

МЕДИЦИНА ИЛИМДЕРИМЕДИЦИНСКИЕ НАУКИMEDICAL SCIENCES

Самигуллина А.Э., Сарыбаева К.А.

**ЖАТЫН МОЮНЧАСЫНЫН ЭКТОПИЯСЫ:
МОРФОФУНКЦИОНАЛДЫК ТҮЗҮМҮНҮН ӨЗГӨЧӨЛҮКТӨРҮ**

Самигуллина А.Э., Сарыбаева К.А.

**ЭКТОПИИ ШЕЙКИ МАТКИ:
ОСОБЕННОСТИ МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНОЙ СТРУКТУРЫ**

A.E. Samigullina, K.A. Sarybaeva

**ECTOPIA OF THE CERVIX:
FEATURES OF MORPHO-FUNCTIONAL STRUCTURE**

УДК: 618.146-002.446

Бул изилдөөнүн актуалдуулугу активдүү репродуктивдүү курактагы аялдардын жатын моюнчасынын эктопиясынын жолугушуусунун жогорку деңгээли менен шартталган, азыркы абалга жана пациенттерди жүргүзүүнүн тактикасына бирдиктүү мамиленин жоктугу менен. Макалада жатын моюнчасынын эктопияларынын морфологиялык түзүмүнүн салыштырма анализин трансформациялоо зонасына жараша (ЗТ 1 – негизги топ жана ЗТ 2 – салыштыруу тобу) берилген. Алынган маалыматтардын ичинен, жатын моюнчасынын эктопиясынын түзүмү негизги топто келтирилген: стационардык - 41,8%, прогрессивдүү - 36,8%, эпидермис түрүндө - 11,0% жана өнөкөт жара берүүчү - 10,4%, салыштыруу тобунда: прогрессивдүү - 47,8%, өнөкөт жара берүүчү - 36,2%, эпидермис түрүндө - 12,8% жана стационардык - 3,2%. Статистикалык жактан маанилүү көбүнчө негизги топто стационардык эктопия болууда (41,8±3,7 100 аялдарга), салыштыруу тобунда (3,2±1,2 жараша), $t=9,9$, $p<0,001$, бирок кайталанма аз (негизги тобу – 10,4±2,3 жана салыштыруу тобу – 36,3±3,3 100 аялдарга), $t=6,4$, $p<0,001$ прогрессивдүү (негизги тобу – 36,8±3,6 салыштыруу тобунда – 47,7±3,4 жараша), $t=2,2$, $p=0,02$. Жатын моюнчасынын эктопиясынын өтүшүп кеткендиги - 94,5% учурларда аныкталды, преинвазивдик рак - негизги топто - 0,6% салыштыруу тобунда - 1,8%, $t=1,1$, $p=0,26$, инвазивдик рак - салыштыруу тобунда - 0,9%, $t=1,3$, $p=0,19$. Алынган маалыматтар жатын моюнчасынын эктопиялары менен ооруган диспансердик дарылоонун зарылдыгын талап кылат жана комплекстүү мамиле кылуу боюнча чаралар колдонулушу мүмкүн.

Негизги сөздөр: жатын моюнчасы, эктопия, өзгөртүү зонасы, морфология, гистология, түзүлүшү, агымдын өзгөчөлүктөрү.

Актуальность данного исследования обусловлена высоким уровнем встречаемости эктопий шейки матки у

женщин активного репродуктивного возраста, отсутствием единого подхода к данному состоянию и тактики ведения пациентов. В статье представлен сравнительный анализ морфофункциональной структуры эктопий шейки матки в зависимости от зон трансформации (ЗТ 1 – основная группа и ЗТ 2 – группа сравнения). Из полученных данных следует, что структура эктопий шейки матки в основной группе представлена: 41,8% стационарной, 36,8% прогрессирующей, 11,0% эпидермизирующей и 10,4% рецидивизирующей, в группе сравнения: 47,8% прогрессирующей, 36,2% рецидивизирующей, 12,8% эпидермизирующей и 3,2% стационарной. Статистически значимо чаще встречается стационарная эктопия в основной группе (41,8±3,7 на 100 женщин), чем в группе сравнения (3,2±1,2 соответственно), $t=9,9$, $p<0,001$, но реже рецидивизирующая (основная группа – 10,4±2,3 и группа сравнения – 36,3±3,3 на 100 женщин), $t=6,4$, $p<0,001$ и прогрессирующая (основная группа – 36,8±3,6 и группа сравнения – 47,7±3,4 соответственно), $t=2,2$, $p=0,02$. Осложненное течение эктопий шейки матки выявлено в 94,5% случаев, преинвазивный рак 0,6% в основной группе и 1,8% в группе сравнения, $t=1,1$, $p=0,26$, инвазивный рак - 0,9% в группе сравнения, $t=1,3$, $p=0,19$. Полученные данные диктуют необходимость диспансерного ведения пациентов с эктопиями шейки матки и комплексного подхода к их терапии.

