

© Мазур Ю. Ю., Пирогова В. І.

УДК 618.146-007.41-036.65-055.2

**Мазур Ю. Ю., Пирогова В. І.**

## **СУЧАСНІ ПОГЛЯДИ НА РЕЦИДИВУВАННЯ ЕКТОПІЇ ШИЙКИ МАТКИ У ЖІНОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ**

**Львівський національний медичний університет  
імені Данила Галицького (м. Львів)**

**julia.mazur@ukr.net**

Дана робота є фрагментом НДР «Вивчення стану репродуктивного здоров'я жінок Львівсько-Волинського регіону і розробка заходів для корекції виявлених порушень» (№ державної реєстрації 0114U004779).

Захворювання шийки матки (ШМ) стійко залишаються провідною патологією в структурі гінекологічної захворюваності, що не має тенденції до зниження. Згідно результатів епідеміологічних досліджень, у кожній четвертій пацієнтки виявляють ту чи іншу патологію ШМ [17]. Так, дана група захворювань діагностується в середньому у 25-45% пацієнток, і на даний час відзначається тенденція до підвищення її рівня у жінок віком до 30 років [5].

Доброякісні патологічні процеси ШМ займають перше місце у структурі амбулаторної гінекологічної захворюваності, їх питома вага варіює від 38,8% (серед жіночого населення) до 70% (від контингенту гінекологічних хворих) [1, 19].

Ектопія ШМ, у свою чергу, належить до найпоширеніших доброякісних гінекологічних захворювань та, згідно даних різних науковців, зустрічається у 10-15% жінок, що звертаються до гінеколога [11, 23] та загалом спостерігається у 38,8% жінок репродуктивного віку [32, 34].

Максимальну частоту захворюваності відзначають у молодих жінок, що не народжували, віком до 25 років — до 52,2-90% [32].

У світі, за даними різних авторів, поширеність ектопії ШМ серед жіночого населення складає від 17-50% [36] і до 80% з прогресивним зниженням рівня захворюваності після 30 і 40 років [33].

Загальноновизнано, що на тлі ектопії ШМ вельми часто розвиваються передракові захворювання і рак ШМ. Наявність ектопії ШМ корелює з високою частотою безпліддя, спонтанних абортів та передчасних пологів [7].

Попри широкі сучасні діагностично-лікувальні можливості, частота рецидивування ектопії ШМ надалі залишається високою і складає до 40% [6]. Деякі автори вважають, що з ускладненою формою ектопії пов'язано 35,7% випадків рецидивів [21].

Озолина Л. А. зі співавторами [14], вивчаючи дану проблему, виявили, що навіть неодноразові спроби лікування в обстежених пацієнток з рецидивуванням ектопії ШМ — два (13%) і більше разів (20,4%) — виявлялися невдалими.

За даними літератури частота виникнення рецидиву ектопії ШМ після хімічної коагуляції варіює від 32,9% до 45,9% [2], після діатермокоагуляції — 55%

[38], при використанні лазерної вапоризації — 17-66,7% [39], а після кріодеструкції виникнення рецидивів може досягати 87% [9].

Механізми епідермізації ектопії ШМ реалізуються за рахунок процесів регенерації та загоєння. У процесі регенерації заміщення відбувається в напрямку від периферії ектопії до зовнішнього зіву з базального зародкового шару багатошарового плоского епітелію [35].

Основне значення в заміщенні циліндричного епітелію ектопії на багатошаровий плоский відіграє процес метаплазії.

При метаплазії багатошаровий плоский епітелій утворюється за рахунок проліферації дрібних резервних клітин циліндричного епітелію [20, 22].

Процеси регенерації та метаплазії доволі тривалі. Під впливом різних несприятливих факторів (імунологічних, гормональних (гіперестрогенія), інфекційних захворювань) вони можуть порушуватися. Чим триваліший процес, тим більше можливостей виникнення різних атипичних змін метаплазованого епітелію [27].

За зв'язку з попереднім лікуванням, виділяють рецидивуючу ектопію ранню (як результат неефективного проведеного лікування) і пізню (що виникла на тлі здорової, ефективно пролікованої ШМ).

