

3. Sipponen, P. Importance of atrophic gastritis in diagnostic and prevention of gastric cancer: Application of plasma biomarkers / P. Sipponen, D. Graham // Scand J. of Gastroenterology. — 2007. — Vol. 42. — P. 2–10.
4. Sheung, T. K. Treatment of Helicobacter pylori and prevention of gastric cancer / T. K. Sheung, B. C. Wong // J. of Digestive Diseases. — 2008. — Vol. 9. — P. 8–13.
5. Wu, A. H. Role of Helicobacter pylori CagA+ strains and risk of adenocarcinoma of the stomach and esophagus / A. H. Wu, G. E. Crabtree, L. Bernstein // Int. J. Cancer. — 2003. — Vol. 103. — P. 815–821.

УДК 616.46:616.31-002.828]:611.013.2

**МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПОСЛЕДА  
ПРИ МАНИФЕСТАЦИИ КАНДИДОЗНОЙ ИНФЕКЦИИ НИЖНИХ ОТДЕЛОВ  
ПОЛОВЫХ ПУТЕЙ В ПЕРИОД ГЕСТАЦИИ**

**Плющай В. В., Барановская Е. И.**

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

***Введение***

Вульвовагинальный кандидоз — инфекционное поражение слизистой оболочки вульвы и влагалища, вызываемое дрожжеподобными грибами рода *Candida* [1]. Кандиды являются условно-патогенными микроорганизмами, входящими в состав микрофлоры желудочно-кишечного и урогенитального трактов. Среди ведущих факторов риска манифестации кандидоза выделяют изменение гормонального фона женщины, угнетение иммунной системы организма, изменение нормальной микрофлоры влагалища. Все эти факторы имеют свое место при физиологической беременности. Кандидозной инфекцией нижних отделов половых путей болеют от 19,9 до 50,8 % беременных [2, 3, 4, 5].

Данное заболевание составляет важную проблему клинического акушерства, так как ассоциируется с угрозой прерывания беременности, самопроизвольными выкидышами, преждевременными родами, несвоевременным излитием околоплодных вод, хориоамнионитом, хронической гипоксией плода, рождением детей с малой массой тела, возникновением раневой инфекции родовых путей, послеродовым эндометритом. Особое значение проблема вульвовагинального кандидоза в период гестации приобретает из-за высокого риска поражения плода. Как правило, *Candida* проникает к плоду восходящим путем. Плацента — основной орган, защищающий организм плода от воздействия инфекционных и токсических факторов. Тяжесть заболевания плода и исход беременности напрямую зависит от срока, на котором произошло инфицирование. За последние 20 лет частота кандидоза среди доношенных новорожденных возросла с 1,9 до 15,6 %, описан случай внутриутробной гибели плода от сепсиса на 21-й неделе беременности [3, 5].

***Цель исследования***

Изучить морфологические изменения последа у женщин, беременность которых протекала с эпизодами кандидозной инфекции нижних отделов половых путей.

***Материалы и методы***

Нами обследованы 89 женщин в сроке гестации от 38 до 40 недель. Все беременные были разделены на две группы. В основную группу вошли 57 беременных, больных вульвовагинальным кандидозом, в контрольную группу — 32 женщины, не имевшие данного заболевания в течение беременности. Диагноз вульвовагинального кандидоза был выставлен на основании анамнеза, жалоб, клинических данных и результатов бактериоскопического и микробиологического методов исследования. Микрофлора нижних отделов половых путей у беременных была оценена микробиологическим методом, исследование проводили в бактериологических лабораториях УЗ «Гомельская областная клиническая больница» и УЗ «Гомельский областной клинический кожно-венерологический дис-

пансер». Степень роста патогенных и условно-патогенных микроорганизмов определяли в пересчете на 1 мл вагинального отделяемого (КОЕ/мл).

После родоразрешения проведено патогистологическое исследование последа в отделении детской и перинатальной патологии УЗ «Гомельское областное клиническое патологоанатомическое бюро».

