

**Агабабян Л.Р.,
Азимова ДЛ.,
Насирова З.А.**

ФАКТОРЫ РИСКА ЗАБОЛЕВАНИЙ ШЕЙКИ МАТКИ
Кафедра акушерства и гинекологии (зав. - доц. А.Т. Сафаров) ФУВ
СамМИ (ректор - проф. А.М. Шамсиев)

В помощь практическому врачу

Патологические процессы шейки матки занимают одно из ведущих мест в структуре гинекологической заболеваемости и не имеют тенденцию к снижению. На основании многочисленных исследований [1.6] выделены следующие факторы риска заболеваний шейки матки:

Особенности становления менструальной функции: раннее или позднее менархе. Раннее половое созревание увеличивает риск заболеваний шейки матки в 5-7,5 раз.

Сексуальный анамнез: раннее начало половой жизни, чрезмерная сексуальная активность, большое число половых партнеров создают условия для инфицирования и усугубляют течение заболеваний.

Инфицированность женского организма патогенной бактериальной, вирусной инфекцией [5.9].

Одинаково значимой в этиологии аденокарциномы и цервикальной плоскоклеточной карциномы (ЦПК) признана роль ВПЧ [8.10].

Показано, что у женщин с герпервирусной инфекцией половых органов наблюдается 2-4-кратное повышение риска последующего развития рака шейки матки, ВПГ 2 типа наряду с ВПЧ способен индуцировать плоскоклеточную карциному [5.4.7].

Цитомегаловирус человека способен усиливать неопластическую трансформацию клеток, инфицированных ВПЧ *in vitro*, и может участвовать в развитии цервикальных неоплазий [12.17].

Предполагается, что при ВИЧ-инфекции может развиваться цервикальная неоплазия, которая прогрессирует быстрее, чем обычно [10.12]. РШМ является наиболее частой злокачественной опухолью (55%) у ВИЧ-инфицированных, за ним следует лимфома и саркома Капоши [19.15]. Среди болезней - признаков СПИД - рак шейки матки занимает 6-е место по частоте. В настоящее время считается, что все больные CIN III и РШМ должны тестироваться на ВИЧ [13.16].

Репродуктивная функция: ранняя первая беременность и роды, большое число беременностей и родов, раннее менархе, гормональные нарушения, применение гормональных контрацептивов в течение 5-9 лет, травмы шейки матки. Так, установлено, что риск развития плоскоклеточного рака шейки матки достоверно выше у женщин, имеющих семь и более родов [19.20].

Низкий уровень половой гигиены, низкий социальный уровень, курение табака. В настоящее время имеются убедительные данные о высоком риске РШМ у курящих женщин. Отмечается ассоциация курения с ранним началом половой жизни, частой сменой половых партнеров, допускается

доканцерогенная роль содержащегося в табачном дыме никотина и котинина, обладающих способностью превращаться в канцерогенные агенты (нитрозамины) в присутствии специфической бактериальной инфекции [2.19.20].

В ряде эпидемиологических исследований показано, что рак шейки матки сравнительно редко поражает мусульманок и евреек, мужья которых подверглись циркумцизии [8.12]. Этот факт связывают с возможным канцерогенным действием белков смегмы. По мнению других авторов [18.16], канцерогены (гистон и протамин) содержатся не в смегме, а в сперме: протамин спермы в культуре ткани вызывает атипию многослойного плоского эпителия шейки матки.

В настоящее время в научной литературе широко обсуждается значение гормонального фактора в генезе заболеваний шейки матки [19.20]. Нарушения гормоночувствительности ткани-мишени могут играть роль в индукции новообразования [17.19]. Для появления CIN наиболее благоприятными являются периоды полового созревания и беременности, когда под воздействием гормональных факторов плоскоклеточная метаплазия происходит наиболее активно и подвергается мощному гормональному воздействию [12.18].

Роль местного иммунитета в развитии заболеваний шейки матки. Известно, что тяжесть и продолжительность воспалительных заболеваний органов малого таза, частота рецидивов папилломавирусных поражений шейки матки, возникновение и прогрессирование цервикальных интраэпителиальных неоплазий зависят от ряда факторов, решающим из которых является состояние местного иммунитета [15.16]. Местная иммунная система представлена лимфоидными структурами, макрофагами стромальных тканей шейки матки, а также гуморальными факторами - проникающими через сосудистую стенку из крови иммуноглобулинами классов А, М, G и местно секретируемым slgA. Иммуноглобулины в вагиналь-

ном секрете препятствуют прикреплению бактерий или вирусов к мембране клеток эпителия, активизируют каскад комплемента в уничтожении чувствительных микроорганизмов и поглощении макроорганизмов фагоцитами [18.15]. Важную роль в защите слизистых оболочек половых путей играет комплемент, вырабатываемый слизистой оболочкой шейки матки и влагалища. Непосредственно бактерицидным эффектом обладает лизоцим, содержащийся в вагинальном и цервикальном секрете, который усиливает активность нейтрофилов. К средствам локальной антиинфекционной защиты относятся лактоферин, В-лизины, интерфероны.

