

цитопротекторів. Для покращання обмінних процесів, трофіки тканин призначаються такі препарати, як плазмол, алое, гумізол, скловидне тіло, а також овестин, триместин, пантестин, вундехіл. Доцільне призначення клітинної тканинної терапії, комплексної антигомотоксичної терапії, що мають комплексну дію. Результати лікування оцінювались на підставі даних кольпоскопії, біоценозу піхви, імунного статусу. Після лікування етіологічна санація відмічена у 76% жінок. У всіх жінок спостерігалась нормалізація мікрофлори і переважання мазків I-II ступенів чистоти.

Комплексне лікування сприяло позитивним змінам в імунному статусі жінок з ЛШМ: зниженню вираженості імунодепресії, автоімунних реакцій, вторинного імунodefіциту. В контрольній групі після лікування помітних змін в стані біоценозу піхви та імунної системи не відмічено.

В результаті проведеного лікування одужання в основній групі досягнуто у 88,28% жінок (60% в контролі). З них одужання після курсу консервативної терапії отримано у 38,62% жінок. Позитивна динаміка у вигляді зменшення патологічного вогнища з наступним хірургічним лікуванням і оду-

жанням досягнуто у 22,22% випадків. Рецидивування захворювання склало 15,17% (проти 33,33% в контролі, де термін загоювання також був більший).

ВИСНОВКИ 1. Виявлені клініко-метаболичні порушення дозволяють припустити розвиток дисбалансу гомеостазу при ЛШМ, який проявляється гіпоестрогенією, вагінальним дисбактеріозом, змінами імунного, ліпопероксидазного статусів і свідчить про необхідність комплексного обстеження жінок з ЛШМ.

2. Оптимізація лікування жінок з ЛШМ дозволяє підвищити ефективність лікування до 88,28% та знизити частоту рецидивування до 15,17%.

1. Василевская Л.Н. Кольпоскопия.-М.: Медицина, 1986.-158с.
2. Коханевич Е.В., Ганина К.П., Суменко В.В. Кольпоцервископия. Атлас.-К.: Вища школа,- 1997.- 49 с.
3. Прилепская В.Н. Лейкоплакия шейки матки //В кн. Заболевания шейки матки. Клин. лекции /Под ред. Прилепской В.Н.- Медиа сфера, 1997.- С.47-53.
4. Чередуев А.Н., Ковальчук Л.В. Современные подходы к диагностике иммунопатологических состояний //Лабораторное дело.- 1988.- №3.- С.21-26.

Посохова С.П., Попова Т.В., Волкова М.А.

ПАТОЛОГІЯ ШИЙКИ МАТКИ У ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ ЖІНОК.

Одеський державний медичний університет

ПАТОЛОГІЯ ШИЙКИ МАТКИ У ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ ЖІНОК - Нами було обстежено 122 ВІЛ-інфікованих жінок. Першу групу склали 90 ВІЛ-інфікованих жінок на стадії безсимптомного носійства ВІЛ, із рівнем CD4+лімфоцитів >600 клітин/мкл; другу – 32 ВІЛ-інфіковані з прогресуванням ВІЛ-хвороби і наявністю опортуністичних інфекцій, середній рівень CD4+лімфоцитів - 280±80 клітин/мкл. Контрольну групу склали 50 практично здорових жінок. У групі ВІЛ-інфікованих жінок 61,4% мали захворювання, що передаються статевим шляхом (ЗПСШ), серед яких папіломавірусна інфекція була у 9,8%, генітальний герпес – 4,9%, трихомоніаз у кожній третій жінки, що сприяє розвитку захворювань шийки матки.

Патологія шийки матки була у 61,1% ВІЛ-інфікованих першої групи і 106,2% - другої, що вказує на поєднання декількох захворювань та в 2 і 3,5 рази більше, ніж у контрольній групі. У міру прогресування імунodefіциту у ВІЛ-інфікованих жінок збільшувалась питома вага та ступінь важкості дисплазій до 18,7%, що в 5,6 рази більше, ніж у контрольній групі. У 2 випадках (6,2%) був діагностований рак шийки матки. Клінічний ефект при лікуванні традиційними схемами ми отримали у 75% ВІЛ-інфікованих на стадії безсимптомного носійства ВІЛ та лише у 50% жінок при прогресуванні ВІЛ-хвороби. Тому питання діагностики та лікування захворювань шийки матки у ВІЛ-інфікованих жінок потребує подальшого вивчення.

