3. Histopathological spectrum of ovarian neoplasms: a single-center study / A. Batool, Z. Rathore, F. Jahangir [et al.] // Cureus Journal of Medical Science. – 2022. – Vol. 14. – P. 1.

4. Ovarian tumors-incidence and histopathological spectrum in tertiary care center, Valsad / A. S. Patel, J. M. Patel, K. J. Shah // IAIM. – 2018. – Vol. 2. – P. 84–93.

5. Key changes to the World Health Organization (WHO) classification of female genital tumours introduced in the 5th edition (2020) / W. G. McCluggage, N. Singh, C. B. Gilks // Histopathology. – 2022. – Vol. 80. – P. 762–778.

УДК 618.146-07-053

К. Е. Мушина, К. М. Ковалева

Научный руководитель: ассистент И. А. Тищенко

Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь

АНАЛИЗ ЧАСТОТЫ ВЫЯВЛЕНИЯ ПСЕВДОЭРОЗИИ ШЕЙКИ МАТКИ И SIL ШЕЙКИ МАТКИ В РАЗЛИЧНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ

Введение

Заболевания шейки матки занимают ведущее место в структуре патологии женской репродуктивной системы, что обусловлено как высокой частотой их встречаемости, так и потенциальным риском малигнизации. Ключевой проблемой является некорректное использование собирательного понятия «эрозия шейки матки» по отношению к различным по морфологической сути процессам. Этиологически термин «эрозия» подразумевает наличие поверхностного дефекта, изъязвления, ограниченной потери поверхностного эпителия.

Еще в конце XIX века (S. Ruge и J. Veit, 1878) было установлено, что в большинстве случаев наблюдаемый участок покраснения представляет собой не дефект ткани, а зону эктопии – выстилку из цилиндрического эпителия, в норме расположенного в цервикальном канале [1]. Для обозначения данного феномена в практику был введен термин «псевдоэрозия». С учетом вышеизложенного, большинство исследователей сходятся во мнении, что номенклатура «истинная эрозия» должна применяться исключительно в случаях верифицированного отсутствия поверхностного эпителия. Использование данного термина по отношению к цервикальной эктопии или зоне трансформации является этимологически и клинически некорректными.

В отличие от доброкачественных изменений (эктопия) и острых дефектов (истинная эрозия), особую клиническую значимость представляет цервикальная интраэпителиальная неоплазия (CIN).

Основополагающим экзогенным фактором развития цервикальной интраэпителиальной неоплазии и, в последующем, рака шейки матки признана персистенция вируса папилломы человека (ВПЧ) высокого онкогенного риска [2].

Ряд авторов (Ann Roman, Helena Spartz, Darron R. Brown, 2012) предлагают рассматривать ВПЧ-ассоциированный цервицит не просто как воспалительный процесс, а как ранний прогностический показатель, маркирующий высокий риск развития предраковых состояний [3].

Цель

Провести анализ частоты выявления псевдоэрозии шейки матки и SIL шейки матки в различных возрастных группах.

Материал и методы исследования

Проведен ретроспективный анализ 312 результатов биопсий шейки матки пациенток у женщин репродуктивного, перименопаузального и менопаузального возраста от 20 до 76 лет. Оценивались гистологические критерии: койлоцитоз, псевдоэрозия, цервицит, CIN (I–III).

Результаты исследования и их обсуждения

Анализ распределения патологии в зависимости от возраста пациенток выявил неравномерность поражения. Возрастной диапазон составляет от 20 до 76 лет. Средним возрастом является 39.2 лет. Наибольший процент выявления CIN (как суммарно, так и тяжелых степеней) пришелся на возрастные группы 45–49 лет (65,2%), 55–59 лет (60,9%) и 60–64 года (60,0%). Тяжелые степени неоплазии (CIN 3) чаще встречались в возрастных группах 30–39 лет. Так, в группе 30–34 года зафиксировано 7 случаев CIN 3 (12,1% от группы), а в группе 35–39 лет – также 7 случаев (14,6% от группы). Наименьшая доля патологии отмечена в группе 30–34 года (41,4%), однако именно в этой группе наблюдался один из самых высоких показателей CIN 3 (12,1%). Данные представлены в таблице 1.

