

12-перстной кишки 12 детей (9,92%), по 7 детей (5,79%) было в группах с атрезией ануса, синдромом Ледда, острой кишечной непроходимостью. У детей, оперированных с помощью радиоволнового скальпеля, осложнений со стороны послеоперационной раны в виде воспаления или нагноения не было, все раны зажили первичным натяжением. Существенных изменений в частоте осложнений в сравнении с использованием общепринятых хирургических методик не было. В группе больных, которым были наложены первичные анастомозы желудочно-кишечного тракта – 82 ребенка, у троих наблюдали несостоятельность анастомоза, что составило 3,65%. Использование радиоволнового скальпеля есть методом выбора для хирургического лечения новорожденных, так как при его использовании значительно уменьшается операционная травма тканей и органов ребенка, облегчается исполнение этапов оперативного лечения, сокращается время операции.

### Summary

10-YEAR EXPERIENCE OF RADIOWAVE SCALPEL SURGERY IN NEONATES

Ksyonz I.V.

Key words: infants, radiowave surgery.

The article describes 10-year experience on applying radiowave scalpel surgery in newborns. During this period, 1457 children were operated on, of which 121 newborn (8.3%) were operated on by radiowave scalpel. There were boys 94 (77.68%) and 27 girls (22.32%), 72 children were premature with different gestational age. 22 children (18.18%) had small bowel obstructions caused of intestinal atresia. 30 children (24.79%) had esophageal atresia operated on, 12 children (9.92%) were operated on for atresia of duodenum, and 7 children (5.79%) made up the groups with atresia of the anus, Ladd's syndrome, acute intestinal obstruction. Children operated by radiowave scalpel developed no complications of surgical wounds (inflammation or suppuration), all wounds healed by first tention. No significant changes in the incidence of complications compared with the group operated on by conventional surgical techniques were detected. The group of patients who were placed primary anastomosis of the gastrointestinal tract included 82 children, three of them (3.65%) had failure of the anastomosis. Using radiofrequency scalpel there is the method of choice for surgical treatment of newborns, since its use is significantly reduced operative trauma of tissues and organs of the child, facilitated the execution stages of surgical treatment, reduced operation time.

УДК 618.146 - 616-07 – 084

**Купчак І.М., Генік Н.І.**

## **КЛІНІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ЖІНОК З ЕКТОПІЄЮ ШИЙКИ МАТКИ, ЩО НЕ НАРОДЖУВАЛИ**

ВДНЗУ «Івано-Франківський національний медичний університет»

*Ектопія шийки матки належить до найпоширеніших гінекологічних захворювань. У молодих жінок віком до 25 років, що не народжували, дана патологія становить до 52,2-90% [9], у підлітків до 18 років – 12,3% та в жінок від 18 до 35 років – в 69,3% випадків [10]. Метою дослідження було провести комплексне клініко-лабораторне обстеження молодих жінок, що не народжували, з наступною оцінкою результатів. В основу дослідження покладено обстеження 105 жінок з ектопією шийки матки. Жінкам були проведені обстеження: анкетування, фотокольпоскопія, цитологічне дослідження мазків з екзо- та ендцервіксу, обстеження на сексуально-трансмісивні інфекції, визначення вірусів папіломи людини високого канцерогенного ризику та їх генотипів, взяття біопсії шийки матки для гістологічного дослідження. В результаті досліджень виявлено значну кількість ускладнених ектопій на фоні запальних процесів органів малого тазу, високий ступінь інфікування вірусами папіломи людини високого канцерогенного ризику в більшості випадків з високим вірусним навантаженням, поєднання ектопій з дисгормональними станами. При виборі методу лікування ектопій у молодих жінок, що не народжували, слід враховувати взаємозв'язок між гормональними розладами, запальними процесами геніталій та особливостями кольпоскопічної, мікроскопічної, цитологічної та гістологічної картини та обирати індивідуальний та диференційований підхід.*

Ключові слова: ектопія шийки матки, жінки, що не народжували.

