отправлены на гистологическое исследование в патологоанатомическое отделение ГУЗ «ГОКИБ».

Статистическая обработка полученных данных проведена с использованием методов непараметрической статистики. Для описания качественных признаков использовали долю (Р) и 95 % доверительный интервал доли (95%ДИ).

***Результаты исследования и их обсуждение***

При направлении в стационар диагноз дисплазия легкой степени выставлен у 26 (63 %; 47–78 %) беременных, умеренной степени тяжести — у 12 (29 %; 16–45 %) беременных, тяжелой степени — у 3 (7 %; 2–20 %) пациенток.

Самопроизвольные и искусственные прерывания беременности в анамнезе отмечены у 13 (32 %; 18–48 %) беременных.

Кольпоскопия выполнена на амбулаторном этапе у 26 (63 %; 47–78 %) пациенток, в стационаре у 21 (51 %; 35–67 %) беременных. Обследование на наличие ДНК ВПЧ ВКР проведено у 4 (10 %; 3–23 %) пациенток на амбулаторном этапе и у 24 (59 %; 42–74 %) пациенток в стационаре.

Отсутствие указания на лечение фоновой или предраковой патологии шейки матки до беременности отмечено у 24 (59 %; 42–74 %) беременных.

Прицельная биопсия шейки матки по результатам комплексного обследования и при отсутствии противопоказаний была показана 30 пациенткам. Выполнена в 24 (80 %; 61–92 %) случаях, в 6 (20 %; 8–38 %) случаях получен информированный письменный отказ беременных.

Гистологическое подтверждение дисплазии шейки матки получено у 14 беременных (58 %; 37–78 %): легкая степень — 36 % (13–65 %); умеренная степень — 28 % (8–58 %); выраженная степень — 36 % (13–65 %). Цитологические изменения, соответствующие дисплазии легкой степени были подтверждены в 50 % случаев, в остальных случаях получено нормальное описание гистологической картины шейки матки. Предварительное цитологическое заключение о наличии дисплазии умеренной степени было подтверждено в 17 % случаев, в 33 % — получен ответ о наличии дисплазии легкой степени, в 50 % случаев — дисплазия шейки матки расценена как тяжелая. Предварительное цитологическое заключение о наличии дисплазии тяжелой степени подтверждено в 50 % случаев, в 50 % — выставлена дисплазия умеренной степени.

Кольпоскопия проведена у 24 (59 %; 42–74 %) беременных пациенток. Неудовлетворительная кольпоскопическая картина была подтверждена гистологическим диагнозом дисплазии шейки матки в 15 случаях (62 %; 40–81 %).

**Выводы**

1. Частота совпадения цитологического и гистологического исследования при дисплазии шейки матки составила 58 % (35–63 %). Причиной ложноположительных результатов диагностики послужили воспалительные и децидуальные изменения эпителия шейки матки.

2. Частота совпадения кольпоскопического и гистологического исследования при дисплазии шейки матки у беременных составила 62 % (40–81 %).

3. Учитывая совокупность полученных результатов, следует отметить, что данные кольпоскопических, цитологических и гистологических исследований у беременных должны оцениваться опытными специалистами с учетом гестационных особенностей архитектоники шейки матки во избежание гипердиагностики с одной стороны и послеоперационных отдаленных осложнений с другой стороны, так как основная цель скрининга у беременных – это исключение инвазивного рака шейки матки.

**СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Беременность и цервикальная интраэпителиальная неоплазия шейки матки / О. В. Яковлева, Т. Н. Глухова, И. Е. Рогожина, И. Н. Скупова // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2019. – Т. 15, № 1. – С. 19–23.

2. Внутриэпителиальные поражения плоского эпителия шейки матки тяжелой степени, диагностированные у женщин до и во время беременности (клинические случаи) / Ю. С. Фролова, Е. В. Грищенко, Л. Б. Николаева [и др.] // Мать и дитя в Кузбассе. – 2024. – № 4 (99). – С. 105–109.

3. Цервикальная интраэпителиальная неоплазия в сочетании с беременностью: диагностика, ведение, исходы / Е. А. Ульрих, Е. А. Вербитская, А. Ф. Урманчеева [и др.] // Вопросы онкологии. – 2014. – Т. 60, № 3. – С. 263–266.

**УДК618.14-007.44-06**

**И. А. Корбут<sup>1</sup>, В. Ю. Кирила<sup>2</sup>, Е. А. Петюк<sup>2</sup>, С. С. Талдыкина<sup>2</sup>**

*<sup>1</sup>Учреждение образования*

*«Гомельский государственный медицинский университет»*

*г. Гомель, Республика Беларусь*

*<sup>2</sup>Учреждение «Гомельская областная клиническая больница»*

*Гомель, Республика Беларусь*

**ПРОЛАПС ТАЗОВЫХ ОРГАНОВ У ЖЕНЩИН  
КАК ПРЕДИКТОР ДИСБИОТИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ**

**Введение**

Пролапс тазовых органов (тазовая десценция) – сложный динамический процесс, при котором происходит смещение половых органов до влагалищного входа или выпадением за его пределы [1]. Факторами риска являются возраст и недостаток половых гормонов, травмы во время родов, хроническое повышение внутрибрюшного давления, системная дисплазия соединительной ткани, генетическая обусловленность, дистрофические состояния и др.[2]. В ходе развивающихся структурных изменений архитектоники тазового дна происходит изменение качественного и количественного состава резидентной микрофлоры влагалища, что сопровождается клиникой влагалищных выделений и является одним из поводов визита к врачу [3]. Кроме того, к изменению видового состава и биоразнообразия облигатной вагинальной микробиоты может приводить и использование pessaries, а также выполнение реконструктивно-пластических оперативных вмешательств [1].