Статистическую обработку данных проводили с использованием пакета программ Microsoft Excel for Windows. Определены доли (р, %) и стандартные ошибки доли (Sp, %). Для выявления достоверности различий в группах использовали критерий  $\chi^2$ , односторонний вариант точного критерия Фишера.

#### **Результаты и обсуждение**

Среди женщин основной группы — 24,6 ± 5,7 % болели вульвовагинальным кандидозом впервые в течение данной беременности, остальные — 75,4 ± 5,7 % болели повторно ( $\chi^2 = 27,5$ ).

Мы изучили микрофлору нижних отделов половых путей в основной и контрольной группах. В основной группе преобладают беременные, у которых дрожжеподобные грибы рода *Candida* находятся в ассоциации с другими патогенными и условно-патогенными микроорганизмами 66,7 ± 6,2 %, монокандидозная инфекция выявлена в 33,3 ± 6,2 % ( $\chi^2 = 11,4$ ,  $p = 0,001$ ). Микроорганизмы, наиболее часто выявленные бактериоскопическим и бактериологическим методами, представлены в таблице 1.

Таблица 1 — Структура патогенной и условно-патогенной микрофлоры половых путей у беременных

Название микроорганизма	Основная группа (n = 57)	Контрольная группа (n = 32)
<i>Ur. urealiticum</i>	12 (21,1 ± 5,4 %)	6 (18,6 ± 6,9 %)
<i>S. epidermidis</i>	12 (21,1 ± 5,4 %)	4 (12,5 ± 5,8 %)
<i>E. Coli</i>	4 (7,0 ± 3,4 %)	0
<i>S. saprophyticus</i>	3 (5,7 ± 2,9 %)* ( $p = 0,003$ )	9 (28,1 ± 7,9 %)
<i>Trichomonas vaginalis</i>	3 (5,7 ± 2,9 %)	0

\* Статистически значимые различия с пациентками контрольной группы.

Кондиломатоз вульвы и (или) влагалища диагностирован клинически у 13 беременных основной группы и у 1 — в контрольной группе, что составило 22,8 ± 5,6 и 3,1 ± 3,0 % от численности каждой группы соответственно ( $p = 0,01$ ).

Морфологические изменения последа невоспалительного генеза (циркуляторные и инволютивно-дистрофические) были выявлены как у пациенток с вульвовагинальным кандидозом, так и у женщин, не болеющих данной инфекцией половых путей в течение беременности. Циркуляторные изменения в виде ангиопатии были у 1 женщины в основной группе (1,8 ± 1,7 %) и у 1 — в контрольной группе (3,1 ± 3,0 %). Инволютивно-дистрофические изменения представлены в таблице 2.

Таблица 2 — Структура инволютивно-дистрофических изменений плаценты у женщин, болеющих вульвовагинальным кандидозом в период беременности и у беременных без данной инфекции

Наименование	Основная группа (n = 57)	Контрольная группа (n = 32)
Петрификаты	21 (36,8 ± 6,4 %)	10 (31,3 ± 8,2 %)
Выпадение фибриноида	12 (21,1 ± 5,4 %)	4 (12,5 ± 5,8 %)
Плацентарные аталектазы	4 (7,0 ± 3,4 %)	3 (9,4 ± 5,2 %)
Фиброз стромы ворсин	2 (3,5 ± 2,4 %)	2 (6,3 ± 4,3 %)
Псевдоинфаркты	1 (1,8 ± 1,7 %)	2 (6,3 ± 4,3 %)
Всего	40 (70,2 ± 6,1 %)	21 (65,6 ± 8,7 %)

В основной группе изменения воспалительного характера были выявлены в 28 последах, что составило  $49,1 \pm 6,6 \%$ , в 1,6 раз больше в сравнении с контрольной группой, в которой признаки воспаления обнаружены в 10 последах —  $31,3 \pm 8,2 \%$ . Мы проанализировали микрофлору половых путей у беременных основной группы с наличием воспалительной патологии последа. Сочетание дрожжеподобных грибов рода *Candida* с другими патогенными и условно-патогенными микроорганизмами диагностировано у  $78,6 \pm 7,8 \%$  беременных, монокандидозная инфекция — у  $21,4 \pm 7,8 \%$  беременных ( $\chi^2 = 16,1$ ).