Ключевые слова: шейка матки, эктопия, зона трансформации, морфология, гистология, структура, особенности течения.

The relevance of this study is due to the high incidence of cervical ectopia in women of active reproductive age, the lack of a unified approach to this condition and the tactics of treatment of patients. The article presents a comparative analysis of the morphofunctional structure of cervical ectopias depending on the transformation zones (ZT 1-axis group and ZT 2-comparison group). From the obtained data it follows that the structure

of cervical ectopias in the main group is represented: 41.8% stationary, 36.8% progressive, 11.0% epidermis and 10.4% recurrent, in the comparison group: 47.8% progressive, 36.2% recurrent, 12.8% epidermis and 3.2% stationary. Statistically, stationary ectopia is significantly more common in the main group (41.8 ± 3.7 per 100 women) than in the comparison group (3.2 ± 1.2 , respectively), $t=9.9$, $p<0.001$, but less frequently recurrent (the main group- 10.4 ± 2.3 and the comparison group- 36.3 ± 3.3 per 100 women), $t=6.4$, $p<0.001$ and progressive (the main group – 36.8 ± 3.6 and the comparison group – 47.7 ± 3.4 , respectively), $t=2.2$, $p=0.02$. Complicated course of cervical ectopias was revealed in 94.5% of cases, preinvasive cancer 0.6% in the main group and 1.8% in the comparison group, $t=1.1$, $p=0.26$, invasive cancer-0.9% in the comparison group, $t=1.3$, $p=0.19$. The obtained data dictate the need for dispensary management of patients with cervical ectopia and an integrated approach to their therapy.

Key words: cervix, ectopia, transformation zone, morphology, histology, structure, flow features.

Введение. Репродуктивное здоровье населения является индикатором здоровья нации, а сохранение и обеспечение должных условий для его оптимальной реализации становится одной из важнейших задач государства [1].

Возникновение и развитие эктопии шейки матки сложный и длительный процесс, многие стороны которого в настоящее время остаются недостаточно изученными [2].

В настоящее время в зарубежной литературе отмечается повышенное внимание вопросу эктопии шейки матки в связи с высокой актуальностью и социальной значимостью данной проблемы и пересмотром многих фундаментальных постулатов и методик коррекции [3].

Самигуллина А.Э. с соавт. (2018), подчеркивая актуальность исследований для Кыргызской Республики в данном направлении, доказали рост эктопий шейки матки по обращаемости в НЦОМид МЗ КР в 2,7 раза за период 2011-2018 гг., удельный вес которых в среднем составил 43,5% [4].

Ранняя диагностика и лечение фоновых заболеваний шейки матки остается актуальной проблемой в гинекологии, решение которой позволит снизить заболеваемость раком шейки матки и приведет к увеличению продолжительности жизни и снижению смертности женского населения [5].

Цель исследования – оценить морфофункциональное состояние эктопий шейки матки.

Материалы и методы исследования. База исследования - клинический родильный дом НЦОМид, период исследования - 2016-2017 годы.

Дизайн исследования - проспективное когортное.

По методике Е.А. Шигана [6] рассчитан объем репрезентативной выборки, исследование повышенной точности $n=400$, $p<0,001$, 99,9%, $t=3,2$.

Единица исследования – женщины репродуктивного возраста.

Предмет исследования – шейка матки.

Объект исследования - 400 женщин репродуктивного возраста с эктопией шейки матки, отобранные методом случайного отбора.

