

Одни роды в анамнезе были у 16 (24,6 %) пациенток; 2 родов — у 45 (69,2 %); 3 и более родов — у 2 (3 %).

Один аборт в анамнезе был у 7 (10,7 %) женщин; 2 аборта — у 10 (15,3 %) женщин.

Таблица 1 — Распределение пациенток по виду ПТО

Вид пролапса	Количество пациенток	
	n	%
Ректоцеле	4	5,0
Цистоцеле	6	7,5
Сочетание ректо- и цистоцеле	49	61,2
Элонгация шейки матки	15	18,8
Полное выпадение матки и влагалища	6	7,5
Итого	80	100

Выводы

1. К одному из главных факторов развития пролапса относятся повторные роды через естественные родовые пути, а степень его напрямую связана с количеством родов.

2. Процент женщин с диагнозом ПТО увеличивается с возрастом и чаще встречается в менопаузальный период.

3. Часто наблюдается сочетание пролапса тазовых органов с такими заболеваниями и состояниями, как ревматоидный артрит, остеоартроз крупных суставов, варикозное расширение вен нижних конечностей, что подтверждает теорию системной дисплазии соединительной ткани как ведущей причины пролапсов тазовых органов.

4. Таким образом, ПТО можно считать мультифакторным заболеванием, что обуславливает необходимость комплексного и обоснованного выбора метода лечения, с одной стороны, а индивидуального метода хирургической коррекции, с другой стороны, для каждой пациентки.

ЛИТЕРАТУРА

1. Дубинская, Е. Д. Эффективность различных хирургических методов коррекции пролапса тазовых органов / Е. Д. Дубинская // Вестник Российского государственного медицинского университета. / Российский государственный медицинский университет; редкол.: И. А. Бабичева [и др.]. М., 2014. С. 2–7.
2. Carley, M. E. Urinary incontinence and pelvic organ prolapse in women with Marfan or Ehlers Danlos syndrome / M. E. Carley, J. Schaffer // Am J Obstet Gynecol. 2000. Vol. 182, № 5. P. 1021–1023.
3. Kerkhof, M. H. Changes in connective tissue in patients with pelvic organ prolapse — a review of the current literature / M. H. Kerkhof // Int Urogynecol J. 2009. № 20. P. 461–474.

УДК 618.146-002

КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ У ПАЦИЕНТОК С ЦЕРВИКАЛЬНОЙ ИНТРАЭПИТЕЛИАЛЬНОЙ НЕОПЛАЗИЕЙ РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ

Короткевич М. С.

Научный руководитель: к.м.н., ассистент С. С. Кравченко

Учреждение образования

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

Введение

Актуальной проблемой современной медицины является ВПЧ-инфекция из-за ее высокой частоты распространения, сложности в диагностике и онкогенного риска [1]. В 2020 г. рак шейки матки (РШМ) был выявлен у 600 тыс. женщин во всем мире, и это заболевание стало причиной смерти около 342 тыс.

женщин [2]. В Республике Беларусь этот показатель 16–19 на 100 тыс. женщин, следовательно, 800–900 новых случаев в год. По данным на 2021 г., РШМ захватил лидерство среди всех онкологических заболеваний репродуктивной системы у женщин [3].

Количество исследований на тему предраковых состояний шейки матки возрастает с каждым годом. Однако одним из главных выводов является необходимость ежегодного гинекологического обследования для профилактики РШМ и других заболеваний репродуктивной системы.

Согласно классификации ВОЗ (1995), выделяют легкую, умеренную и тяжелую дисплазию. Легкая степень дисплазии характеризуется сохранением нормального расположения поверхностного и промежуточного слоев. При умеренной степени дисплазии изменения захватывают больше половины толщи эпителиального пласта. В случаях выраженной (тяжелой) дисплазии изменения захватывают большую часть толщи эпителиального пласта, за исключением нескольких поверхностных слоев из зрелых клеток, сохраняющих нормальное строение [4]. Классическим скрининговым методом выявления изменений эпителия шейки матки является проведение ПАП-теста и кольпоскопии. При необходимости обследование дополняется биопсией шейки матки с последующим гистологическим исследованием ткани. [5]

Цель

Выявить особенности в акушерско-гинекологическом анамнезе и клинической картине у пациенток с дисплазией шейки матки различной степенью тяжести.