Кольпоскопічні прояви ранньої рецидивуючої ектопії зазвичай з'являються через 1,5-2 місяці після лікування, пізньої — через 6 і більше місяців.

Припускають, що рання рецидивуюча ектопія є наслідком неефективно проведеного лікування, коли ділянка істинної ерозії (після електро- або кріонекрозу) знову покривається циліндричним епітелієм паралельно з процесом метаплазії. Діагноз ранньої рецидивуючої ектопії можна поставити через 2-3 місяці після проведеного лікування.

Лікарі-гінекологи нерідко трактують ранню рецидивуючу ектопію як «неповне загоєння ШМ» після електро- або кріолікування [21].

Припускають [15, 27], що наступні чинники сприяють рецидиву фонових захворювань ШМ і ектопії (табл.).

Таким чином, автори вважають, що причини виникнення рецидиву цервікальної патології в більшості своїй ймовірно збігаються з такими для первинного захворювання, що дозволяє припустити недостатнє їх врахування при первинному лікуванні, що в поєднанні з неефективним лікуванням може бути однією із причин виникнення рецидиву.

Таблиця. персистенції захворювань, що передаються статевим шляхом (ЗПСШ) [25].

Групи факторів ризику виникнення рецидиву фонових захворювань ШМ	
<b>I. Екзогенні:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ранній початок статевого життя і часта зміна статевих партнерів;</li> <li>• інфекції геніталій, викликані специфічною (вірусною) і банальною флорою;</li> <li>• паритет і низький соціально-економічний рівень життя жінки;</li> <li>• рання перша вагітність (у віці до 18 років);</li> <li>• травма ШМ після абортів і ускладнених пологів, а також наявність комплексних змін на шийці матки при первинному обстеженні (кольпоскопічних, гістологічних);</li> <li>• фізичні;</li> <li>• хімічні;</li> <li>• лікарські чинники (неадекватні консервативні / інвазивні методи лікування цервікальної патології);</li> <li>• виробничі шкідливості.</li> </ul>
<b>II. Ендогенні:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• порушення гормонального гомеостазу, пов'язані з функціями геніталій (раннє менархе і раннє статеве дозрівання, рання менопауза);</li> <li>• порушення функції ендокринних залоз (гіпофіза, яєчників, наднирників, щитовидної залози);</li> <li>• зміни стану імунологічного статусу і метаболічного гомеостазу.</li> </ul>

Хворостухина Н. Ф. і співавтори [29], досліджуючи причини рецидиву ектопії ШМ після коагуляції, отримали подібні результати. Так, при рецидивуючому перебігу ектопії ШМ відзначено достовірне збільшення частоти запальних захворювань статевих органів, порушень менструального циклу та ожиріння.

Деякі автори [8] вважають, що найбільш істотний вклад у рецидивування доброякісних процесів ШМ вносять поєднані (вірусні та бактеріальні) інфекції та гормональні порушення.

Рудакова Е. Б. [25] висунула припущення, що 35,7% усіх випадків рецидивів ектопії ШМ пов'язані з запальними процесами ШМ та піхви.

Так, ектопія ШМ реєструється у 47,5-80,8% жінок з хронічним цервіцитом, який на думку деяких авторів є однією із провідних причин розвитку ускладненої ектопії ШМ і обумовлює рецидив хвороби [16].

На даний час домінуюча роль запальних змін та захворювань у розвитку ектопії ШМ ставиться під сумнів, позаяк лише наявністю інфекції і змін гормонального фону складно пояснити всі випадки рецидивування, адже існує велика кількість інших факторів, що впливають на стан репродуктивної функції жінки [15].

Також деякі автори [29] допускають, що рецидивуюча ектопія ШМ асоціюється з дисбіотичними порушеннями вагінальної мікробіоти на тлі хронічних в'ялотекучих інфекцій уrogenітального тракту.

Овсянкина Н. Л. [13] вважає, що основним фактором патологічного перебігу ектопії ШМ є наявність папіломавірусного інфікування (ПВІ) з переважанням високоонкогенних типів (зокрема 18 типу).