ПАТОЛОГІЯ ШЕЙКИ МАТКИ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ЖЕНЩИН – Было обследовано 122 ВИЧ-инфицированных женщины. Первую группу составили 90 ВИЧ-инфицированных в стадии бессимптомного носительства ВИЧ, с уровнем CD4+ лимфоцитов > 600 клеток/мкл; вторую – 32 ВИЧ-инфицированных с прогрессирующим ВИЧ-болезнью и наличием опортуністических инфекций, средний уровень CD4+ лимфоцитов – 280±80 клеток/мкл. Контрольную группу составили 50 практически здоровых женщин. В группе ВИЧ-инфицированных женщин у 61,4% были диагностированы заболевания, передающиеся половым путем (ЗППП), среди которых папилломавирусная инфекция была у 9,8%, генитальный герпес – 4,9%, трихомоніаз у каждой третьей женщины, что способствует развитию заболеваний шейки матки.

Патология шейки матки отмечалась у 61,1% ВИЧ-инфицированных первой группы и 106,2% - второй, что указывает на сочетание нескольких заболеваний, в 2 и 3,5 раз соответственно больше, чем в контрольной группе. По мере прогрессирующего иммунодефицита у ВИЧ-инфицированных женщин увеличился удельный вес и степень тяжести дисплазий до 18,7%, что в 5,6 раз больше, чем в контрольной группе. В 2 случаях (6,2%) был диагностирован рак шейки матки. Клинический эффект при лечении традиционными схемами мы получили у 75% ВИЧ-инфицированных на стадии бессимптомного носительства ВИЧ и только у 50% женщин с прогрессирующей ВИЧ-болезнью. Поэтому вопросы диагностики и лечения заболеваний шейки матки у ВИЧ-инфицированных женщин подлежат дальнейшему изучению.

CERVICAL PATHOLOGY AMONG HIV-INFECTED WOMEN – We examined 122 HIV-infected women. First group consisted of 90 HIV-infected women with asymptomatic stage of HIV-infection (CD4+ cell count: >600 cells/mm³), the second group – 32 HIV-infected women with mild and moderate disease and opportunistic infections (CD4+ cell count: 280±80 cells/mm³). The control group consisted of 50 healthy women. Among HIV-infected women, 61,4% had sexually transmitted diseases (STD), 9,8% had human papillomavirus (HPV) infection, 4,9% had genital herpes, every third women had trichomoniasis. STD support the development of cervical diseases.

61,1% of HIV-positive women from the first group and 106,2% of women from the second group had cervical abnormalities. The numbers show the combination of several diseases. These numbers are 2 and 3,5 times higher than in the control group. If HIV infection is progressing, both frequency and severity of dysplasia are increasing to 18,7%, which is 5,6 times more than in control group. Two women were diagnosed with cervical cancer (6,2%). 75% of HIV-infected women with asymptomatic stage of HIV-infection and only 50% of HIV-infected women with mild and moderate HIV infection had clinical improvements with traditional treatment regimen. Therefore diagnostic and treatment of cervical pathology among HIV-infected women should be subject for further research.

Ключові слова: ВІЛ-інфіковані жінки, патологія шийки матки, рівень CD4+лімфоцитів.

Ключевые слова: ВИЧ-инфицированные женщины, патология шейки матки, уровень CD4+-лимфоцитов.

Key words: HIV-infected women, cervical abnormalities, level of CD4+ cell count.

ВСТУП. Відомо, що більше 42% ВІЛ-інфікованих жінок мають гінекологічні захворювання, зокрема піхвові кандидози, запальні захворювання органів малого таза, аногенітальні кондиломи, викликані папіломавірусом людини та цервікальну дисплазію [2,3,6,8]. Інвазивна цервікальна карцинома відноситься до СНІД-асоційованих хвороб [5].

Важливу роль у розвитку захворювань шийки матки відіграють локальні імунні фактори, лімфоцити CD4+/CD8+, антигени в клітинах Лагнерганса. Було визначено, що на ділянках дисплазії кількість CD8+ клітин підвищена. При ВІЛ-інфекції кількість клітин Лагнерганса в шийці матки зменшується та змінюється співвідношення CD4+/CD8+ [2,8]. Особливо впливає на стан клітин Лагнерганса папіломавірус людини, який погіршує їх локальний імунітет [7].