Ектопія шийки матки (ендоцервікоз, псевдоерозія, "ерозія") належить до найпоширеніших гінекологічних захворювань та, згідно одних даних, зустрічається у 10-15% жінок, що звертаються до гінеколога [3,6], а згідно інших – спостерігаються у 38,8% жінок репродуктивного віку [9,10]. У молодих жінок віком до 25 років, що не народжували, дана патологія становить до 52,2-90% [9], у підлітків до 18 років – 12,3% та в жінок від 18 до 35 років – в 69,3% випадків

[10,12]. Максимальну частоту (більше 50%) захворюваності ендцервікозом відмічають у жінок, що не народжували, до 25 років [5].

Патологія шийки матки у молодих жінок, що не народжували, пов'язана з біологічною незрілістю шийки матки, незначним проміжком часу між менархе і початком статевого життя, раннім статевим дебютом, сексуально-трансмісивними інфекціями [6,7,9].

Епідеміологічні дані переконливо показали,

що беззаперечним фактором ризику виникнення передракових змін і раку шийки матки є геніальна папіломавірусна інфекція. При дослідженні взаємозв'язку вірусів папіломи людини (ВПЛ) і патології шийки матки в 76% випадків було виявлено носійство онкогенних ВПЛ, при ектопії (ендоцервікозі) без клітинної атипії в 48% виявляється ВПЛ, а при плоскоклітинній карциномі і цервікальній неоплазії вірус папіломи людини присутній в 100% випадків [2,10,11]. На сьогодні відомо більше 200 типів ВПЛ, більше 40 типів можуть інфікувати геніальний тракт, які поділені на групи високого канцерогенного ризику (ВКР), середнього і низького [9,11].

На думку багатьох вітчизняних і закордонних вчених факторами ризику інфікування ВПЛ є ранній початок статевого життя, часта зміна і велика кількість статевих партнерів (більше 3 статевих партнерів), наявність інфекцій, що передаються статевим шляхом, порушення імунітету [1,2, 6].

Зона ектопії вважається місцем персистенції мікрофлори і в ній створюються всі умови для підтримання хронічного запального процесу [3, 8, ].

В 70-х роках минулого століття почала розвиватися гормональна концепція захворювань шийки матки [3, 8]. Найбільш задовільно морфогенез і патогенез гормонально залежної ектопії шийки матки можна описати, виходячи з теорії дисгормонального походження утворень на шийці матки [1,3,8]. Відмічено досить часто поєднання гормонозалежної ектопії з фіброміомами тіла матки, ендометріозом, гіперплазією строми яйників, вагітністю. Ектопії у вагітних часто самовільно зникають після пологів, коли зміни пов'язані з гестаційним процесом, підлягають зворотньому розвитку [6, 9]. Це свідчить про те, що ектопії виникають і розвиваються в умовах порушення вмісту і балансу статевих гормонів. У зв'язку з ще в 1947 М.Ф.Глазунов запропонував називати ектопії ендocerвікозами, підкреслюючи їх дисгормональну природу. Виникнення ендocerвікозу і, особливо, прогресування його є морфологічним відображенням передиференціювання епітелію ектоцервіксу, що обумовлено відповідною гормональною стимуляцією[1,8].

Не дивлячись на те, що в лікуванні даної патології досягнутий певний прогрес, до сьогоднішнього часу залишається невирішеною дана проблема щодо молодих жінок, котрі не народжували. Ектопії шийки матки мають схильність до затяжного перебігу, часто рецидивують. Відмічається збільшення захворюваності раком шийки матки у жінок з ектопіями. У даного контингенту підвищується частота й іншої акушерсько-гінекологічної патології: безпліддя, передчасних пологів, внутрішньоутробного інфікування плода, ускладнень в пологах і після пологів. У зв'язку з чим проблема лікування ектопії шийки матки набула не тільки медичного, але й соціального значення [7, 11,13].