Недостатньо вивчена роль порушень мікробіоти піхви у виникненні рецидивів ектопії ШМ. Даний стан також заслуговує на прицільну увагу, позаяк порушення мікробіоценозу піхви, що супроводжується зниженням вмісту лактобактерій та біфідобактерій, відображає стан місцевої протимікробної резистентності і може бути фактором, що сприяє тривалій

Деякі автори [30] висувують припущення, що також персистенція лактобацил (*Lactobacillus spp.*), маловірулентних факультативних анаеробів, може сприяти рецидивуванню ектопії ШМ, зокрема при цитолітичному вагінозі.

За думкою деяких авторів [18,21,37] виникнення рецидивів захворювання пов'язано з тим, що при лікуванні не враховується стан макроорганізму.

У даному контексті також заслуговує уваги та подальшого вивчення роль імунологічного фактору у виникненні рецидиву ектопії ШМ.

Деякі автори вважають, що у пацієнок з ектопією ШМ спостерігаються порушення інтегральності епітеліально-клітинного моношару, дисбаланс нормальної мікрофлори, пригнічення факторів місцевого імунітету піхви, що призводить до зниження колонізаційної резистентності слизових оболонок репродуктивного тракту [4].

Імуноморфологічні дослідження при ектопії свідчать про реактивність процесу в стромі ШМ і про можливий вплив рівня імуноглобулінів на процеси, що підтримують існування ектопії та провокують її рецидиви [3].

Так, деякі автори [31] припускають, що фонові захворювання ШМ і безпосередньо ектопія супроводжуються різноплановими порушеннями в системі місцевого імунітету, що проявляється зниженням концентрації IgA, sIgA і підвищенням IgG та М та свідчить про формування вторинного імунodefіциту у даної категорії пацієнок.

Дані зміни можуть потенціюватися і наявністю папіломавірусного інфікування (ПВІ). Так, Муслимова С. А. [12] вважає, що у такої категорії пацієнок характерні спільні закономірності в зміні імунологічних показників у шийковому секреті у порівнянні зі здоровими жінками: підвищення загальної кількості лейкоцитів, посилення лізосомальної активності та внутрішньоклітинного киснезалежного метаболізму нейтрофілів, зниження резерву їх бактерицидної функції, а також активності фагоцитозу.

Також було висунуто припущення, що в сучасних умовах ектопії ШМ протікають на тлі порушень місцевого імунного статусу і змін мікробіоценозу піхви. Широке застосування антибактеріальних препаратів для санації запальних захворювань піхви і ШМ сприяє підвищенню частоти аутоімунних реакцій, дисбактеріозів, які в свою чергу призводять до рецидивів захворювання [27].

Деякі автори [24] вважають, що при ектопії на тлі ПВІ і вагінального дисбіозу виявляється більш високий, ніж у пацієнок без ектопії ШМ, рівень проліферативної активності базальних та парабазальних клітин, при цьому відзначено дисбаланс імунної

системи за показниками клітинного імунітету (CD4, CD8, CD3) інтерферонового статусу, вмісту цитокінів та sIgA.

Існує також думка, що саме поєднання персистенції ЗПСШ, порушення складу мікрофлори, зниження місцевої імунної відповіді, нераціональних методів лікування, можливо, і є причиною рецидиву фонових захворювань ШМ [10].

Слід відзначити також, що до тепер не вирішеною залишається проблема запобігання та підвищення ефективності лікування рецидивів ектопії ШМ.

Існують досить суперечливі відомості та протиріччя, що стосуються ефективності медикаментозного лікування при фонових захворюваннях ШМ та у випадку їх рецидиву. Є неоднозначні відомості про доцільність використання фармакологічних засобів, що стимулюють регенеративні процеси в ШМ. Водночас, стан клітинного і гуморального імунітету у хворих з ектопією ШМ вивчено недостатньо. Отримані при цьому відомості відрізняються суперечливістю [28].

Незважаючи на прогресивність, новизну і, не перечуючи високого лікувального ефекту інвазивних методів лікування ектопії ШМ і безпосередньо рецидивів даної патології, дані методи лікування не позбавлені певних недоліків. При їх застосуванні можливі різні ускладнення — безпліддя, розриви ШМ під час пологів, «синдром коагульованої ШМ», ендометрити і безпосередньо рецидиви захворювання.