Таким образом, в иммунологическом аспекте секрет шейки матки является достаточно сложно организованной биологической средой, циклически изменяющейся и содержащей, кроме иммунологических факторов, аминокислоты, липиды, альбумин, преальбумин, гаптоглобулин, трансферрин, церулоплазмин, у-глобулин, гликопротеины [18.16]. Клеточный иммунитет представлен Т- и В-лимфоцитами и клетками макрофагально-

фагоцитарного ряда. Большое значение отводится антигенпродуцирующим клеткам Лангерганса в базальных слоях эпителия, играющим важную роль в иммунном защитном ответе на воздействие патогенов, в частности ВПЧ [17.20]. В настоящее время доказано, что адекватный иммунный ответ обеспечивается определенным гормональным гомеостазом, любые изменения которого приводят к нарушению нормальной иммунологической реактивности [10.19]. Известно, что стероидные гормоны оказывают модулирующее действие на функцию местного иммунитета шейки матки. Эстрогены стимулируют защитные реакции, а прогестерон ослабляет иммунный ответ. Под действием эстрогенов повышается IgA за 2-3 дня до начала овуляции [15.19]. Помимо влияния на общую систему иммунитета, инфекционные агенты вызывают изменения в местном иммунитете. Таким образом, анализ состояния местного иммунитета шейки матки необходим для прогнозирования развития возможных осложнений и для создания системы иммунокоррекции.

1. Аминодова И.П., Изменение показателей иммунограммы при тяжелых воспалительных заболеваниях внутренних половых органов, возникших на фоне внутриматочной контрацепции / И.П. Аминодова, И.К. Богатова, Л.А. Бабакова, Н.Г. Коряковская // Актуальные проблемы здоровья семьи:

Литература

2. Сб. науч. тр., посвящ. 20-летию основания ин-та. - Иваново, 2000. - С. 153-155.
3. Вихляева Е.М. Основные детерминанты репродуктивного поведения женщин: роды и индуцированный аборт/Е.М. Вихляева, Е.И. Планирование семьи. -2001. -№1.-С.15-18
4. Внутриматочная контрацепция: Руководство / Под ред. проф. В.Н. Прилепской. - М.: МЕДпресс, 2000. - 192с.
5. Константинова О.Д. Микрофлора репродуктивного тракта женщин при внутриматочных вмешательствах / О.Д. Константинова, Е.А. Кремлева, С.В. Черкасов, К.Л. Чертков // Журн. микробиологии, эпидемиологии и иммунобиологии - 2000. - № 2. - С. 98-100
6. Косарева Е.А. Факторы, влияющие на репродуктивное поведение женщин: Автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.33. - М., 2000. -20с.
7. Минкина, Г. Н. Сравнительная эффективность традиционной цитологии и кольпоскопии в скрининге заболеваний шейки матки / Г . Н. Минкина, О. В. Минкина, Ю. Г. Чепурная // Материалы VI Российского форума «Мать и дитя». - М., 2004. - С.420.
8. 7 . Прилепская В.Н. Гормональная внутриматочная левоноргестрел - рилизинг-система / В.Н. Прилепская, Л.И. Острейкова//Гинекология - 2002.-№1.-С.21-28.
9. 8 . Хабаров С.В. Внутриматочная контрацепция: эффективность, побочные явления и осложнения / С.В. Хабаров // Вести, новых мед. технологий. - 2001. - № 1. - С52-53.
10. 9 . Grimes D.A. Intrauterine device and upper-genital-tract infection / D.A. Grimes // Lancet. - 2000. - Vol.357. - №9254.-P. 1013-1019
11. Harrison-Woolrych M. Uterine perforation on intrauterine device insertion: is the incidence higher than previously reported?/ M. Harrison-Woolrych, J. Ashton, D. Coulter// Contraception - 2003. - Vol.67. -№1. - P.53-56
12. Hernandez Valencia M. Use of modified intrauterine device (IUD) TCu 380 with chromium filaments in the immediate postpartum /M. Hernandez Valencia, Flores L.C. Becerril // Ginecol. Obstet. Mex. - 2000. - № 68. - P.70
13. Intrauterine devices: antibiotic prophylaxis not necessary during insertion // Prescrire Int. - 2001. - Vol. 10. - № 53. - P.89.
14. Marret H. Intrauterine devices in general practice: a prospective study of 300 insertions / H. Marret, F Golfier, F. Vollerin et al. //J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod - 2002. - Vol.31. - № 5. - P.465-470.
15. Mohamed S.A. Acceptability for the use of postpartum intrauterine contraceptive devices: Assiut experience / S.A. Mohamed, M.A. Kamel, O.M. Shaaban, H.T. Salem // Med. Prine. Pract. - 2003. - Vol 12. - №3. - P.170-17
16. Thiery M. Intrauterine contraception: fi-om silver ring to intrauterine contraceptive implant / M. Thiery // Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod Biol. - 2000. - Vol. 90. - № 2. - P. 145-152.