Розвитку дисплазій шийки матки, за даними Я. В. Бохмана [1], сприяє можливість синергізму вірусу звичайного герпесу, хламідій, цитомегаловірусу.

Папіломавірусна інфекція зустрічається більш ніж у 50% ВІЛ-інфікованих жінок, особливо при зниженні кількості CD4+лімфоцитів [7,9]. Високий рівень папіломавірусної інфекції у ВІЛ-інфікованих жінок асоціюється із розвитком цервікальної дисплазії, цервікальної інтраепітеліальної неоплазми або карциноми *in situ*. Серотипи папіломавірусу людини, такі як 16, 18, 31 і 35 є онкогенними. Поєднання ВІЛ-інфекції та папіломавірусу людини збільшує ризик малігнізації. У жінок, які були інфіковані ВІЛ та папіломавірусом людини карцинома *in situ* розвивалась у 58 разів частіше, ніж у неінфікованих жінок. Остання стадія розвитку папіломавірусу людини у жінок – це поява передракових змін [9].

Цервікальна дисплазія зустрічається у 15-40% ВІЛ-інфікованих жінок [2,5,7]. Ступінь дисплазії пропорційний рівню імуносупресії (кількості CD4+ клітин). Ці пацієнтки мають високий ризик прогресування із поширенням на ендцервікс, генітальний тракт та анальну зону. Після лікування (кріотерапія, лазеротерапія, кон-біопсія, ексцизія та інше) рецидиви діагностуються у 40-60% пацієнток, а при рівні CD4+ < 500 кл/мкл значно частіше [7].

Інвазивна цервікальна карцинома у ВІЛ-інфікованих жінок характеризується високим ступенем диференціації, ураженням лімфатичних вузлів та поширеними метастазами, які зустрічаються вже під час встановлення діагнозу.

Середній рівень CD4+клітин при діагностиці цервікальної карциноми досягає 360 кл/мкл. Цервікальний рак у ВІЛ-інфікованих характеризується агресивним перебігом, високим рівнем рецидування та стійкістю до терапії [5,7].

Метою нашого дослідження було визначити частоту та структуру захворювань шийки матки у ВІЛ-інфікованих жінок залежно від стадії ВІЛ-хвороби.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ. Під нашим наглядом перебувало 122 ВІЛ-інфікованих жінки, які спостерігались після пологів протягом 2 років. Середній вік ВІЛ-інфікованих жінок склав 23 ± 2,2 роки. Активних споживачів наркотиків було близько 4%, в анамнезі вживали наркотики 32% жінок. В зареєстрованому шлюбі були лише 20% жінок, самотніми були 32%. Більшість ВІЛ-інфікованих жінок вказали, що мали декількох статевих партнерів. Першу групу склали 90 ВІЛ-інфікованих жінок, які мали стадію безсимптомного носійства ВІЛ. Другу групу склали 32 ВІЛ-інфікованих жінки, які мали СНІД-асоційований комплекс (опортуністичні інфекції). Контрольну групу склали 50 практично здорових (ВІЛ-негативних) жінок, які звернулись у жіночу консультацію протягом тижня.

Нами були використані наступні методи діагностики: клінічний огляд, цитологічне, бактеріоскопічне та бактеріологічне обстеження, кольпоскопію, гістологічне дослідження біоптату шийки матки. Імунологічне обстеження включало визначення рівня CD4+/CD8+ лімфоцитів методом точної цитометрії.

Одержані нами результати наведені у таблиці 1.