Так, Прилепская В. Н., Русакевич П. С. [26], аналізуючи причини недостатньої ефективності застосовуваних методів лікування, приходять до висновку, що невдачі пов'язані з відсутністю функціонального підходу, що враховує не тільки вплив на вогнище ектопії, а й на весь організм в цілому.

Відсутність єдиної думки про походження рецидиву захворювань ШМ, поліетіологічність причин рецидивування і прогресування патологічного процесу після проведеного раніше лікування диктують необхідність подальшого прицільного вивчення даної проблеми.

**Висновки.** Таким чином, на сьогодні не існує єдиної одностайної думки щодо причин та визначальних факторів рецидивування фонові патології й безпосередньо ектопії ШМ.

Дослідження складових етіопатогенезу ектопій ШМ і безпосередньо їх рецидивування потребують подальшого вивчення та систематизації.

Потребує детального дослідження роль та вплив дисбіозу піхви, порушень імунного статусу (зокрема локального імунітету), а також доєднання супутньої патології (безпосередньо ПВІ) як можливих визначальних факторів рецидивування ектопії ШМ у жінок репродуктивного віку.

Необхідною є розробка диференційованого комплексного поетапного підходу до лікування та запобігання рецидивів ектопій ШМ з прицільним впливом на етіопатогенетичні чинники їх виникнення.

## Література

1. Басова Т.А. Оценка эффективности клинико-лабораторной диагностики и повышение качества лечения хронического цервицита у женщин репродуктивного возраста в амбулаторно-поликлинических условиях: автореф. дис. на соискание уч. степени канд. мед. наук: спец. 14.01.01 «Акушерство и гинекология» / Т.А. Басова. — Саратов, 2012. — 23 с.
2. Буртушкина Н.К. Методы лечения доброкачественных заболеваний шейки матки / Н.К. Буртушкина // Сибирский медицинский журнал. — 2009. — № 4. — С. 16-21.
3. Возникевич И.Г. Хроническое воспаление и местный иммунитет эктоцервикса при железистых псевдоэрозиях и в условиях терапии низкочастотным ультразвуком / И.Г. Возникевич, А.В. Кононов, Е.Б. Рудакова // Межинститутский сб. науч. тр. — Омск, 1991. — С. 40-44.
4. Гавриленко Е.В. Изменение местной противоинфекционной защиты репродуктивного тракта у женщин с эктопией шейки матки / Е.В. Гавриленко, Е.П. Красноженов, Л.А. Агаркова, Н.Г. Белова // Сибирский медицинский журнал. — 2008. — № 4 (выпуск 1). — С. 48-50.
5. Говсеев Д.А. Иммунологические аспекты диагностики и лечения эктопий шейки матки / Д.А. Говсеев // Экспериментальная і клінічна медицина. — 2014. — № 1. — С. 120-123.
6. Говсеев Д.А. Оценка эффективности современных диагностических подходов к проблеме доброкачественной патологии шейки матки у женщин репродуктивного возраста / Д.А. Говсеев, Е.И. Скорбач, А.А. Дынник // Медицина сьогодні і завтра. — 2014. — № 2/3. — С. 128-133.
7. Грищенко В.И. Эктопия шейки матки: этиология, патогенез, диагностика и лечение / В.И. Грищенко, И.Н. Щербина // Международный медицинский журнал. — 2003. — Т. 9, № 1. — С. 77-81.
8. Дамиров М.М. Радиоволновые, криогенные и лазерные технологии в диагностике и лечении в гинекологии / М.М. Дамиров. — М.: БИНОМ, 2011. — 320 с.
9. Журкова И.В. Опыт лечения доброкачественных заболеваний шейки матки, обусловленных вирусом папилломы человека / И.В. Журкова // Проблемы репродукции. — 2010. — Т. 16, № 5. — С. 64-66.
10. Ковальчук Л.В. Оптимизация лечения фоновых заболеваний шейки матки / Л.В. Ковальчук, Л.В. Ганковская, Ю.Э. Добротихова, Н.В. Кореева // Лечебное дело. — 2009. — № 2. — С. 65-68.
11. Кустаров В.Н. Патология шейки матки / В.Н. Кустаров, В.А. Линде. — СПб.: Изд-во «Гиппократ», 2002. — 141 с.
12. Муслимова С.А. Локальный иммунный статус женщин с папилломавирусной инфекцией шейки матки / С.А. Муслимова // Наука и современность. — 2010. — № 3-1. — С. 191-195.
13. Овсянкина Н.Л. Клинико-диагностические аспекты эктопии шейки матки у пациенток с папилломавирусной инфекцией: автореф. дис. на соискание уч. степени канд. мед. наук: спец. 14.01.01 «Акушерство и гинекология» / Н.Л. Овсянкина. — М., 2011. — 18 с.
14. Озолина Л.А. Ведение пациенток с осложненной формой эктопии шейки матки / Л.А. Озолина // Здоровье женщины. — 2015. — № 3. — С. 56-59.