Метою дослідження було провести комплексне клініко-лабораторне обстеження молодих жінок, що не народжували, з наступною оцінкою результатів для того щоб розробити диференційований індивідуальний підхід до лікування даної патології, враховуючи всі виявлені особливості в цього контингенту пацієнток.

### **Матеріали і методи дослідження**

В основу дослідження покладено обстеження 105 жінок, які не народжували, з ектопією шийки матки. Вік пацієнток становив від 18 до 25 років (середній вік -  $22,3 \pm 0,42$  роки).

Жінкам були проведені обстеження: анкетування, проста і розширена фотокольпоскопія, цитологічне дослідження мазків з екзо- та ендocerвіксу, обстеження на сексуально-трансмисивні інфекції, визначення ВПЛ ВКР та його генотипу, взяття біопсії шийки матки для гістологічного дослідження.

При зборі анамнезу зверталася увага на скарги, пов'язані із ознаками запального процесу геніталій, характер виділень, лікування (якщо було), характер менструальної функції, вік початку статевого життя, кількість статевих партнерів, використання бар'єрних методів контрацепції.

Мікроскопія нативних та зафарбованих по Граму і метиловим синім мазків вмісту піхви та цервікального каналу дозволила оцінити ступінь обсіменіння матеріалу і за морфологічними властивостями визначити належність мікроорганізмів до облигатно-анаеробних видів, лактобацил, оцінити агресивність грибової флори. Оцінювалась кількість лейкоцитів, епітеліальних клітин, слизу, супутньої флори, «ключові клітини», псевдоміцелію дріжджового гриба роду *Candida*.

Бактеріологічне дослідження здійснювалось шляхом відбору проб, посіву на живильні середовища, виділення чистої культури, ідентифікації виділених культур мікроорганізмів. При бактеріологічному дослідженні визначали якісний та кількісний склад мікрофлори.

Матеріалом для молекулярно-біологічного дослідження служили зішкріби епітеліальних клітин цервікального каналу, взяті одноразовими щіточками в пробірки, які містили 500 мкл транспортного середовища. Для виявлення і диференціювання ДНК ВПЛ ВКР (16,18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 66, 68) в клінічному матеріалі використовувалась полімеразна ланцюгова реакція (ПЛР). Результати кількісного визначення ДНК ВПЛ виражались в логарифмах копій вірусної ДНК на  $10^5$  клітин людини. Вірусне навантаження розцінювалось як 3 логарифми (або  $10^3$ ) і  $10^5$  геномних еквівалентів ВПЛ, що припадають на 100 тис. клітин людини (або  $10^5$ ) – поріг клінічного значення, 5 логарифмів чи кількість вірусу більше  $10^5$  геномних еквівалентів, які припадають на 100 тис. клітин – поріг прогресії.

Виявлення ДНК *Chlamydia trachomatis*, *Mycoplasma genitalium*, *Ureaplasma urealyticum*,

вірусів простого герпесу I і II типів, цитомегаловірусу в клінічному матеріалі проводилось методом полімеразно-ланцюгової реакції.

Для діагностики бактеріального вагінозу використовували амінотест, визначали рН піхвового і цервікального вмісту з допомогою паперових індикаторів та бактеріоскопічне дослідження мазків.

Цитологічне дослідження здійснювалось шляхом забору матеріалу з цервікального каналу та ектоцервіксу за допомогою щітки «Cervex- brush». Оцінка результатів проводилася з використанням класифікації по Папаніколау.

Методика проведення кольпоскопічного дослідження була стандартною. Розширена кольпоскопія проводилася по загальноприйнятій методиці з використанням епітеліальних тестів, обробка медикаментозними засобами (проба з 3% оцтовою кислотою і проба з розчином Люголя). При оцінці кольпоскопічних картин використовувалась Міжнародна класифікація кольпоскопічних термінів, прийнята з урахуванням змін 2011 року в Ріо-де-Жанейро.