Согласно классификации Рио-де-Жанейро, 2011 года, женщины были разделены на две группы.

Основная группа – 182 женщины с эктопией шейки матки с зоной трансформации 1, когда переходная зона и вся зона трансформации видна полностью на влагалищной части шейки матки.

Группа сравнения – 218 женщин с эктопией шейки матки с зоной трансформации 2, когда переходная зона расположена с эндоцервиксе, а зона трансформации не видна полностью.

Средний возраст женщин принявших участие в исследовании составил $25,8 \pm 2,5$ лет, в основной группе - $25,4 \pm 2,5$ лет и в группе сравнения - $26,2 \pm 2,5$ лет, статистически значимой разницы в группах не установлено, $t=0,23$, $p=0,82$.

Исследование основано на первичной информации, источником которой послужили данные собранные при обращении женщин в кабинет патологии шейки матки: осмотр шейки матки в зеркалах, углубленное полное обследование (клиническое и лабораторное), расширенная кольпоскопия, прицельная биопсия с последующим гистологическим исследованием.

Статистическая обработка результатов исследования проведена с использованием программного пакета Центра по контролю Заболеваемости США OpenEpi 3.03.

Результаты исследования и их обсуждение. Согласно классификации, предложенной Рудаковой Е.Б в 1996 году [7], различают прогрессирующую, стационарную и заживающую эктопии шейки матки. Для прогрессирующей эктопии шейки матки характерна пролиферация клеток с образованием железистых структур, что свидетельствует о динамичном развитии патологического процесса. Стационарная эктопия шейки матки или простая отличается отсутствием в клетках цилиндрического эпителия признаков повышенной пролиферации. Эпидермизирующая или заживающая эктопия характеризуется появлением в зоне цилиндрического эпителия островков многослойного плоского эпителия. Данная классификация основана на морфологическом строении эпителия, и возможность интерпретации появляется после получения результатов гистологического исследования.

В нашем исследовании мы добавили в классификацию еще одну форму эктопий шейки матки – рецидивирующую, так как при наличии неблагоприятных ус-

ловий метаплазия может обрываться, вызывая рецидивы ранние или поздние, что требует повышенного внимания врача при динамичном наблюдении таких женщин.

Как видно из рисунка 1, для основной группы женщин с зоной трансформации 1 (ЗТ1) удельный вес эктопий представлен в 41,8% стационарной эктопией, требующей только коррекции состояний осложняющих

данную форму эктопии. Однако в 36,8% выявлена прогрессирующая эктопия шейки матки, которая после устранения предикторов осложняющих течения данной патологии требует динамического наблюдения и при необходимости активного вмешательства врача. Эпидермизирующая эктопия составила 11,0% в доле эктопий, что также диктует необходимость динамического наблюдения за женщиной.

