



МІЖНАРОДНИЙ МЕДИЧНИЙ ЖУРНАЛ

МЕЖДУНАРОДНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ
INTERNATIONAL MEDICAL JOURNAL

ЩОКВАРТАЛЬНИЙ
НАУКОВИЙ
ЖУРНАЛ

Том 20, № 2(78)'2014

Заснований 14.03.1995 р.
під назвою «Харківський
медичний журнал»,
перейменованій 09.07.1997 р.

**ЗАСНОВНИКИ,
ВИДАВЦІ**

Харківська медична академія
післядипломної освіти

Інститут проблем кріобіології
і кріомедицини
Національної академії наук
України

Харківське медичне
товариство

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ

Головний редактор професор **Є. В. КРИШТАЛЬ**

професор **О. Я. БАБАК**, чл.-кор. НАНУ і АМНУ **В. А. БОБРОВ**,
професор **В. В. БОЙКО**, чл.-кор. АПНУ **Л. Ф. БУРЛАЧУК**,
професор **М. М. ВЕЛИГОЦЬКИЙ**, професор **Ю. О. ВИННИК**,
академік **О. Ф. ВОЗІАНОВ**, професор **Г. І. ГАРЮК**,
професор **Э. Й. ГЕНДЕНШТЕЙН**, професор **Б. Л. ГУЛЬМАН**,
професор **Б. М. ДАЦЕНКО**, професор **Ю. О. КАРПОВ**,
академік **Г. В. КНИШОВ**, професор **М. І. КОЗУБ**, чл.-кор. АМНУ
В. Г. КОЛЯДЕНКО, професор **О. С. КОЧАРЯН**, академік **Ю. І. КУНДІЄВ**,
професор **В. М. ЛІСОВИЙ**, професор **О. Г. ЛУЦЕНКО**, академік **А. І. МАРТИНОВ**,
професор **Б. В. МИХАЙЛОВ**, професор **О. С. ПЕРЕВЕРЗЄВ**,
професор **М. І. ПИЛИПЕНКО**, професор **Т. М. ПОПОВСЬКА**,
професор **А. К. ПОПСУЙШАПКА**, професор **Б. П. САНДОМИРСЬКИЙ**,
академік **Г. І. СИДОРЕНКО**, професор **О. М. ХВИСЮК**, професор **М. І. ХВИСЮК**,
професор **В. Й. ЦЕЛУЙКО**, професор **Л. Ф. ШЕСТОПАЛОВА**

Відповідальний секретар доцент **Л. В. ЗАЙЦЕВА**

РЕДАКЦІЙНА РАДА

професор **Р. Я. АБДУЛЛАЕВ** (Україна), професор **К. І. БОДНЯ** (Україна), академік **Г. В. БОНДАР**
(Україна), професор **В. І. ВОЛКОВ** (Україна), професор **П. В. ВОЛОШИН** (Україна), професор
С. О. ГРИМБЛАТ (Україна), професор **К. Д. ГРИН** (Велика Британія), академік **Г. В. ДЗЯК**
(Україна), чл.-кор. АМНУ **Г. Д. ЖАБОЄДОВ** (Україна), чл.-кор. НАНУ і АМНУ **І. В. КОМІСАРОВ**
(Україна), докт. мед. наук **А. М. КОМПАНІЄЦЬ** (Україна), професор **І. Ю. КУЗЬМІНА**
(Україна), професор **Д. А. КУЛІ** (США), професор **В. В. КУХАРЧУК** (Росія), професор
В. Ф. КУЦЕВЛЯК, академік **О. М. ЛУКЬЯНОВА** (Україна), професор **Н. О. МАРУТА**
(Україна), чл.-кор. АМНУ **В. Ф. МОСКАЛЕНКО** (Україна), професор **В. Е. ОЛЕЙНИКОВ** (Росія),
професор **Д. М. ПОХОСТ** (США), академік **Г. М. САВЕЛЬЄВА** (Росія), чл.-кор. НАНУ і АМНУ
М. М. СЕРГІЄНКО (Україна), професор **Б. О. СИДОРЕНКО** (Росія), професор **І. К. СОСІН**
(Україна), професор **В. І. СТАРИКОВ** (Україна), професор **Р. ХЕТЦЕР** (Німеччина), професор
А. ЦАНДЕР (Німеччина), професор **С. Д. ШЕВЧЕНКО** (Україна), професор **Є. В. ШЛЯХТО** (Росія)