Таблиця 1. Захворювання шийки матки у обстежених жінок

Нозологія	Перша група n=90	Друга група n=32	Контрольна група n=50
Ендцервіцит	21-23,3%*	9-28,1%*	4-8%
Ерозія шийки матки	18-20%	12-31,2%*	5-10%
Кондиломи	7-7,7%	5-15,6%*	2-4%
Дисплазія легкого та середнього ст.	8-8,8%	4-12,5%	4-8%
Дисплазія важкого ступеня	1-1,1%	2-6,2%*	-
Рак шийки матки	-	2-6,2%	-
Всього	55-61,1%*	34-106,2%*	15-30%

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ. При обстеженні ВІЛ-інфікованих жінок на стадії безсимптомного носійства ВІЛ кількість CD4+ лімфоцитів у всіх жінок була > 600 клітин/мкл. У жінок другої групи середня кількість CD4+лімфоцитів була 280±80 клітин/мкл, що вказує на виражений імунodefіцит. Друга група ВІЛ-інфікованих жінок мала ряд опортуністичних інфекцій, таких як генералізований кандидоз - 6,2%, простий герпес -12,5%, герпес Zoster -6,2%, туберкульоз --1,25% жінок.

В обох групах ВІЛ-інфікованих жінок відсоток захворювань, що передаються статевим шляхом (ЗПСШ) був у 3 рази більший, ніж у контрольній групі (61,4% і 20% відповідно). Серед ЗПСШ у ВІЛ-інфікованих жінок трихомоніаз був у кожній третій жінки, сифіліс у 9,1% жінок, генітальний герпес -4,9%, папіломавірусна інфекція - 9,8%. Відомо, що ряд ЗПСШ сприяють розвитку патології шийки матки, особливо на фоні імунodefіциту.

Як свідчать результати нашого дослідження, у ВІЛ-інфікованих жінок патологія шийки матки на стадії безсимптомного носійства ВІЛ спостерігається в 2 рази частіше, ніж у ВІЛ-негативних жінок, та в 3,5 рази частіше при прогресуванні ВІЛ-хвороби. Серед захворювань шийки матки найчастіше спостерігали ендцервіцит, який в 2,9 рази частіше був у ВІЛ-інфікованих першої групи та в 3,5 рази частіше у другій групі, порівняно із контрольною групою. Ерозія шийки матки діагностувалась в 1,5 рази частіше у

ВІЛ-інфікованих другої групи ніж у першій, та в 3 рази частіше ніж у контрольній групі.

Папіломавірусна інфекція була у 15,6% ВІЛ-інфікованих на фоні вираженого імунodefіциту, що в 2 рази більше, ніж у жінок на стадії безсимптомного носійства ВІЛ та в 3,9 рази більше, ніж у контрольній групі. Наявність папіломавірусної інфекції, особливо у ВІЛ-інфікованих, є прогностично небезпечним фактором для розвитку раку шийки матки.

Дисплазії шийки матки мали 18,7% ВІЛ-інфікованих жінок другої групи, що в 1,8 рази більше, ніж у ВІЛ-інфікованих на стадії безсимптомного носійства ВІЛ. Дисплазія важкого ступеня була в 5,6 рази частіше при прогресуванні імунodefіциту та у 2 випадках був діагностований рак шийки матки.

Призначалось традиційне лікування захворювань шийки матки для ВІЛ-інфікованих жінок на стадії безсимптомного носійства з урахуванням наявності ЗПСШ. Клінічний ефект було отримано у 76 жінок (85%), у решти 15% спостерігались рецидиви ЗПСШ, ендцервіцитів, дисплазії шийки матки. При призначенні традиційного лікування захворювань шийки матки у ВІЛ-інфікованих жінок з наявністю опортуністичних інфекцій, ми одержали клінічний ефект лише у 50% жінок. Після проведення протизапального лікування спостерігались рецидиви герпетичної та папіломавірусної інфекції, дисплазії шийки матки. При прогресуванні

ВІЛ-хвороби та зниженні рівня CD4+ < 200 клітин/мкл рекомендується лікування проводити паралельно з антиретровірусною терапією. У ВІЛ-інфікованих жінок, яким призначена антиретровірусна терапія та проведено оперативне лікування раку шийки матки та дисплазії важкого ступеня, стан здоров'я задовільний протягом 2 років після лікування, рівень CD4+ лімфоцитів > 200 клітин/мкл, але мають місце інші опортуністичні інфекції. Рецидиву захворювань шийки матки у них не спостерігається.

Таким чином, лікування захворювань шийки матки у ВІЛ-інфікованих жінок потребує подальшого вивчення.