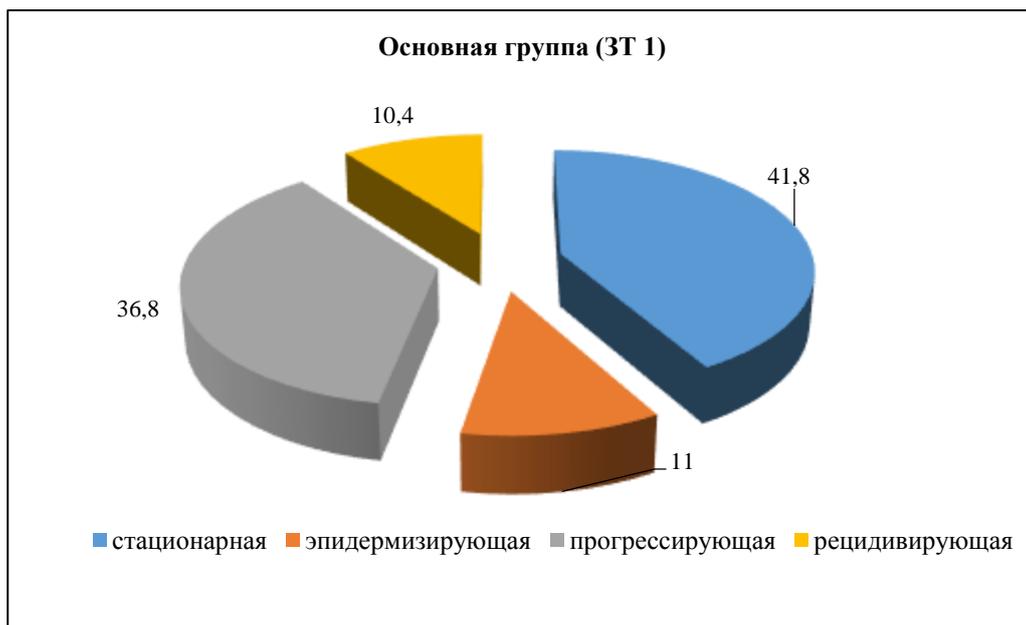


Рис. 1. Удельный вес эктопий у женщин основной группы (%).

Обращает на себя внимание высокий удельный вес рецидивирующей эктопии, который составил 10,4%, данный факт указывает о недооценке факторов риска и возможно объема активного вмешательства при терапии эктопии.

Рассматривая удельный вес морфофункционального строения различных форм эктопий шейки матки у женщин группы сравнения, с зоной трансформации 2 (ЗТ2), следует отметить, что их структура имеет отличие от основной группы (рис. 2).

Обращает на себя внимание, высокий процент прогрессирующих (47,8%) и рецидивирующих (36,2%) эктопий, что указывает на более неблагоприятное течение, требующее комплексного подхода при терапии

данного вида эктопий, стационарная эктопия представлена всего 3,2%, а эпидермизирующая – 12,8%.

В процессе обследования женщин группы сравнения выявлено, что в 84,0% случаев эктопии шейки матки требуют проведения комбинированной терапии с учетом выявленных предикторов осложняющих течение эктопий.

Учитывая высокий уровень рецидивов эктопий, после выяснения объемов вмешательства, было установлено, что терапии проводилась лекарственными средствами местного применения (солковагин) у 59 женщин (74,7%), хирургическое лечение у 20 женщин (25,3%), ранних рецидивов (до 3-х месяцев) в нашем исследовании не зафиксировано, в среднем после лечения эктопий прошло $2,8 \pm 0,2$ лет.

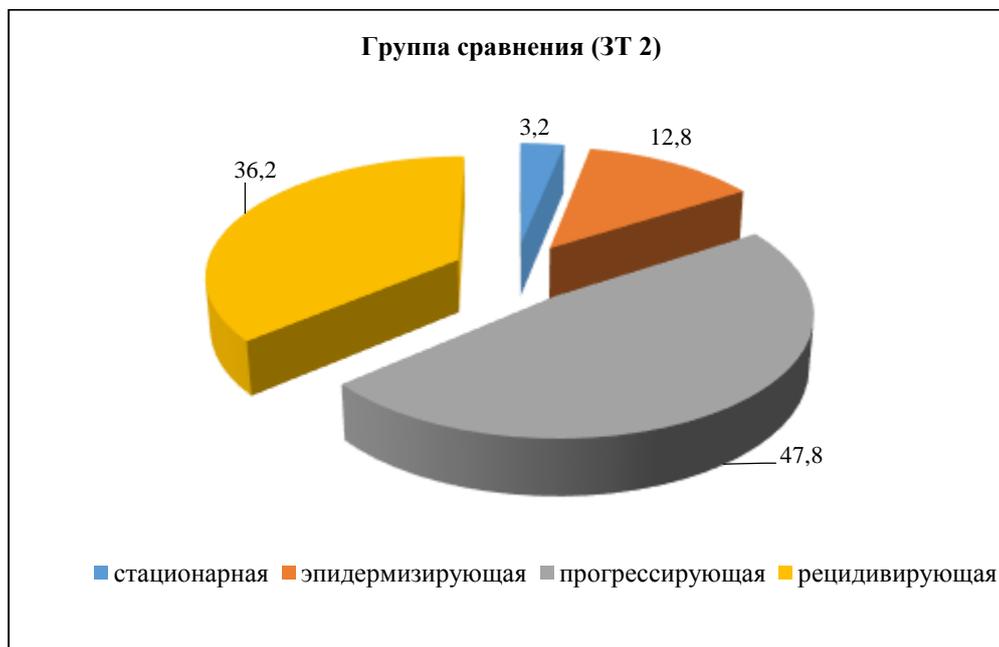


Рис. 2. Удельный вес эктопий у женщин группы сравнения (%).