УДК 618.146-002.446:612.017.1

СОВРЕМЕННЫЕ КЛИНИКО-ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОК С ЭКТОПИЕЙ ШЕЙКИ МАТКИ

Проф. Н. А. ЩЕРБИНА¹, Д. А. ГОВСЕЕВ^{1,2}¹ Харьковский национальный медицинский университет,² КУЗ «Киевский городской родильный дом № 5»

Дана характеристика особенностей клинических проявлений эктопии шейки матки (полисимптомность, ранний сексуальный дебют, низкая частота использования барьерных методов контрацепции, наличие двух и более партнеров), факторов риска развития патологического процесса. Показана эффективность диагностического метода лазерной доплеровской флуометрии, комбинированного метода терапии эктопии шейки матки.

Ключевые слова: эктопия шейки матки, соматическая патология, гинекологический анамнез, лазерная доплеровская флуометрия.

Сохранение репродуктивного здоровья является одной из наиболее актуальных медико-социальных проблем. При демографическом кризисе увеличение заболеваемости среди женского населения вызывает большую обеспокоенность.

Исследования ведущих ученых Украины, проведенные в последнее время, свидетельствуют о повышении гинекологической заболеваемости и ухудшении состояния здоровья, которое не отвечает международным стандартам и постоянно подвергается различным негативным влияниям экзо- и эндогенного характера [1, 2].

Состояние репродуктивного здоровья женщин сегодня характеризуется широким распространением патологии шейки матки. Патологические процессы в данном органе женщин детородного возраста встречаются в 10–15% случаев и не имеют тенденции к снижению [2, 3]. Среди них одно из важных мест занимают эктопии (перемещение цилиндрического эпителия цервикального канала

на поверхность экзоцервикса), с морфологической позиции представляющие собой псевдоэрозии или экзоцервикозы.

В структуре гинекологической патологии женщин фертильного возраста эктопии составляют 10–25%, из них 80% приходится на фоновые и предраковые заболевания [1, 3].

Общеизвестно, что развитию злокачественных новообразований органов женской репродуктивной системы предшествуют доброкачественные или фоновые и предраковые заболевания, которые перерастают в злокачественную опухоль под воздействием различных факторов. Встречаясь преимущественно у женщин молодого возраста, эктопия в 3,6–9,0% случаев ведет к возникновению рака шейки матки [4, 5]. Одновременно у больных с псевдоэрозиями повышается частота и других заболеваний репродуктивной системы.

Современные широкомасштабные исследования показали, что рецидивирующие фоновые

заболевания шейки матки являются предрасполагающими факторами развития предракового процесса и **рака шейки матки, приводя к значительному снижению фертильности и инвалидизации больных** [6].

В нашей стране заболеваемость раком шейки матки остается высокой — 21,9 случаев на 100 тыс. женского населения, смертность от этой патологии — 9,1 случаев. По данным Национального канцер-реестра (2006), ежегодно в Украине от рака шейки матки умирают около 2500 женщин, из них 500 — трудоспособного возраста. В России у женщин фертильного возраста частота рака шейки матки за последнее десятилетие увеличилась вдвое и составляет 8,5% причин смерти пациенток в возрасте до 30 лет [6].

По данным литературы, частота встречаемости эктопии в различных формах составляет 38,8%, среди молодых нерожавших женщин — 22,0%, в структуре гинекологической заболеваемости — 9,0%, в структуре патологии шейки матки — 50,0% [5, 7].