## ОГЛЯДИ ЛІТЕРАТУРИ

15. Павлушенко С.Д. Рецидив доброкачественных заболеваний шейки матки у женщин репродуктивного возраста: вновь возникшая патология или неэффективное лечение первичного эпизода / С.Д. Павлушенко // Репродуктивная медицина. — 2014. — № 1-2. — С. 30-32.
16. Панченко В.В. Клинико-морфологическая характеристика, оптимизация диагностики и лечения осложненной эктопии цилиндрического эпителия шейки матки: автореф. дис. на соискание уч. степени канд. мед. наук: спец. 14.01.01 «Акушерство и гинекология» / В.В. Панченко. — Ч., 2014. — 21 с.
17. Патология шейки и тела матки. Руководство для врачей / под ред. проф. Коханевич Е.В. — Нежин: Гидромакс, 2009. — 352 с.
18. Потапов В.О. Особливості рецепторного апарату епітелію шийки матки у жінок, інфікованих вірусом папіломи людини, що застосовують оральні контрацептиви / В.О. Потапов, Т.Р. Стрельцова // Медичні перспективи. — 2007. — Т. 12, № 3. — С. 50.
19. Прилепская В.Н. Патология шейки матки и генитальные инфекции / В.Н. Прилепская. — М.: МЕДпресс-информ, 2008. — 385 с.
20. Прилепская В.Н. Кольпоскопия. Практическое руководство / В.Н. Прилепская, С.И. Роговская, Е.А. Межевитинова. — М.: Медицинское информационное агентство, 2006. — 104 с.
21. Прилепская В.Н. Эктопии и эрозии шейки матки / В.Н. Прилепская, Е.Б. Рудакова, А.В. Кононов. — М.: МЕДпресс-информ, 2002. — 176 с.
22. Радзинский В.Е. Патология влагалища и шейки матки / В.Е. Радзинский, С.Н. Буянова, И.Б. Манухин, Н.И. Кондриков. — М.: Медицина, 1997. — 272 с.
23. Роговская С.И. Диагностика и лечение заболеваний шейки матки и наружных половых органов широкополосной радиоволновой хирургии и аргоноплазмовой абляции / С.И. Роговская, В.Н. Прилепская, Т.Н. Бебенева. — М., 2008. — 44 с.
24. Рудакова Е.Б. Папилломавирусная инфекция и влагалищный микробиоценоз / Е.Б. Рудакова // Здоровье женщины. — 2012. — № 5. — С. 26-28.
25. Рудакова Е.Б. Псевдоэрозия шейки матки (клиника, диагностика, лечение): автореф. дис. на соискание уч. степени д-ра мед. наук: спец. 14.01.01 «Акушерство и гинекология» / Е.Б. Рудакова. — М., 1996. — 41 с.
26. Русакевич П.С. Системный патогенетический подход к диагностике и лечению доброкачественных (фоновых) и предраковых заболеваний шейки матки / П.С. Русакевич. — Мн.: Полифакт, 2005. — 268 с.
27. Русакевич П.С. Эктопия шейки матки (современное состояние проблемы) / П.С. Русакевич, Н.П. Фокина // Охрана материнства и детства. — 2006. — № 1 (7). — С. 88-93.