ВИСНОВКИ. 1. Патологія шийки матки у ВІЛ-інфікованих жінок на стадії безсимптомного носійства ВІЛ спостерігається у 2 рази частіше та в 3,5 рази частіше при прогресуванні ВІЛ-хвороби, ніж у ВІЛ-негативних жінок.

2. Високий відсоток (61,4%) та поєднання різних ЗПСШ у ВІЛ-інфікованих жінок сприяє розвитку захворювань шийки матки.

3. При прогресуванні ВІЛ-хвороби в 5,6 разів частіше діагностувалась дисплазія важкого ступеня та в 2 випадках мав місце рак шийки матки.

4. Для покращення прогнозу при захворюваннях шийки матки у ВІЛ-інфікованих жінок, важливе місце зай-

має своєчасна діагностика та лікування ЗПСШ, призначення комплексного лікування разом із антиретровірусною терапією ВІЛ-хвороби.

1. Бохман Я.В., Лютра И.К. Рак шейки матки. - Кишинев:Штиинца, 1991. - 239 с.

2. Blumental P.D., Ringers P., McIntosh N., Gaffikin L. Innovative Approaches to Cervical Cancer Prevention. // *Medscape Women's Health*. - 2001. - V.6, N.6.

3. Gibbs D.M., Sweet S. Infectious of the Female Genital Tract. 4th ed. 2001.

4. Greenblat R.M., Bacchetti P., Barkan S. et al. Lower genital tract infections among HIV-infected and high-risk uninfected women: findings of the Women's Interagency HIV Study (WIHS) // *Sex Trans Dis*. - 1999. - V.26, № 3. - P. 143-151.

5. Mandelblatt J.S., Fans M., Garibaldi K. et al. Association between HIV infection and cervical neoplasia: for clinical care of women at risk for both conditions // *AIDS*. - 1993. - № 6. - P. 183-8.

6. Minkoff H.L., Eisenberger Matityahu D., Feldman J. et al. Prevalence and incidence of gynecologic disorders among women infected with human immunodeficiency virus // *Am J Obstet Gynecol*. - 1999. - V.180, № 4. - P. 824-836.

7. Minkoff H.I. Cervical dysplasia in HIV-infected women and HAART therapy // *AIDS*. - 2001. - № 15. - P. 2157.

8. Orlando G., Fasolo M.M., Beretta R., Cargnel A. Diagnosis and Management of Genital Warts in HIV Disease. // *The AIDS Reader*. - 2000. - V.10, № 1. - P. 36-41.

9. Palefsky J.M., Minkoff H., Kalish L.A. et al. Cervicovaginal human papillomavirus infection in human immunodeficiency virus-1 (HIV-1)-positive and high-risk HIV-negative women // *J. of National Cancer Institute*. - 1999. - № 91. - P. 226-236.

Сельський П.Р.

МОРФОЛОГІЧНІ ТА ІМУНОМОРФОЛОГІЧНІ ЗМІНИ ТКАНИНИ ШИЙКИ МАТКИ У ХВОРИХ З ЦЕРВІКАЛЬНОЮ ІНТРАЕПІТЕЛІАЛЬНОЮ НЕОПЛАЗІЄЮ НА ФОНІ ЕНДОЦЕРВІКОЗУ