В структуре воспалительных изменений первое место по частоте встречаемости занимает хориодецидуит, который обнаружен в основной группе в 2,3 раза чаще — в  $35,1 \pm 6,3 \%$  в сравнении с контрольной группой —  $15,6 \pm 6,4 \%$ . Второе место занимает виллузит, составляющий  $12,3 \pm 4,3$  и  $9,4 \pm 5,2 \%$  в двух группах соответственно. На третьем месте хориоамнионит, встречающийся в 2,3 раза чаще в основной группе —  $8,8 \pm 3,7 \%$  против  $3,1 \pm 3,0 \%$  в контрольной группе.

Патоморфологически выявленная патология последа воспалительного генеза представлена в таблице 3.

Таблица 3 — Структура воспалительных изменений последа у женщин, болеющих вульвовагинальным кандидозом в период беременности и у беременных без данной инфекции

Наименование	Основная группа (n = 57)	Контрольная группа (n = 32)
Омфаловаскулит	3 ( $5,3 \pm 2,9 \%$ )	2 ( $6,3 \pm 4,3 \%$ )
Фуникулит	1 ( $1,8 \pm 1,7 \%$ )	0
Виллузит	7 ( $12,3 \pm 4,3 \%$ )	3 ( $9,4 \pm 5,2 \%$ )
Хориодецидуит	20 ( $35,1 \pm 6,3 \%$ )	5 ( $15,6 \pm 6,4 \%$ )
Децидуит	3 ( $5,3 \pm 2,9 \%$ )	2 ( $6,3 \pm 4,3 \%$ )
Хориоамнионит	5 ( $8,8 \pm 3,7 \%$ )	1 ( $3,1 \pm 3,0 \%$ )
Мембранит	0	1 ( $3,1 \pm 3,0 \%$ )
Всего	39 ( $68,4 \pm 6,2 \%$ )	15 ( $46,9 \pm 8,8 \%$ )

Нами проанализирован механизм инфицирования последа в основной и контрольной группах (таблица 4).

Таблица 4 — Структура механизмов инфицирования среди женщин с наличием патологии последа воспалительного характера в основной и контрольной группах

Механизм инфицирования	Воспалительные изменения последа в основной группе (n = 28)	Воспалительные изменения последа в контрольной группе (n = 10)
Восходящий	17 ( $60,7 \pm 9,2 \%$ )* ( $\chi^2 = 8,7$ , p = 0,003) ( $\chi^2 = 11,0$ , p = 0,001)	5 ( $50,0 \pm 15,8 \%$ )
Гематогенный	6 ( $21,4 \pm 7,8 \%$ )	2 ( $20,0 \pm 12,6 \%$ )
Смешанный	5 ( $17,9 \pm 7,2 \%$ )	3 ( $30,0 \pm 14,5 \%$ )

\* Статистически значимые различия в сравнении с гематогенным и смешанным путями.

### Выводы

1. Вульвовагинальный кандидоз в период беременности характеризуется развитием повторных эпизодов заболевания ( $\chi^2 = 27,5$ ).

2. У беременных больных вульвовагинальным кандидозом дрожжеподобные грибы рода *Candida* находятся в ассоциации с другими патогенными и условно-патогенными микроорганизмами ( $\chi^2 = 11,4$ , p = 0,001), у них чаще диагностируется кондилломатоз вульвы и влагалища (p = 0,01).

3. У женщин, не болеющих вульвовагинальным кандидозом, в период гестации чаще бактериологическим методом в половых путях идентифицируется *S. saprophyticus* (p = 0,003).