28. Русакевич П.С. Эктопия шейки матки (современное состояние проблемы) часть 2 / П.С. Русакевич, Н.П. Фокина // Охрана материнства и детства. — 2006. — № 2 (8). — С. 91-98.
29. Хворостухина Н.Ф. Анализ причин рецидивирования эктопии шейки матки после коагуляции / Н.Ф. Хворостухина, Ю.В. Михеева, Д.А. Новичков // Фундаментальные исследования. — 2014. — № 10 (3). — С. 562-566.
30. Щербакова Н.В. Прогнозирование рецидивов эрозии шейки матки при цитолитическом вагинозе, вызванном лактобактериями / Н.В. Щербакова // Материалы IV-ой междисциплинарной научно-практической конференции кафедры дерматовенерологии КГМУ. — 2011. — С. 267-270.
31. Юнгер В.І. Особливості локального імунітету при фонових процесах шийки матки, асоційованих з генітальною патологією / В.І. Юнгер, О.М. Макарчук, О.Д. Ілик, О.Д. Бабій // Таврический медико-биологический вестник. — 2012. — Т. 15, № 2, ч. 2 (58). — С. 230-232.
32. Baseman J.G. The epidemiology of human papillomavirus infections / J.G. Baseman, L.A. Koustku // J. Clin. Virol. — 2005. — Vol. 32, № 1. — P. 16-24.
33. Bright P. Hormonal contraception and area of cervical ectopy: a longitudinal assessment / P. Bright, A. Turner, C. Morrison // Contraception. — 2011. — Vol. 84. — P. 512-519.
34. Dillner J. Can genital-tract human papillomavirus infection and cervical cancer be prevented with the vaccine / J. Dillner, D.R. Brown // Expert Rev. Mol. Med. — 2004. — Vol. 20. — P. 61.
35. Hallam N. Diathermy loop excision: a series of 1000 patients / N. Hallam, A. Edwards, G. Harher // J. Gynecol. Surv. — 1991. — Vol. 9. — P. 77-82.
36. Machado Junior L. Evidence for benefits from treating cervical ectopy: literature review / L. Machado Junior, A. Whitaker Dalmaso, H. de Carvalho // San Paulo Med. J. — 2008. — Vol. 126, № 2. — P. 132-139.
37. Nomelini R.S. Frequency of recurrence after surgical treatment of cervical intraepithelial neoplasia grade 1-3 / R.S. Nomelini, T.S. Kamikabeya, S.J. Adad [et al.] // Eur. J. Gynaecol. Oncol. — 2012. — Vol. 33, № 3. — P. 245-248.
38. Sjöborg K.D. Pregnancy outcome after cervical cone excision: a case-control study / K.D. Sjöborg, I. Vistad, S.S. Myhr [et al.] // Acta Obstet. Gynecol. Scand. — 2007. — Vol. 86. — P. 423-428.
39. Vetrano G. Laser vaporization in the management of CIN / G. Vetrano, P. Ciolli, S. Carboni [et al.] // Eur. J. Gynaecol. Oncol. — 2010. — Vol. 31, № 1. — P. 83-86.