Этиология эктопии шейки матки (ЭШМ) до настоящего времени окончательно не установлена. В многочисленных исследованиях специалистов различного профиля (морфологов, онкологов, гинекологов, вирусологов) доказана полиэтиологичность патологических процессов, протекающих в эктоцервиксе [3, 7]. К экзогенным факторам относят: раннее начало половой жизни, частую смену половых партнеров, инфекции гениталий, паритет и низкий социально-экономический уровень жизни женщины, раннюю первую беременность (в возрасте до 18 лет), травматические повреждения шейки матки (после абортов, осложненных родов), физические, химические, лекарственные факторы, производственные вредности [6–8]. Среди эндогенных факторов наиболее значимы нарушения гормонального гомеостаза, функций эндокринных желез (яичников, надпочечников, щитовидной железы), изменения состояния иммунологического и метаболического статусов [5, 9].

Клинические проявления ЭШМ весьма вариabельны, наиболее часто предъявляются жалобы на бели различной интенсивности, диспареунию, контактные кровянистые выделения, нарушения менструального цикла, боли [10].

Отсутствие единства в классификации патологических состояний шейки матки, оценке их прогностической значимости и лечения приводит к тому, что на практике возрастает количество как необоснованных хирургических вмешательств на шейке матки, так и случаев консерватизма в отношении данной патологии.

В норме физиологическая эктопия сопровождается процессом доброкачественной метаплазии, которая в среднем завершается за 12–18 мес, однако у подавляющего большинства женщин с эктопиями эпидермизация замедлена. Следует отметить, что чем длительнее процессы регенерации и метаплазии, тем большая вероятность воз-

никновения различных атипических изменений метапластического эпителия. По данным ряда авторов, факторами, инициирующими нарушение процессов метаплазии, являются иммунологические, гормональные (гиперэстрогения), инфекционные заболевания [11, 12].

Наиболее существенный вклад в рецидивирование фоновых процессов шейки матки вносит сочетание вирусных и бактериальных инфекций. Причиной повторного инфицирования и рецидивирования генитальных инфекций является нарушение локальной противoinфекционной резистентности слизистых оболочек влагалища на фоне развития вторичного иммунодефицита [4, 10, 13, 14].

Таким образом, анализ данных литературы показывает, что ЭШМ (псевдоэрозия) представляет собой полиэтиологический процесс с различными клиническими проявлениями. В связи с этим обследование пациенток должно быть направлено на установление причин, вызвавших появление псевдоэрозии, диагностику ее клинической формы, а также уточнение фона, который способствует длительному течению и, конечно же, разработке и внедрению новых достаточно эффективных и безопасных методов лечения ЭШМ.

В настоящее время активно обсуждается и находит подтверждение в многочисленных исследованиях взаимосвязь между изменениями системы микроциркуляции, тканевой перфузии и состоянием эпителия шейки матки, поскольку, по данным различных авторов, расстройства капиллярного звена кровотока играют ключевую роль в генезе различных заболеваний. Высокоинформативным и неинвазивным методом оценки локального периферического кровообращения в шейке матки является лазерная доплеровская флуометрия (ЛДФ). Для изучения микроциркуляции крови применяется зондирование ткани лазерным излучением, что позволяет исследовать динамические процессы перфузии тканей кровью в слизистых оболочках [15].

Лечение ЭШМ должно иметь профилактическое направление в отношении рака шейки матки, быть радикальным, но в то же время бережным, обеспечивающим сохранение анатомо-функциональной полноценности шейки матки, в значительной степени определяющей состояние репродуктивной системы. Приоритетной в современных условиях является разработка функционально щадящих методов лечения неосложненных и осложненных форм эктопий органа.