Зразками гістологічного дослідження були прицільні біоптати, взяті з найбільш підозрілої ділянки шийки матки після розширеної кольпоскопії. Тракування гістологічних заключень здійснювалось у відповідності з гістологічною класифікацією пухлин жіночих статевих органів (1994).

#### **Результати обстеження та їх обговорення**

Основними скаргами в пацієнок з ектопією шийки матки були наявність патологічних виділень зі статевих шляхів ( 70,48% випадків). Виділення були різного характеру: слизисті, слизисто-гнійні, водянисті, молочного характеру, пінисті з неприємним запахом. Пацієнтки відмічали свербіж, печію, дискомфорт в ділянці вульви у 35,24% випадків. Дизуричні розлади спостерігались у 15,24% жінок. Біль низом живота та попереку ниючого характеру, який посилювався перед менструацією, турбував пацієнок у 44,76% випадків. З приводу безпліддя звернулися 12 пацієнок ( 11,42% ). 34,29 % жінок в анамнезі отримували лікування з приводу запальних за-

хворювань органів малого тазу.

При аналізі менструальної функції у 41 жінки з ектопією шийки матки виявлено розлади оваріально-менструального циклу (39,05% ). Зокрема, на нерегулярні менструації скаржились 20,95% пацієнок, болючі менструації –18,95%. Ранній початок менархе ( до 12 років ) відмічено у 13 пацієнок (12,38% ).

Середній вік початку статевого життя становив – 17,37 років. Середня кількість статевих партнерів - 2,34. Тільки 32,38% пацієнок регулярно користувалися бар'єрними методами контрацепції.

При ультразвуковому обстеженні досліджуваних жінок ознаки гострого чи хронічного запалення органів малого тазу виявлено у 47,62% випадків, полікістозно змінені яйники - у 20 (19,05%), фолікулярні кисти яйників–у 17 (16,19%), у 3 (2,86%) діагностовано аденоміоз, у 2 (1,9%) ендометріодні кистиячників та у 3 (2,86%) фіброміому матки.

При проведенні розширеної кольпоскопії у 66 жінок (62,85%) діагностовано ускладнену ектопію шийки матки з ознаками запалення. В 39 пацієнок (37,14%) кольпоскопічно виявлено ектопію шийки матки округлої форми, яскраво-червоного кольору з гладкою поверхнею без симптомів запалення і патологічної секреції, зокрема у 5 випадках зустрічались півмісяцеві складки на передній і задній губах шийки матки, покриті різко вираженими крупними сосочками. Поєднання ектопії з ацето-білим епітелієм відмічено у 25,71% жінок, з доброякісною зоною трансформації (у вигляді білідо-рожевих «язичків», що наповзають на циліндричний епітелій з периферії ектопії в напрямку цервікального каналу) виявлялась у 16,19%, з йод-негативними зонами ектопія поєднувалась у 42,5% випадків, з мозаїкою та пунктуацією – 9,52% та в 7.62% з лейкоплакією.

Методом ПЛР виявлено ВПЛ високого канцерогенного ризику (16, 18,31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 66, 68 ) у 39 (37,14%) пацієнок з ектопією шийки матки.

Таблиця 1.  
Частота виявлення генотипів ВПЛ ВКР у жінок з ектопією, які не народжували.

Тип ВПЛ	N	%	Середнє значення вірусного навантаження Іg на 105 клітинлюдини
16	18	46,15	4,82
18	6	15,38	5,58
31	3	7,69	2,92
33	1	2,56	2,04
35	3	7,69	7,09
39	6	15,38	3,06
45	7	17,95	4,12
51	7	17,95	4,59
52	4	10,26	4,84
56	4	10,26	5,63
58	2	5,13	2,75
59	5	12,82	5,79
66	1	2,56	1,18
68	3	7,69	4,43

Таблиця 2.  
Частота поєднання генотипів ВПЛ.