Таблица 1 – Разбивка по возрасту с 5-ти летним возрастом

	Возрастные группы	CIN 1	CIN 2	CIN 3	Без CIN	Количество	% CIN
1	20–24	11	3	1	11	26	57.7
2	25–29	18	2	4	22	46	52.2
3	30–34	14	3	7	34	58	41.4
4	35–39	14	4	7	23	48	52.1
5	40–44	17	2	2	20	41	51.2
6	45–49	13	2	0	8	23	65.2
7	50–54	9	2	5	11	27	59.3
8	55–59	11	2	1	9	23	60.9
9	60–64	5	0	1	4	10	60.0
10	65–69	1	0	3	3	7	57.1
11	70–74	1	0	0	1	2	50.0
12	75–79	0	0	0	1	1	0.0

Из общего количества наблюдений цервикальная интраэпителиальная неоплазия (CIN) различной степени тяжести была выявлена у 165 пациенток, что составило 52,9% от всей выборки. Распределение по степеням тяжести было следующим: CIN 1 диагностирована в 114 случаях (36,5%), CIN 2 – в 20 случаях (6,4%), CIN 3 – в 31 случае (9,9%). Отсутствие признаков неоплазии (без CIN) зафиксировано в 147 наблюдениях (47,1%). Маркер ВПЧ инфекции (койлоцитоз) был обнаружен у 155 пациенток, что составило 49,7% случаев. Данные представлены на рисунке 1.

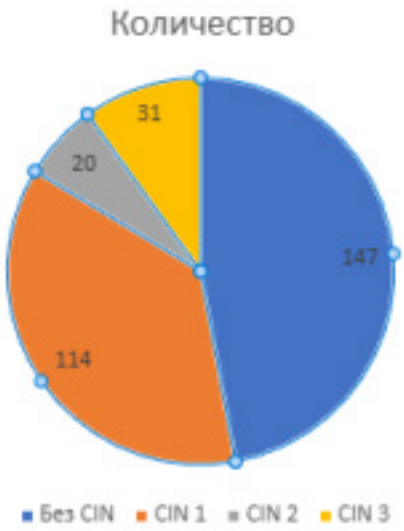


Рисунок 1 – Распределение пациентов по CIN

В структуре преобладает CIN 1(36,5%) в связи с ассоциированной ВПЧ-инфекцией. Высокая активность данного вируса связана с обнаружением койлоцитоза в 155 случаях (49,7%), что коррелирует с появлением неопластических изменений. Highgrade (CIN 3) преимущественно наблюдается у пациенток в возрастной группе 30–39 лет, что подчеркивает важность скрининга на ранних этапах выявления, и практически отсутствует у пациенток старше 70 лет. При CIN 1 койлоцитоз наблюдается в 88 случаях из 114 всех имеющихся, CIN 2 из 20 имеющихся 15 с койлоцитозом. А в варианте с CIN 3 из 31 случаев 24 содержат койлоцитоз.

Выводы

1. При обнаружении признаков дисплазии CIN 1 преобладает, так как является самым распространенным из возможных стадий.

2. CIN 2 и CIN 3 выявляются в большинстве своем у женщин репродуктивного и перименопаузального возрастов, так как в этом возрасте происходит анатомофизиологические изменений, в частности, снижение гормонов и персистирующая ВПЧ инфекция.

3. Отсутствие тяжелых поражений (CIN 2–3) у пациенток старше 70 лет, вероятно, объясняется как естественной регрессией части поражений на фоне возрастной инволюции, так и эффектом проведенного ранее лечения у данной возрастной группы.

4. Почти половина обследованных пациенток (49,7%) имела признаки активной ВПЧ инфекции, что сопоставимо с долей женщин, у которых была диагностирована CIN (52,9%). Данный факт позволяет рассматривать ВПЧ как ключевой фактор риска и пусковой механизм в развитии неопластической трансформации эпителия шейки матки.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Грищенко, В. И. Эктопия шейки матки: этиология, патогенез, диагностика и лечение / В. И. Грищенко, И. Н. Щербина // Международный медицинский журнал. – 2003. – № 1. – С. 77.

2. Papillomaviruses and cancer: from basic studies to clinical application / H. Zur Hausen // Nature Reviews Cancer. – 2002. – Vol. 2, № 5. – P. 342–350.

3. Качалина, Т. С. Хронический цервицит и ВПЧ-инфекция в репродуктивном возрасте. Пути снижения диагностической и лечебной агрессии / Т. С. Качалина, Н. М. Шахова, О. В. Качалина, Д. Д. Елисеева // Акушерство, гинекология и репродукция. – 2012. – Т. 6, № 4. – С. 7.