Материал и методы исследования

Проведен ретроспективный анамнез 60 амбулаторных карт ГЦГП № 1 за 2014–2021 гг. Пациенты были разделены на 2 группы: 1-я группа — 40 с гистологически подтвержденным диагнозом CIN 1–2 — LSIL, 2-я группа — 20 пациенток, у которых по данным патогистологического заключения выставлен диагноз CIN3 — HSIL. Статистическая обработка данных проведена с использованием компьютерных программ «Microsoft Excel 2013» и MedCalc 10.2.0.0. Количественные значения изучаемых признаков представляли в виде медианы и интерквартильного размаха (Me (25; 75), где Me — медиана, 25–25-й процентиль и 75–75-й процентиль. Качественные показатели представляли в виде абсолютного числа наблюдений и доли (%) от общего числа пациентов по выборке в целом или в соответствующей группе. Для сравнения в двух независимых группах по качественным признакам χ^2 -Пирсона. При сравнении результатов статистически значимыми считали различия при критическом уровне значимости $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

Возраст пациенток в обеих группах составил от 22 до 70 лет. Медиана возраста пациенток из 1-й группы — 39 (33,5; 48) лет, из 2-й — 40 лет (35; 47). Группы статистически сопоставимы.

Отсутствие жалоб было у 65% пациенток первой группы и 63% — из второй. Боль внизу живота была отмечена 40% пациентками из первой группы и 17,5 % — из 2-й. Контактные кровянистые выделения были характерны для 25% пациенток из группы LSIL и для 38 % — из группы HSIL. Нарушения менструального цикла были отмечены 10 % пациентками из 1-й группы и 10 % — из 2-й. Данные представлены в таблице 1.

Таблица 1 — Клиническая картина у обследованных пациенток

Клиническая картина	LSIL	HSIL	P
Отсутствие жалоб	58 %	62 %	0,69
Боль внизу живота	28 %	20 %	0,85
Контактные кровотечения	25 %	38 %	0,88
Нарушения менструального цикла	10 %	10 %	0,65

Среди гинекологического анамнеза в обеих группах превалирует киста яичника — 35 % в обеих группах, а также такие хронические воспалительные заболевания генитального тракта как кольпит, цервицит и сальпингоофорит. Данные представлены в таблице 2.

Таблица 2 — Гинекологическая патология пациенток с дисплазиями различных степеней

Диагноз	LSIL	HSIL	P
Хронический цервицит	28 %	20 %	0,85
Хронический сальпингоофорит	10 %	0 %	0,4
Кольпит	18 %	15 %	0,88
Киста яичника	25 %	5 %	0,2
Миома матки	10 %	15 %	0,935

Как видно из таблицы 2, нами не было выявлено статистически значимых различий между группами по частоте сопутствующей гинекологической патологии. Паритет беременности и родов у обследованных пациенток обеих групп представлены в таблице 3.

Таблица 3 — Количество беременностей у пациенток контрольной и основной групп

Количество беременностей	0	1	2	3	4
LSIL	13 %	40 %	25 %	13 %	10 %
HSIL	20 %	20 %	30 %	20 %	10 %
P	0,78	0,4	0,99	0,78	0,65
Количество родов	0	1	2	3	4
LSIL	13 %	40 %	30 %	15 %	3 %
HSIL	25 %	30 %	20 %	20 %	5 %
P	0,508	0,8	0,738	0,959	0,787

По данным таблицы 3 видно, что подавляющее большинство пациенток как первой, так и второй группы являются повторнобеременными (87 и 80 % соответственно) и повторнородящими (87 и 75 % соответственно). По количеству беременности и родов в анамнезе нами не было выявлено статистически значимых различий.

Выводы

В результате проведенной нами работы, нами было выявлено, что в более половины случаев у пациенток вне зависимости от степени дисплазии не выявляется клинических симптомов, наиболее часто выявляются контактные кровянистые выделения из половых путей, которые отмечали до 38% пациенток при тяжелой дисплазии и до 25 % при CIN 1–2. Среди гинекологической патологии превалируют кисты яичников (35 % в обеих группах) и воспалительные заболевания, которая встречается около 30 % случаев. Также следует отметить, что чаще дисплазии выявляются у повторнобеременных и повторнородящих пациенток, в том числе в первый год после родов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абакарова, П. Р. ВПЧ-ассоциированные заболевания шейки матки. Возможности комплексной терапии / П. Р. Абакарова, В. Н. Прилепская // Гинекология. 2017. Т. 19, № 5. С. 4–9.
2. Всемирная организация здравоохранения [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://www.euro.who.int>. Дата доступа 07.02.22.
3. Статистический ежегодник Республики Беларусь 2020 [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://www.belstat.gov.by>. Дата доступа: 07.02.2022.
4. Диагностика и выбор тактики ведения больных с диспластическими изменениями плоского эпителия шейки матки / А. Э. Протасова [и др.] // Журнал акушерства и женских болезней. 2013. Т. 62, № 1. С. 55–63.
5. Прилепская, В. Н. ВПЧ-ассоциированные заболевания шейки матки: скрининг, методы обследования, принципы лечения / В. Н. Прилепская // Гинекология. 2019. Т. 21, № 3. С. 6–8.