Кількість генотипів ВПЛ в одній жінки	Кількість жінок		Генотипи вірусів
	N	%	
1	20	51,28	16 – 9 51 - 4 18 – 3 39 - 1 45 - 1 52 - 1 56 - 1
2	13	33,33	16+39; 16+45; 16+45; 16+68; 18+31; 31+52; 35+68; 39+59; 45+39; 45+59; 52+68; 52+59; 56+59
3	3	7,69	16+39+51 18+45+56 16+51+59
4	2	5,13	16+35+39+58 18+45+56+66
8	1	2,56	16+31+33+45+51+52+56+58

Вивчення спектру генотипів ВПЛ ВКР у жінок, що не народжували, з ектопією шийки матки показало, що в найбільшому відсотку (46,15%) зустрічається ВПЛ 16-го типу. В більшості випадків (51,28%) зустрічався тільки один генотип ВПЛ ВКР. Поєднання кількох типів ВПЛ в однієї пацієнтки відмічалось у 48,72% випадків.

Дослідження вірусного навантаження показало, що клінічно значимий та підвищений показник відмічаються у 28 (40,58%) та 29 (42,03%) жінок відповідно. В той час як клінічно мало значиме вірусне навантаження спостерігалось тільки у 12 (17,54%) молодих жінок з ектопією шийки матки, що не народжували.

Таблиця 3.  
Концентрація і розподіл вірусного навантаження у ВПЛ позитивних жінок з ектопією шийки матки.

Показник вірусного навантаження Іg (ВПЛ на 100тис.клітин)	Кількість жінок	%	Середнє значення
Менше 3(клінічно мало значиме)	12	17,54	2,05
Від 3 до 5(клінічно значиме)	28	40,58	4,07
Більше 5(підвищене).	29	42,03	6,24

Таблиця 4.  
Контамінація мікроорганізмами статевих шляхів згідно результатів бактеріоскопічного дослідження та ПЛР діагностики

Мікроорганізм	N	%
Chlamydia trachomatis	13	12,38
Mycoplasma genitalium	8	7,62
Ureaplasma parvum	31	29,52
urealiticum	23	21,90
Trichomonas vaginalis	10	9,52
Gardnerella spp	24	22,86
Candida spp	49	46,67
Staphylococcus spp.	69	65,71
Streptococcus spp.	57	54,29
Corynebacterium spp.	39	37,14
Escherichia coli	23	21,90
Herpes simplex virus 1,2	16	15,24
Cytomegalovirus	11	10,47

Бактеріоскопічне дослідження мазків та проведення ПЛР діагностики дали можливість оцінити стан місцевого біоценозу в обох групах жінок.

У жінок з ектопією шийки матки в 60,95% випадків встановлено мазки III – IV ступеня чистоти з десквамацією епітелію, збільшенням кількості лейкоцитів, що є проявом альтеративних процесів. Бактеріальний вагіноз виявлено у 22,86% випадків, вагінальний кандидоз – 46,67%. Мікробіологічне дослідження показало різке зниження частоти нормального мікробіоценозу у жінок з ектопією шийки матки, що не народжували. У 67,62% пацієнток виявлено асоці-

ації умовно-патогенних та патогенних мікроорганізмів, представлені поєднанням епідермального, золотистого стафілококів, фекального стрептококу з ентеробактеріями, хламідіями, мікоплазмами, уреоплазмами, гарднерелами, трихомонадами. Виявлено високе обсіменіння стафілококами (65,71%), стрептококами (54,29%), коринебактеріями (37,14%), кишковою паличкою (21,90%). Специфічний кольпіт хламідійного генезу діагностовано у 12,38% жінок, уреамікоплазмозного – 59,04%, трихомонадного -9,52%. У 16 жінок з ектопією (15,24%) виявлено Herpes simplex virus 1,2, хоч клінічні прояви герпетичної інфекції були відсутні, цитомегаловірус діагнос-

товано в 11 пацієнток (10,47%).