На рисунке 3 схематично представлен удельный вес эктопий в группах сравнения, в основной группе женщин выявленные эктопии представлены в виде вытянутого ромба, в группе сравнения ромб больше похож на треугольник с вытянутыми основаниями в сторону прогрессирующей и рецидивирующей эктопий шейки матки.

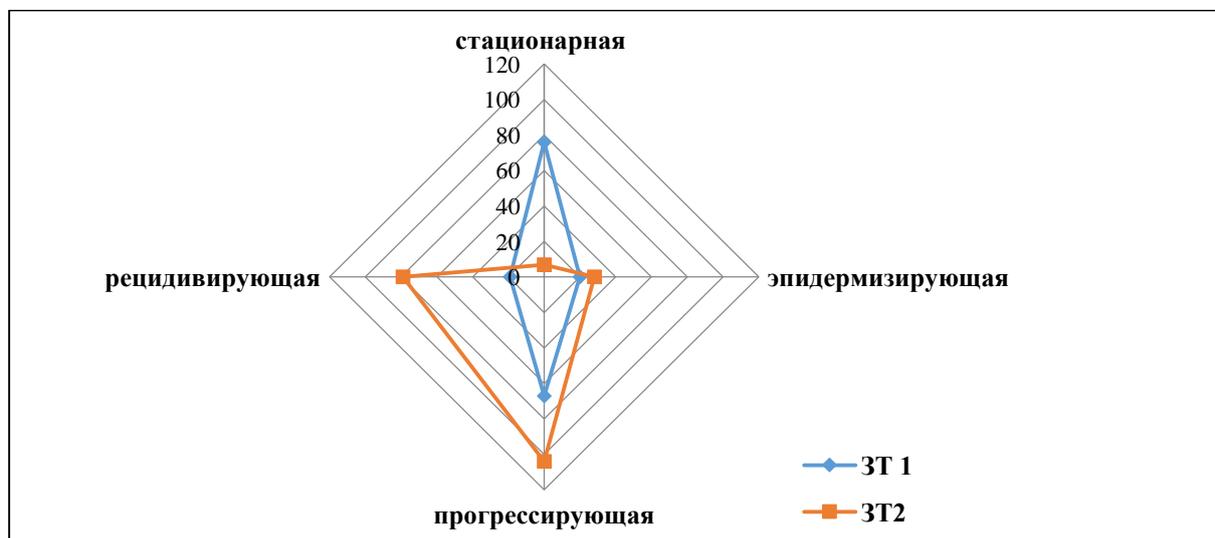


Рис. 3. Эктопии шейки матки у женщин групп сравнения (абс.).

Данный рисунок позволяет наглядно увидеть различия в группах сравнения. Выявленная закономерность более неблагоприятного течения эктопий шейки матки при длительно существующей метаплазии характерной для зоны трансформации 2, с высоким риском рецидивов эктопий кроме динамичного наблюдения, требует от клиницистов проведения оценки рисков и

нивелирования выявленных предикторов для эффективной терапии осложненных эктопий шейки матки.

Далее нами проведена сравнительная оценка частоты эктопий шейки матки между группами (табл. 1). Нами установлено, что у 76 женщин основной группы результат гистологии установил стационарную эктопию шейки матки (41,8%), что статистически значимо

благоприятнее, чем в группе сравнения (у 7 женщин – 3,2%), $t=9,9$, $p<0,001$.

Гистологическое исследование выявило эпидермизирующую эктопию шейки матки у 20 женщин

(11,0%) в основной группе, в группе сравнения – у 28 женщин (12,8%), статистически значимой разницы в группах не выявлено, $t=0,6$, $p=0,58$.

Таблица 1

Сравнительная характеристика морфофункционального строения эктопий у женщин групп сравнения (на 100 женщин).