Длительное время наиболее распространенными в практической гинекологии были консервативные методы лечения, базирующиеся на использовании различного рода медикаментозных средств, улучшающих регенерацию клеток или их деструкцию с последующей эпителизацией. Однако такие лечебные подходы не всегда эффективны и продолжительны по времени их проведения. Кроме того, медикаментозные препараты воздействуют,

как правило, на поверхностный слой клеток, не затрагивая всю глубину пораженных тканей, что становится одной из причин частых рецидивов.

В настоящее время развитие радиохирургии, использующей режущие свойства радиоволн, значительно расширяет возможности врача при выборе метода лечения патологии шейки матки. Создание высокочастотных радиохирургических приборов, например «Сургитрона» (Ellman RUS, США) с выходной мощностью 3,8 Мгц, позволяет достичь эффекта разреза без физического мануального давления, при помощи тепла, выделяемого при сопротивлении тканями проникновению высокочастотных радиоволн [11, 16].

Особое место в успехе оперативного вмешательства занимает качественная предоперационная подготовка. Известно, что высокая степень бактериальной обсемененности влагалища, деструктивные изменения его тканей могут вызвать значительные осложнения при проведении операции, увеличить сроки выздоровления после оперативного вмешательства [11, 16]. В последнее время большую популярность приобрел метод озонотерапии, применяемый в хирургии как в качестве средства предоперационной подготовки, так и в послеоперационном периоде для ускорения процессов репарации тканей.

Несмотря на значительное количество публикаций, посвященных фоновым заболеваниям шейки матки, многие аспекты изучения современных комплексных подходов к улучшению состояния здоровья у пациенток с ЭШМ остаются спорными или малоизученными.

Цель нашей работы — изучение клинко-патогенетических особенностей ЭШМ и усовершенствование комплексных методов диагностики и лечения больных с данной патологией.

Под наблюдением находилось 120 женщин в возрасте от 18 до 37 лет. В основную группу вошли 90 женщин с ЭШМ, средний возраст которых составил $26 \pm 0,7$ года. Больные были разделены на две клинические подгруппы в зависимости от проводимого в последующем лечения: первую составили 45 пациенток, получавших радиоволновое лечение в комплексе с озонотерапией, во вторую вошли 45 женщин, у которых использовалось только радиоволновое воздействие.

Контрольную группу составили 30 здоровых женщин, средний возраст которых $28 \pm 0,8$ года.

Обследование больных проводилось в соответствии с приказом МЗ Украины от 31.12.2004 № 676 «Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги».

У пациенток устанавливали длительность заболевания, время появления жалоб и характер первых симптомов, последовательность их развития. Обращали также внимание на характер выделений из половых путей, их количество и продолжительность, наличие дизурических расстройств. При сборе анамнеза выясняли: особенности менструальной функции, дату последней менструации;

перенесенные беременности, их завершение, течение послеродового или послеабортного периода; перенесенные гинекологические заболевания, оперативные вмешательства, количество сексуальных партнеров, наличие незащищенного полового акта, методы контрацепции.

С помощью осмотра в зеркалах, кольпоскопического исследования определялись состояние слизистой оболочки влагалища, шейки матки, характер секрета, оценивались структура ЭШМ и влагалищная микрофлора. Всем женщинам проводились микробиологические исследования содержимого влагалища, уретры, цервикального канала с помощью общепринятых методов: посева на твердые и жидкие живильные среды с последующим выделением изолятов и их микроскопической, биохимической и серологической идентификации в соответствии с таксономическими тестами определителя бактерий Берджи.

У всех наблюдаемых пациенток было проведено исследование микроциркуляции в эпителии шейки матки методом ЛДФ с помощью серийного аппарата ЛАКК-02 («Лазма», Россия). Хирургическое лечение патологии шейки матки проводили радиоволновым хирургическим прибором «Сургитрон» фирмы ELLMAN RUS, США. Для озонотерапии готовили озонированный раствор с помощью аппарата «Озон-УМ-80» (Украина).