Цитологічний метод забезпечує можливість ранньої діагностики фонових, передракових станів та раку шийки матки. Цитологічні результати мазків ендо- та екзоцервіксу свідчать, що у 64 досліджуваних пацієнток (60,95%) виявлено запальний тип мазка з дегенерацією епітеліоцитів у (42,58%), що проявлялась у збільшенні розміру ядер, жировою або гідропічною дистрофією, цитоплазми, цитолізмом, койлоцитозом, цитологічно переважала проліферація циліндричного епітелію (58,09%) з метаплазією епітеліоцитів (25,71%), що проявлялась в гіпер- та гіпохромії ядер, дискаріозі, анізонуклеозі. У 9,52% жінок цитологічно діагностовано дисплазію, особливо, дані ознаки були виражені на фоні інфікування ВПЛ з високим вірусним навантаженням. Слід зауважити, що пацієнтки з цитологічними ознаками помірної та важкої дисплазії не були включені в дослідження.

Прицільну біопсію було проведено у всіх досліджуваних пацієнток. В більшості випадків діагностовано ендоцервікоз. Простий ендоцервікоз виявлено у 51 жінки (48,58%), проліферуючий – 39 (37,14%), стаціонарний – 2 (1,90%). У 13 жінок (12,5%) ендоцервікоз поєднаний з ознаками легкої дисплазії, що співпадає з результатами цитологічного дослідження.

### Висновки

В обстежуваній групі пацієнток з ектопією шийки матки відмічено ранній початок статевого життя, низький відсоток використання бар'єрних методів контрацепції. У зв'язку з чим спостерігаються ускладнені форми ектопій, у більш, ніж половині випадків III – IV ступені чистоти піхви з полімікробними асоціаціями.

В значній кількості випадків у жінок, що не народжували, ектопія шийки матки поєднується з дисгормональними розладами, що проявляються у порушенні оваріально-менструального циклу, зміні характеру менструацій, характерною кольпоскопічною картиною ектопій, наявністю кист яйників, аденоміозу, фіброміоми матки, що потребує диференційованого підходу в лікуванні ендоцервікозу в даного контингенту пацієнток.

У молодих жінок з ектопією шийки матки, що не народжували, вірус папіломи людини високого канцерогенного ризику діагностується у 37,14%, при цьому найчастіше відмічається 16 генотип ВПЛ (46,15%), друге місце займають 45 і 51 генотипи. Аналіз кількості генотипів, що визначаються серед ВПЛ позитивних жінок показав переважання інфікуванням одним типом вірусу – 51,28% випадків. Таким чином, визначення методом ПЛР тільки 16 та 18 генотипів є недостатнім для формування груп підвищеного онкологічного ризику у молодих пацієнток, що не народжували.

Клінічно значимий та підвищений показники вірусного навантаження відмічаються у 28 (40,58%) та 29 (42,03%) жінок з ендоцервікозом

відповідно, що свідчить про високий ризик розвитку у даного контингенту пацієнток непластичних процесів шийки матки.

При виборі методу лікування ектопій у молодих жінок, що не народжували, слід враховувати взаємозв'язок між гормональними розладами, запальними процесами геніталій та особливостями кольпоскопічної, мікроскопічної, цитологічної та гістологічної картини та обирати індивідуальний та диференційований підхід терапії.