4. При беременности, протекающей с манифестацией кандидозной инфекцией нижних отделов половых путей, увеличивается риск развития воспалительных изменений послеродового периода в 1,6 раза, а в структуре воспаления 2,3 раза превалирует хориодецидуит и хориоамнионит.

5. В структуре механизмов инфицирования послеродового периода у женщин с эпизодами кандидозной инфекции вульвы и влагалища в период гестации преобладает восходящий путь ( $\chi^2 = 11,0$ ,  $p = 0,001$ ), ( $\chi^2 = 8,7$ ,  $p = 0,003$ ).

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Куперт, А. Ф. Кандидозный вульвовагинит в современном акушерстве / А. Ф. Куперт, Н. В. Акудович // Российский вестник акушера-гинеколога. — 2005. — № 3. — С. 28–33.
2. Вагинальный кандидоз при беременности / О. А. Пересада [и др.] // Медицинские новости. — 2004. — № 6. — С. 91–93.
3. Занько, С. Н. Вагинальный кандидоз / С. Н. Занько // Охрана материнства и детства. — 2006. — № 5. — С. 64–71.
4. Eckert, L. O. Acute Vulvovaginitis / L. O. Eckert // The New England Journal of Medicine. — 2006. — Vol. 355, № 12. — P. 1244–1252.
5. Кузьмин, А. А. Алгоритм лечения вульвовагинального кандидоза у беременных / А. А. Кузьмин, Ю. В. Болтонова // Гинекология. — 2009. — Т. 10, № 3. — С. 26–28.

УДК 618.14-006.6-089-055.2

### АНАЛИЗ ЧАСТОТЫ ВСТРЕЧАЕМОСТИ РАКА ТЕЛА МАТКИ СРЕДИ МИНЧАНЕК ТРУДОСПОСОБОГО ВОЗРАСТА (МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ВЕРИФИКАЦИЯ ОПЕРАЦИОННОГО МАТЕРИАЛА)

<sup>1</sup>Рогов Ю. И., <sup>1</sup>Метельская М. А., <sup>2</sup>Савченко Е. В.

<sup>1</sup>Государственное учреждение образования  
«Белорусская медицинская академия последипломного образования»  
<sup>2</sup>Учреждение

«Минское городское клиническое патологоанатомическое бюро»  
г. Минск, Республика Беларусь

В настоящее время рак тела матки является одной из наиболее распространенных форм злокачественных опухолей у женщин в развитых странах мира. Увеличение средней продолжительности жизни женщин за последние десятилетия, частота урогенитальных нарушений, рост психологических нагрузок, ухудшение экологического фона, урбанизация способствуют повышению числа гиперпластических процессов, предрака и рака эндометрия. Частота рака эндометрия за последние 15 лет возросла в некоторых регионах Восточной Европы в два раза и по уровню заболеваемости занимает 1–2 место среди всех злокачественных опухолей женских гениталий [4]. Среди опухолей женского полового тракта рак тела матки отличается относительно благоприятным прогнозом, с общей выживаемостью больных выше 75 % [5].

В Беларуси в 1970 г. был выявлен 251 случай заболевания раком этой локализации, к середине 1980-х число ежегодно заболевших удвоилось, а в 2004 году увеличилось более чем в четыре раза [2] (показатель заболеваемости по Беларуси за 24 года увеличился с 5,7 до 23,7).

Большинство эпителиальных злокачественных опухолей тела матки представлено эндометриоидной аденокарциномой, которая, по данным разных авторов, составляет 85–90 % [3]. Остальные опухоли — это неэндометриоидные формы (серозная аденокарцинома, светлоклеточная аденокарцинома, плоскоклеточная карцинома, недифференцированная карцинома, муцинозная аденокарцинома, смешанная карцинома и др.) Рак эндометрия составляет 9 % всех раковых опухолей у женщин и занимает у них 7 место среди причин смерти от злокачественных новообразований. Преобладающий возраст — 50–60 лет [1]. Ростом заболеваемости этой опухолью и объясняется повышенное внимание к проблемам диагностики и лечения рака тела матки. Следует подчеркнуть, что