Клиническая картина больных обеих подгрупп была однородной. Частота различных признаков и симптомов (например, обильные выделения, зуд половых органов, гиперемия, контактные кровянистые выделения и т. п.) была подобной у всех обследованных женщин. Отсутствие жалоб отмечали лишь 4,4% пациенток. Доминирующими симптомами эктопии были обильные выделения (бели), контактные кровянистые выделения из половых путей и нарушения менструального цикла, что свидетельствует о возможных воспалительных процессах шейки матки и нарушениях гормонального статуса. Достоверных различий в исследуемых клинических подгруппах выявлено не было (табл. 1).

Анализ анамнестических данных относительно патологического процесса шейки матки показал, что длительность заболевания до года регистри-

Таблица 1

Характер жалоб больных с эктопией шейки матки

Жалобы	Количество больных	
	абс. ч.	%
Бели	73	81,1±4,15
Кровянистые контактные выделения	8	8,9±3,02
Расстройства менструального цикла	7	7,8±2,84
Боли	5	5,6±2,44
Отсутствие жалоб	4	4,4±2,17

рвалась у 67,8±4,9% больных, от года до двух лет — у 32,2±4,9%. Существенных различий между группами не было, что подтверждает репрезентативность выборки.

Более чем треть (42,2±5,2%) больных получила амбулаторное консервативное лечение ЭШМ (влагилицные ванночки, жировые тампоны, спринцевание, ваготил, солковагин). Остальные пациентки за медицинской помощью обратились впервые.

Изучение менструальной функции позволило выяснить, что у абсолютного большинства (85,9±3,2%) пациенток менструации начались своевременно в возрасте 12–14 лет, у 8,3±2,5% — отмечалось позднее, а у 5,8±2,1% — раннее менархе, что в 2 раза чаще, чем в популяции ($p < 0,01$).

Средний возраст менархе в обследуемых группах не различался и составил в среднем: в контрольной группе — 12,8±0,3 года; в основной — 12,9±0,4 года (первая подгруппа) и 12,8±0,2 года (вторая подгруппа), что соответствует современным популяционным данным (12,7±0,3 года).

Не было выявлено достоверных различий как в длительности менструального цикла (контрольная группа — 28,2±0,4 дня; основная группа — 28,1±0,5 дня (первая подгруппа), 27,9±0,3 дня (вторая подгруппа)), так и в продолжительности самой менструации.

На сегодняшний день доказана связь между ранним началом половой жизни и воспалительными заболеваниями внутренних половых органов. Из сведений анамнеза следует отметить, что половая жизнь у 34 (28,3±4,1%) больных началась в возрасте 15–17 лет, у 60 (50,0±4,5%) — в возрасте 18–22 года, у 26 (21,7±3,7%) — в 23 года и позже. Причем дебют сексуальной активности в 15–16 лет более характерен для пациенток с ЭШМ (33,3 по сравнению 13,3%, $p < 0,01$). Наиболее

часто больные с ЭШМ использовали в качестве контрацепции прерванный половой акт, только немногим более трети пользовались барьерными методами контрацепции, практически половина из них имела двух и более половых партнеров.

Роды были указаны в анамнезе у 36 (30,0%) женщин, причем у 25 (20,8%) пациенток они носили физиологический характер, у 11 (9,2%) беременность и роды протекали с осложнениями. Аборты зафиксированы в анамнезе 62 (51,6%) обследованных, при этом у 4 (3,3%) женщин они были самопроизвольными.

Анализ сопутствующей гинекологической патологии показал, что различные воспалительные заболевания женских половых органов регистрировались у абсолютного большинства пациенток с ЭШМ (табл. 2).

Следует отметить, что у каждой второй больной диагностировалось в среднем по 2–3 гинекологических заболевания одновременно (в частности, воспалительные заболевания женских половых органов, дисфункциональные маточные кровотечения), что позволяет расценивать их как провоцирующие факторы доброкачественных заболеваний шейки матки.

Экстрагенитальные и инфекционные заболевания у обследованных женщин представлены в табл. 3.