### Література

1. Ершов Ф.И. Ранние цитоклиновые реакции при вирусных инфекциях / Ф.И. Ершов, А.Н. Норовлянский, М.В. Мезенцева // Цитоклины и воспаление – 2004. - №3(1). - С.3-6.
2. Белокрыницкая Т.Е. Заболевания шейки матки: Руководство для врачей / Т.Е. Белокрыницкая, Е.С.Свердлова. - [изд. 2-е, перераб. и доп.]. — Чита, 2011. — 48 с.
3. Кустаров В.Н. Патология шейки матки / В.Н. Кустаров, В.А. Линде. — СПб.: Изд-во «Гиппократ», 2002 – 141с.
4. Прилепская В.Н. Патология шейки матки: теория и практика / В.Н. Прилепская, М.Н. Костава // Патология шейки матки. Генитальные инфекции. – 2006. –Т.1,№3. – С.3-6.
5. Прилепская В.Н. Эктопии и эрозии шейки матки / В.Н. Прилепская, Е.Б. Рудакова, А.В. Кононов. - М.: МЕДпресс - информ, 2002. - 176с.
6. Роговская С.И. Диагностика и лечение заболеваний шейки матки и наружных половых органов широкополосной радиоволновой хирургии и аргонплазмовой абляции / С.И. Роговская, В.Н. Прилепская, Т.Н. Бебенева. – Москва, 2008. – 44с.
7. Рудакова Е.Б. Генитальные инфекции и возрастные особенности патологии шейки матки / Е.Б. Рудакова; под ред. В.Н. Прилепской, Е.Б. Рудаковой. - Омск.: ИПЦ ОмГМА, 2004. - С.86 - 102.
8. Русакевич П.С. Фоновые и предраковые заболевания шейки матки / П.С. Русакевич. — Минск, 2008. — 92 с.
9. Baseman J.G., Koustku L.A. The epidemiology of human papillomavirus infections / J.G. Baseman, L.A. Koustku // J. Clin. Virol. – 2005. – V.32(1). – P.16-24.
10. 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:- №20. – С.61.
11. Волошина Н.Н. Дифференцированные подходы к лечению дисплазий шейки матки / Волошина Н.Н., Луценко Н.С., Пилипенко Э.В. // Запорожский мед. журн. – 2003. – V.1. – P.21-29.
12. Козаченко В.П. Рак шейки матки / В.П. Козаченко // Современная онкология. – 2001. – V.2(2). – P.2.
13. Кулавский В.А. Методы лечения фоновых и предраковых заболеваний шейки матки / В.А. Кулавский, С.Ф. Насырова, Ф.А. Хайруллина и др. // Мать и дитя: матер. VI-го Росс. форума. - М., 2004. - С.392 - 393.

### References

1. Ershov F.I. Rannie citokinovye reakcii pri virusnyh infekcijah / F.I. Ershov, A.N. Norovljanskiy, M.V. Mezenceva // Citokiny i vospalenie – 2004. - №3(1). - S.3-6.
2. Belokrinickaja T.E. Zabojevanija shejki matki: Rukovodstvo dlja vrachej / T.E. Belokrinickaja, E.S.Sverdlova. - [izd. 2-e, pererarb. i dop.]. — Chita, 2011. — 48 s.
3. Kustarov V.N. Patologija shejki matki / V.N. Kustarov, V.A. Linde. — SPb.: Izd-vo «Gippokrat», 2002 – 141c.
4. Prilepskaja V.N. Patologija shejki matki: teorija i praktika / V.N. Prilepskaja, M.N. Kostava // Patologija shejki matki. Genital'nye infekcii. – 2006. –T.1,№3. – S.3-6.
5. Prilepskaja V.N. Jektopii i jerozii shejki matki / V.N. Prilepskaja, E.B. Rudakova, A.B. Kononov. - M.: MEDpress - inform, 2002. - 176s.
6. Rogovskaja S.I. Diagnostika i lečenje zabolevanij shejki matki i naruznyh polovyh organov shirokopolosnoj radiovolnovoj hirurgii i argonoplazmnoj ablacii / S.I. Rogovskaja, V.N. Prilepskaja, T.N. Bebeneva. – Moskva, 2008. – 44s.
7. Rudakova E.B. Genital'nye infekcii i vozrastnye osobennosti patologij shejki matki / E.B. Rudakova; pod red. V.N. Prilepskoj, E.B. Rudakovoj. - Omsk.: IPC OmGMA, 2004. - S.86 - 102.
8. Rusakevich P.S. Fonovye i predrakovyje zabolevanija shejki matki / P.S. Rusakevich. — Minsk, 2008. — 92 s.
9. Baseman J.G., Koustku L.A. The epidemiology of human papillomavirus infections / J.G. Baseman, L.A. Koustku // J. Clin. Virol. – 2005. – V.32(1). – P.16-24.
10. 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. - Med. - 2004:- №20. – S.61.