УДК 618.146-007.41-036.65-055.2

### СУЧАСНІ ПОГЛЯДИ НА РЕЦИДИВУВАННЯ ЕКТОПІЇ ШИЙКИ МАТКИ У ЖІНОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ

Мазур Ю. Ю., Пирогова В. І.

**Резюме.** У статті відображено сучасний стан питання про рецидивування ектопії шийки матки (ШМ) у жінок репродуктивного віку. Показано розбіжності у визначенні провідних факторів рецидивування ектопії ШМ. Наведено суперечності щодо вибору оптимального методу як лікування ектопії ШМ з метою запобігання рецидиву, так і безпосередньо рецидиву даної патології. Окрім того, розглянуті основні недоліки домінуючих методів лікування як вперше виниклої, так і рецидиву ектопії ШМ. Представлені дані підтверджують гіпотезу про необхідність подальшого вивчення складових етіопатогенезу ектопій ШМ, а також розробки диференційованого комплексного поетапного підходу до лікування та профілактики рецидивів ектопій ШМ.

**Ключові слова:** ектопія шийки матки, рецидив, ЗПСШ, дисбіоз піхви, ПВІ, методи лікування ектопії шийки матки.

УДК 618.146-007.41-036.65-055.2

### СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О РЕЦИДИВИРОВАНИИ ЭКТОПИИ ШЕЙКИ МАТКИ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Мазур Ю. Ю., Пирогова В. И.

**Резюме.** В статье показано современное состояние вопроса о рецидивировании эктопии шейки матки (ШМ) у женщин репродуктивного возраста. Показано различия в определении ведущих факторов рецидивирования эктопии ШМ. Приведены противоречия в выборе оптимального метода лечения эктопии ШМ как с целью предотвращения рецидива, так и непосредственно рецидива данной патологии. Кроме того, рассмотрены основные недостатки доминирующих методов лечения как впервые возникшей, так и рецидива эктопии ШМ. Представленные данные подтверждают гипотезу о необходимости дальнейшего изучения составляющих этиопатогенеза эктопий ШМ, а также разработки дифференцированного комплексного поэтапного подхода к лечению и профилактике рецидивов эктопий ШМ.

**Ключевые слова:** эктопия шейки матки, рецидив, ЗППП, дисбиоз влагалища, ПВИ, методы лечения эктопии шейки матки.

UDC 618.146-007.41-036.65-055.2

### MODERN VIEW POINTS ON RECURRENT CERVICAL ECTOPY IN WOMEN OF REPRODUCTIVE AGE

Mazur Yu. Yu., Pyroghova V. I.

**Abstract.** The paper shows the current state of the problem of recurrent cervical ectopy in women of reproductive age.

Cervical ectopy, the presence of columnar cells from the endocervix on the ectocervix, is common in young women. Ectopy is present in up to 80% of sexually active adolescents, and prevalence then declines as women enter their 30s and 40s. However, factors associated with the evolution, devolution and relapse of cervical ectopy are not well understood.

Due to its thin, vascularized epithelium, ectopic tissue is fragile. Because of easy access to the blood and lymphatic systems, there is the possibility of decreased mucosal barriers to sexually transmitted infections, including HPV and HIV. Moreover, it is well-known that against a background of cervical ectopy precancerous diseases and cervical cancer develop very often. The presence of the ectopy correlates with the high incidence of infertility, spontaneous miscarriages and preterm delivery.

Despite extensive modern diagnostic and therapeutic possibilities, the frequency of cervical ectopy relapse is still high and reaches up to 40%. Some authors believe that inadequate treatment of cervical ectopy's complicated form is the reason of 35,7% of relapses.

According to some researches, the incidence of cervical ectopy relapse after chemical coagulation varies from 32,9% to 45,9%, after diathermocoagulation — 55%, after the laser vaporization — 17-66,7% and after cryosurgery relapses may reach up to 87%.

There is no unity in researchers' views on recurrent ectopy's leading reasons. As the main reason of relapse is considered following: not effective primary treatment; combined (viral and bacterial) infections and hormonal disorders; inflammation of the cervix (e. g., chronic cervicitis) and vagina; dysbiotic disorders of vaginal microbiota combined with chronic urogenital tract infections; the presence of high-oncogenic risk human papillomaviruses; not taking into account the state of the macroorganism during the ectopy treatment; factors inhibiting vaginal local immunity; the combination of persistent sexually transmitted diseases, disorders of vaginal microflora, reduced local immune response and irrational treatment.

There are also enough contradictions and conflicting information regarding the effectiveness of medicinal and invasive treatment of primary cervical ectopy and in case of its relapse.

Thus, in the paper were shown the existing differences in the determination of the leading factors of recurrent cervical ectopy. In the article were given the disagreements as in the selection of the optimal method of cervical ectopy treatment, as in prevention of this disease's relapse. In addition, the basic shortcomings of the dominant treatment of primary and recurrent cervical ectopy were given.

The given data supports the hypothesis about the need of the cervical ectopy pathogenesis further study, and the development of differentiated comprehensive phased approach to treatment and prevention of recurrent cervical ectopy.

**Keywords:** cervical ectopy, relapse, STDs, vaginal dysbiosis, PVI, cervical ectopy treatment.

*Рецензент — проф. Громова А. М.*

*Стаття надійшла 09.10.2016 року*