Пациентки с ЭШМ достоверно чаще болели простудными заболеваниями и детскими инфекциями, чем женщины контрольной группы (64,4 по сравнению 53,3%, $p < 0,05$). Заболевания органов желудочно-кишечного тракта (гастриты, колиты, холециститы) почти в 1,5 раза чаще встречались у больных с эктопией по сравнению женщинами контрольной группы, изменения со стороны щитовидной железы наблюдались с одинаковой

Таблица 2

Перенесенные гинекологические заболевания

Заболевания	Основная группа				Контрольная группа, n = 30	
	первая подгруппа, n = 45		вторая подгруппа, n = 45		абс. ч.	%
	абс. ч.	%	абс. ч.	%		
Кольпит	25	55,5±7,5***	26	57,8±7,4***	4	13,3±6,3
Сальпингоофорит	10	22,2±6,3***	11	24,4±6,5***	2	6,7±4,6
Дисфункциональные маточные кровотечения	8	17,7±5,8	10	22,2±6,3	—	—
Синдром поликистозных яичников	3	6,7±3,7	4	8,9±4,3	—	—
Кисты яичников	3	6,7±3,7*	4	8,9±4,3**	1	3,3±3,2
Апоплексия яичника	2	4,4±3,1	2	4,4±3,1	1	3,3±3,2
Внематочная беременность	3	6,7±3,7	3	6,7±3,7	—	—
Лейомиома матки	2	4,4±3,1	2	4,4±3,1	—	—
Эндометриоз	1	2,2±2,1	1	2,2±2,1	—	—

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$ — по сравнению с контрольной группой.

частотой у обследованных обеих групп. Патология мочевыводящей системы имела место у 12 (13,3±3,6%) больных основной группы, т. е. встречалась в 4 раза чаще (3,3±3,2%), чем в контрольной группе. Это подтверждает данные о том, что инфекция мочевыводящей системы может способствовать возникновению эктопии.

Результаты изучения локальной микроциркуляции у обследованных больных оценивались по интегральной характеристике капиллярного кровотока, регистрируемой при ЛДФ, которая представляет собой показатель микроциркуляции (ПМ), являющийся функцией от концентрации эритроцитов в измеряемом объеме ткани и их усредненной скорости. При анализе результатов ЛДФ-грамм у всех больных были диагностированы нарушения базального кровотока, что проявлялось в снижении ПМ, при этом данные характеристики микрокровотока у больных с ЭШМ достоверно отличались от таковых у здоровых женщин. Изучены результаты традиционного радиохирургического лечения больных с ЭШМ (первая подгруппа) и разработанного нами комбинированного способа лечения с применением озонотерапии (вторая подгруппа). Положительная динамика отчетливо просматривалась и при анализе ЛДФ-грамм у пациенток из второй подгруппы, тогда как у больных из первой подгруппы характерных изменений не наблюдалось.

Сравнительная характеристика результатов применения модифицированных терапевтических методик показала, что нарушения микроциркуляции у больных с ЭШМ носят обратимый характер и хорошо поддаются корригирующей комплексной терапии. Результаты ЛДФ-исследования показали, что через 3 мес после традиционного лечения пациенток первой подгруппы анализ состояния микроциркуляции методом ЛДФ не выявил достоверных отличий значений ее индексов по сравнению с таковыми до лечения. При исследовании локальной гемодинамики у больных второй подгруппы было установлено, что несмотря на сохраняющиеся застойные явления, через 3 мес после

проведенной комбинированной терапии в среднем в 1,2 раза повышались индексы эффективности кровообращения в шейке матки, а показатель микроциркуляции увеличивался в 1,5 раза.

Рецидивы заболевания, выявленные через 3 мес после традиционного лечения, наблюдались у 13,3% пациенток из первой подгруппы с застойным типом микроциркуляции и потребовали повторного радиохирургического вмешательства. Во второй подгруппе пациенток, получивших в послеоперационном периоде комбинированную терапию, рецидивов ЭШМ не было.