12. Voloshina N.N. Differencirovannye podhody k lecheniju displazij shejki matki / Voloshina N.N., Lucenko N.S., Pilipenko Je.V. // Zaporozhskij med. zhurn. – 2003. – V.1. – P.21-29.
13. Kozachenko V.P. Rak shejki matki / V.P. Kozachenko // Sovremennaja onkologija. – 2001. – V.2(2). – P.2.
14. Kulavskij V.A. Metody lechenija fonovyh i predrakovyh zabolevanij shejki matki / V.A. Kulavskij, S.F. Nasyrova, F.A. Hajrullina i dr. // Mat' i ditja: mater. VI-go Ross, foruma. - M., 2004. - S.392 - 393.

### Реферат

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА НЕРОЖАВШИХ ЖЕНЩИН С ЭКТОПИЕЙ МАТКИ

Купчак И.М., Геник Н.И.

Ключевые слова: эктопия шейки матки, нерожавшие женщины.

Эктопия шейки матки принадлежит к наиболее распространенным гинекологическим заболеваниям. У молодых нерожавших женщин в возрасте до 25 лет данная патология составляет 52,2 – 90 %, у подростков до 18 лет – 12,3 % и у женщин от 18 до 35 лет – 69,3 % случаев [10]. Целью исследования было провести комплексное клиническо-лабораторное обследование молодых нерожавших женщин с последующей оценкой результатов. В основание исследования было положено обследование 105 нерожавших женщин с эктопией шейки матки. Женщинам были проведены обследования: анкетирование, фотокольпоскопия, цитологическое исследование мазков с экзо- и эндоцервикса, обследование на сексуально-трансмиссивные инфекции, определение вирусов папилломы человека высокого канцерогенного риска и их генотипов, взятие биопсии шейки матки для гистологического исследования. В результате исследований выявлено значительное количество осложненных эктопий на фоне воспалительных процессов органов малого таза, высокая степень инфицирования вирусами папилломы человека высокого канцерогенного риска, в большинстве случаев с высокой вирусной нагрузкой, сочетание эктопий с дисгормональными состояниями. При выборе метода лечения эктопий у молодых нерожавших женщин следует учитывать взаимосвязь между гормональными расстройствами, воспалительными процессами гениталий и особенностями кольпоскопической, микроскопической, цитологической и гистологической картины и выбирать индивидуальный и дифференцированный подход терапии.

### Summary

CLINICAL CHARACTERISTICS OF NULLIPARAE WITH ECTOPIA OF UTERUS

Супчак І.М., Генік Н.І.

Key words: cervical ectopia, uterus, nulliparous women.

Ectopic cervical cancer is among the most common gynecological diseases. In the young nulliparous women up to 25 years this pathology makes up 52.2 – 90%, in adolescents under 18 it reaches 12.3% and in women aged from 18 to 35 years it reaches 69.3% of cases [10]. The aim of the study was to conduct a comprehensive clinical and laboratory examination of young nulliparous women with a subsequent evaluation of the results. The study involved 105 nulliparous women with cervical ectopia of uterus. The women underwent questioning, photocolposcopy, exo- and endocervical cytology, screening for sexually transmitted infections, human papillomavirus of high carcinogenic risk and their genotypes, cervical biopsy for histological examination. The studies revealed a significant number of complicated ectopia against the background of inflammation of the pelvic organs, high prevalence of human papilloma viruses of high carcinogenic risk, in most cases with a high viral load, the combination ectopia with dyshormonal states. When choosing a method of managing ectopia in young nulliparous women, it is necessary to take into account the relationship between hormonal disorders, inflammation of the genitals and colposcopic features, microscopic, histological and cytological picture and to choose patient-centred treatment approach.