Тернопільська державна медична академія ім. І.Я Горбачевського

МОРФОЛОГІЧНІ ТА ІМУНОМОРФОЛОГІЧНІ ЗМІНИ ТКАНИНИ ШИЙКИ МАТКИ У ХВОРИХ З ЦЕРВІКАЛЬНОЮ ІНТРАЕПІТЕЛІАЛЬНОЮ НЕОПЛАЗІЄЮ НА ФОНІ ЕНДОЦЕРВІКОЗУ - Проведено морфометричне та імуноморфологічне дослідження 35 хворих на ендодервікоз. Матеріал забирали з ділянок ектопії слизової із глибоким захопленням підлеглих тканин шийки матки. Зрізи фарбували гематоксилином і еозином. Імунні клітини диференціювали за допомогою моноклональних антитіл до антигенів лімфоцитів CD3, CD4, CD8 і CD19. Щільність лімфоцитарно-плазмоцитарного інфільтрату в поверхневих та глибоких шарах строми шийки матки в жінок з ендодервікозом була підвищеною. При ендодервікозі, поєднаному з дисплазією, виявлено тенденцію до підвищення ядерно-цитоплазматичного співвідношення резервних клітин. На основі проведених досліджень можна зробити висновок про суттєвий вплив місцевих імунних порушень на розвиток псевдоерозії, а підвищену активність резервних клітин розглядати, як фактор ризику розвитку диспластичних процесів.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ И ИММУНОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ТКАНИ ШЕЙКИ МАТКИ У БОЛЬНЫХ С ЦЕРВИКАЛЬНОЙ ИНТРАЭПИТЕЛИАЛЬНОЙ НЕОПЛАЗИЕЙ НА ФОНЕ ЭНДОЦЕРВИКОЗА - Проведено морфометрическое и иммуноморфологическое исследование 35 больных эндодервікозом. Забор материала проводился с участков эктопии слизистой оболочки с глубоким захватом подлежащих тканей шейки матки. Срезы окрашивали гематоксилином и еозином. Иммунные клетки дифференцировали с помощью моноклональных антител к антигенам лимфоцитов CD3, CD4, CD8 и CD19. Плотность лимфоцитарно-плазмоцитарного инфильтрата в поверхностных и глубоких слоях стромы шейки матки у женщин с эндодервікозом была повышенной. При эндодервікозе, который сочетался с дисплазией, обнаружено тенденцию к повышению ядерно-цитоплазматического соотношения резервных клеток. На основе проведенных исследований можно сделать вывод о существенном влиянии иммунных нарушений на развитие псевдоэрозии, а повышенную активность резервных клеток рассматривать, как фактор риска развития диспластических процессов.

IMMUNOLOGICAL AND IMMUNO MORPHOLOGICAL CHANGES OF A CERVIX UTERI TISSUE AT THE PATIENTS WITH CERVICOSIS INTRA EPITHELIAL NEUPLASIA ON THE ENDOCERVICOSIS BACKGROUND. - The morphometry and immunomorphologic researches on endocervicosis of 35 patients are carried out. The material was collected from ectopia mucous area, with deep taking of the adjoin cervix uteri tissues. Microscopic sections were painted by hematoxylin and eosin. Immune cells were differentiated with the help of monoclonal antibodies to antigens of lymphocytes of (CD3, CD4, CD8, CD19). Density of lymphocytosis and plasmacytosis infiltration location in superficial and deep spheres of cervix uteri stroma of the women's with the endocervicosis was

increased. At the endocervicosis and dysplasia connection a tendency of increasing of nuclear cytoplasmic of a correlation of the reserve cells is found out. On the basis of the named researches I can make the conclusion about essential influence of the immunity violations on pseudo-erosion progress. The increased activity of the reserve cell can be considered as a risk factor of development of the dysplasia processes.

Ключові слова: ендодервікоз, дисплазія, клітинний імунітет, клітинний інфільтрат.

Ключевые слова: эндодервікоз, дисплазия, клеточный иммунитет, клеточный инфильтрат.

Keywords: endocervicosis, dysplasia, cell-mediated immunity, cells infiltration.

ВСТУП. Серед патологічних процесів шийки матки ендодервікоз зустрічається з найбільшою частотою та діагностується в 38,5% жінок, причому 67% з них знаходяться в активному репродуктивному віці до 30 років [1,6]. Жінки, що хворіють на ендодервікоз, який поєднується з інфікуванням органів статеві системи відносяться до групи ризику розвитку дисплазій [3]. Тому подальше вивчення патогенетичних аспектів даної проблеми є вкрай важливим.

Дискутабельним залишається питання щодо місцевих імунних порушень при різних типах ендодервікоз. Дослідження, проведені в цьому напрямку найбільш часто свідчать про зміни клітинної ланки імунітету, а саме переважання в інфільтраті строми шийки матки при ендодервікозі лімфоцитів і плазмоцитів, які розміщуються в основному навколо дрібних судин [2,4,5]. Проте не до кінця в'яснений вплив таких порушень на регенераторний процес, прогресування ендодервікозу і виникнення диспластичних процесів.

МЕТА. Метою нашого дослідження було встановлення змін в субпопуляційному складі та щільності розміщення лімфоцитів в поверхневих і глибоких шарах ектодервікса при поєднанні ендодервікозу з диспластичними процесами, а також аналіз проліферативної активності резервних клітин епітеліального пласта