Таким образом, полученные результаты свидетельствуют об особенностях анамнеза и акушерского, и гинекологического, о наличии сопутствующей экстрагенитальной патологии, перенесенных детских инфекциях. Все это следует рассматривать как факторы риска относительно формирования ЭШМ, затяжного ее течения, частого рецидивирования в раннем репродуктивном возрасте. У данного контингента больных увеличивается частота и другой акушерско-гинекологической патологии: бесплодия, преждевременных родов, внутриутробного инфицирования плода, осложнений в родах и послеродовом периоде. В этой связи проблема ЭШМ приобрела не только медицинское, но и социальное значение и требует поиска путей оптимизации ее лечения. Стойкие положительные результаты лечения с применением медицинского озона в комплексной терапии позволяют рекомендовать данный метод как одно из важных направлений в восстановлении репродуктивного здоровья пациенток с ЭШМ.

Проведенное исследование позволяет сделать следующие выводы.

1. Для больных с ЭШМ характерными являются ранний сексуальный дебют, низкая частота использования барьерных методов контрацепции, наличие двух и более половых партнеров.

2. Высокая частота перенесенных инфекционных и воспалительных заболеваний, в том числе и гинекологических, медицинских аборт, наличие сопутствующей экстрагенитальной пато-

Таблица 3

Перенесенные детские инфекции и сопутствующая экстрагенитальная патология

Заболевания	Основная группа, n = 90		Контрольная группа, n = 30	
	абс. ч.	%	абс. ч.	%
Детские инфекции	58	64,4±5,1**	16	53,3±9,3
Простудные заболевания (ОРВИ, тонзиллит, грипп)	72	80,0±4,2	22	73,3±8,2
Аппендэктомия	14	15,6±3,8	3	10,0±5,6
Заболевания органов дыхания	3	3,3±1,9*	2	6,7±4,6
Заболевания печени и желчных путей	9	10,0±3,2	2	6,7±4,6
Заболевания мочевыделительной системы	12	13,3±3,6***	1	3,3±3,2
Заболевания щитовидной железы	3	3,3±1,9	1	3,3±3,2

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,0001$ — по сравнению с контрольной группой.

логии могут рассматриваться как факторы риска развития патологического процесса шейки матки.

3. Традиционное хирургическое лечение не позволяет избежать рецидивов заболевания, а применяемое в послеоперационном периоде

комбинированное лечение с использованием радиохирургического воздействия и медицинского озона дает возможность улучшить микроциркуляцию, положительно влияя на дальнейшее течение раневого процесса и эффективность лечения в целом.