17. Wildemeersch D. Intrauterine contraception in the year 2001: can intrauterine device use be revived with new improved contraceptive technology? / D. Wildemeersch, E. Schacht, M. Thiery, H. Van Kets // Eur. J. Contracept. Reprod. Health Care - 2000. - Vol. 5 - № 4. - P.295-304.
18. Wu S. Performance of the frameless GyneFix and the TCиЗВОА IUDs in a 3-year multicenter, randomized, comparative trial in parous women / S. Wu, J. Hu, D. Wildemeersch // Contraception - 2000. - Vol. 61. - № 2. - P.91-98
19. Welkovic S. Post-partum bleeding and infection after post-placental IUD insertion / S. Welkovic, L.O. Costa, A. Faundes et al. // Contraception - 2001. - Vol. 63.-№3.-P.155-158.
20. Stewart A. The effectiveness of the levonorgestrel-releasing intrauterine system in menorrhagia: a systematic review / A. Stewart, C Cummins, L. Gold et al. // Brit. J. Obstet. Gynecol. - 2001. - Vol. 108. - № 1. - P.74-86
21. Schor N. Women and contraception: knowledge and use of contraceptive methods / N. Schor, A.F. Ferreira, V.L. Machado et al. // Cad Saude Publica - 2000. - Vol. 16. - № 2. - P.377-384.

**Агабабян Л.Р.,
Азимова ДЛ.,
Насирова З.А.**

В помощь практическому врачу

ВНУТРИМАТОЧНАЯ КОНТРАЦЕПЦИЯ: НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ИЗВЕСТНОЙ ПРОБЛЕМЕ

Кафедра акушерства и гинекологии (зав. - доц. А.Т. Сафаров) ФУВ СамМИ (ректор - проф. А.М. Шамсиев)

Внутриматочные средства контрацепции используются во всем мире уже в течении четырех десятилетий. В настоящее время число женщин, использующих ВМС, оценивается, как более 100 миллионов, из которых почти 70% живут в Китае. В противоположность этому в других регионах мира применение ВМС менее распространено, варьируя от 7% в некоторых развитых странах до 0,5% в государствах Тропической Африки [3]. Из развитых стран ВМС наиболее широко распространена в Скандинавских странах и некоторых странах Восточной Европы. В Венгрии, Норвегии и Финляндии четверть замужних женщин детородного возраста пользуются ВМС [5.7]. ВМС является самым распространенным методом контрацепции на территории бывшего СССР. Например, в Казахстане 39,6% замужних женщин в возрасте 15-49 лет пользуются ВМС [7], в России, Украине и Кыргызстане 16 - 20% женщин детородного возраста пользуются ВМС [2.5]. В Узбекистане частота использования ВМС в среднем составляет 46%. В таких странах, как Канада, США, Австралия, Новая Зеландия, Япония около 5% или менее замужних женщин детородного возраста пользуются ВМС. За последние годы число пользователей ВМС сократилось в Великобритании и многих других развитых странах [15,16]. Одной из причин послужило широкое распространение и популяризация добровольной стерилизации среди женщин старшего возраста и мужчин [12.19].

Сегодня мы имеем три наиболее распространенных вида ВМС: нейтральные, изготовленные из пластика (Luprez Loop) или нержавеющей стали (Chineez ring), медьсодержащие - TCи380А, Мультилоад - MLCи 250 и 375 и NOVA T, содержащие гормоны - прогестерон (Progestacept) и левоноргестрел (Levo-Nova, Mirena) [6].

ВМС - очень эффективный метод контрацепции. Из 1000 женщин, использующих CU-T 380А, в первый годбеременеют 3-8 женщин. Это означает,

что от 992 до 997 женщин не забеременеют в течение первого года благодаря потреблению CU-T 380А.

Эффективное действие ВМС начинается с момента установления. Установить ВМС можно в любой день менструального цикла, когда удобно пациентке и если медработник с обоснованной уверенностью может утверждать, что женщина не беременна. ВМС предотвращает наступление беременности, если установлена до момента имплантации, т.е. может быть использовано в качестве средства экстренной контрацепции [2.4.5]. ВМС используются женщинами в течении более длительного времени, чем большинство других обратимых методов контрацепции. По данным обширных многоцентровых исследований, проведенных в развивающихся странах, примерно от 70 до более 90 из каждых ста женщин все еще пользовались ВМС по истечении года с момента установления [1.3.8]. В материалах исследования, проведенного Советом по проблемам народонаселения (США), содержатся данные о том, что 25 из каждых 100 женщин продолжают использовать ВМС TCи-380А через 8 лет после установки этого средства [9.10]. Результаты клинических испытаний показывают, что показатели продолжительности применения ВМС в клинических исследованиях также высоки или выше, чем те же показатели имплантатов - Норплант [11.12], выше, чем таковые для пероральных контрацептивов, презервативов или диафрагм [12.14]. Даже вне клинических испытаний ВМС характеризуется высо-