Список литературы

1. Здоровье женщины от юности до зрелости / В. В. Каминский, С. И. Жук, В. Н. Прилепская [и др.] // Здоров'я України.— 2007.— № 21.— С. 31–34.
2. Репродуктивное здоровье женщины и его состояние в современных условиях / В. В. Подольский, Н. Г. Горюченко, В. Л. Дронова [и др.] // Здоровье женщины.— 2002.— № 3 (11).— С. 111–117.
3. Клиническая гинекология. Избранные лекции // Практическая гинекология: от новых возможностей к новой стратегии: материалы конгр.; под ред. В. Н. Прилепской.— М.: МЕДпресс-информ, 2007.— 480 с.
4. Кудинов С. В. Иммунофизиологические характеристики женщин репродуктивного возраста в норме и патологии: автореф. дис. на соискание ученой степени канд. мед. наук: спец. 14.00.01 «Акушерство и гинекология» / С. В. Кудинов; Науч.-исслед. ин-т клин. иммунологии СО РАМН.— Тюмень, 2006.— 18 с.
5. Диагностические аспекты эктопии шейки матки / Н. Ю. Мелехова, А. Н. Иванян, Н. Л. Овсянкина [и др.] // Практическая гинекология: от новых возможностей к новой стратегии: матер. междунар. конгр.— М., 2006.— С. 118–119.
6. Овсянкина Н. Л. Клинико-диагностические аспекты эктопии шейки матки у пациенток с папилломавирусной инфекцией: автореф. дис. на соискание ученой степени канд. мед. наук: спец. 14.00.01 «Акушерство и гинекология» / Н. Л. Овсянкина.— М., 2011.— 20 с.
7. Прилепская В. Н. Эктопии и эрозии шейки матки / В. Н. Прилепская, Е. Б. Рудакова, А. В. Кононов.— М.: МЕДпресс-информ, 2002.— 176 с.
8. Кулаков В. И. Профилактика рака шейки матки. Руководство для врачей / В. И. Кулаков, Й. Павонен, В. Н. Прилепская.— М.: МЕДпресс-информ, 2007.— 56 с.
9. Реброва О. Ю. Статистический анализ медицинских данных / О. Ю. Реброва.— М.: Медиа Сфера, 2003.— 312 с.
10. Русакевич П. С. Заболевания шейки матки: симптоматология, диагностика, лечение, профилактика / П. С. Русакевич.— Минск: Вышэйшая школа, 2000.— 368 с.
11. Русакевич П. С. Системный патогенетический подход к диагностике и лечению доброкачественных (фоновых) и предраковых заболеваний шейки матки / П. С. Русакевич.— Минск: Полифакт, 2005.— 268 с.
12. Сидорова И. С. Фоновые и предраковые процессы шейки матки: учеб. пособ. / И. С. Сидорова.— М.: МИА, 2006.— 96 с.
13. Ferenczy A. Genital infections and Neoplasia / A. Ferenczy // Update.— 2006.— № 1.— P. 12–13.
14. Hayme U. B. Sexually transmitted diseases in adult non-pregnant women / U. B. Hayme // Curr. Opin. Obstet. Gynecol.— 2002.— Vol. 5, № 4.— P. 521–526.
15. Microcirculation in high perfusion microangiopathy / G. V. Belcaro, G. Laurora, M. R. Cesarone [et al.] // J. Cardiovasc. Surg. (Torino).— 1995.— Vol. 36, № 4.— P. 393–398.
16. Lewis P. L. A comparison of cold knife, CO2 laser, and electrosurgical loop conization in the treatment of cervical intraepithelial neoplasia / P. L. Lewis, M. Lashgari // J. Gynecol. Surg.— 2004.— Vol. 10, № 4.— P. 229–234.

СУЧАСНІ КЛІНІКО-ПАТОГЕНЕТИЧНІ АСПЕКТИ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТОК ІЗ ЕКТОПІЄЮ ШИЙКИ МАТКИ

М. О. ЩЕРБИНА, Д. О. ГОВСЕЄВ

Подано характеристику особливостей клінічних проявів ектопії шийки матки (полісимптомність, ранній сексуальний дебют, низька частота використання бар'єрних методів контрацепції, наявність двох і більше партнерів), факторів ризику розвитку патологічного процесу. Показано ефективність діагностичного методу лазерної доплерівської флуометрії, комбінованого методу терапії ектопії шийки матки.

Ключові слова: ектопія шийки матки, соматична патологія, гінекологічний анамнез, лазерна доплерівська флуометрія.

CURRENT CLINICAL AND PATHOGENETIC ASPECTS OF DIAGNOSIS AND TREATMENT OF PATIENTS WITH CERVICAL ECTOPIA

N. A. SCHERBINA, D. A. GOVSEYEV

The features of the clinical manifestations of cervical ectopia (numerous signs, early sexual debut, low frequency of using barrier methods of contraception, the existence of 2 or more partners) and

risk factors of the pathology development were characterized. The efficacy of laser Doppler flowmetry and combined therapy of patients with cervical ectopia.

Key words: cervical ectopia, somatic disorders, gynecological anamnesis, laser Doppler flowmetry.

Поступила 13.02.2014