Эктопии	Группы женщин				t	p
	Основная		Сравнения			
	n=182		n=218			
	Абс.	P±mp	Абс.	P±mp		
Стационарная эктопия	76	41,8±3,7	7	3,2±1,2	9,9	<0,001
Эпидермизирующая эктопия	20	11,0±2,3	28	12,8±2,3	0,6	0,58
Прогрессирующая эктопия	67	36,8±3,6	104	47,7±3,4	2,2	0,02
Рецидивирующая эктопия	19	10,4±2,3	79	36,3±3,3	6,4	<0,001

Прогрессирующая эктопия шейки матки статистически значимо реже установлена в основной группе (у 67 женщин - 36,8%), чем в группе сравнения, $t=2,2$, $p=0,02$.

Статистически значимо реже в основной группе выявлена рецидивирующая эктопия шейки матки, которая была морфологически подтверждена у 19 женщин (10,4%), в группе сравнения у 79 женщин (36,3%), $t=6,4$, $p<0,001$.

Из представленных данных следует, что статистически значимо чаще в основной группе были выявлены стационарная эктопия, а в группе сравнения прогрессирующая и рецидивирующая эктопии шейки матки.

Далее в таблице 2 представлены результаты морфологической картины стационарных эктопий шейки матки, как видно из таблицы в нашем исследовании неосложненная стационарная эктопия шейки матки с многослойным плоским эпителием без признаков дисплазии была выявлена крайне редко, в основной группе у 7 женщин (3,9%) из 182 женщин с эктопиями шейки матки, что однако, статистически значимо чаще группы сравнения – у 1 женщины (0,5%), $t=2,3$, $p=0,02$.

В сочетании с хроническим цервицитом стационарная эктопия была зарегистрирована у 60 женщин (33,0%) основной группы, что также статистически значимо чаще группы сравнения (у 4 женщин – 1,8%), $t=8,6$, $p<0,001$.

Таблица 2

Морфологическая характеристика стационарных эктопий у женщин групп сравнения (на 100 женщин).

Стационарная эктопия	Группы женщин				t	p
	Основная		Сравнения			
	n=182		n=218			
	Абс.	P±mp	Абс.	P±mp		
МПЭ без признаков дисплазии	7	3,9±1,4	1	0,5±0,5	2,3	0,02
с хр. цервицитом, МПЭ без признаков дисплазии	60	33,0±3,5	4	1,8±0,9	8,6	<0,001
с акантозом, CIN1	9	5,0±1,6	2	0,9±0,7	2,4	0,01

У 9 женщин со стационарной эктопией шейки матки морфофункциональная картина представлена акантозом и дисплазией клеток 1 степени (CIN 1) указывающим на наличие вирусной трансформации эпителия, что статистически значимо чаще группы сравнения (2 женщины – 0,9%), $t=2,4$, $p<0,01$. Таким образом, из 76 женщин со стационарной эктопией шейки матки в основной группе 69 женщин имеют осложненную форму эктопий, которая требует не просто динамического наблюдения за женщиной, а проведения противовоспалительной и противовирусной терапии.

Рассматривая морфологическую картину эпидермизирующих эктопий шейки матки (табл. 3), как было сказано выше, статистически значимой разницы в группах обследованных женщин по частоте встречаемости данной патологии не выявлено, $t=0,6$, $p=0,58$.

Однако, рассматривая саму структуру эпидермизирующих эктопий шейки матки по результатам гистологического исследования нами выявлено, что встречаемость эндометриоза в многослойном плоском эпителии без признаков дисплазии в основной группе статистически значимо выше (у 12 женщин – 6,6%), чем в группе сравнения (у 1 женщины – 0,5%), $t=3,3$, $p<0,001$.

Таблица 3

**Морфологическая характеристика эпидермизирующих эктопий
у женщин групп сравнения (на 100 женщин)**

Эпидермизирующая железистая эктопия	Группы женщин				t	p
	Основная		Сравнения			
	n=182		n=218			
	Абс.	P±mp	Абс.	P±mp		
МПЭ без признаков дисплазии	2	1,1±0,8	9	4,1±1,4	1,9	0,06
с хр. цервицитом, МПЭ без признаков дисплазии	4	2,2±1,1	8	3,7±1,3	0,9	0,38
с хр. цервицитом, отмечается очаговая базально-клеточная активность. Злокачественного роста нет, CIN1	1	0,6±0,6	6	2,8±1,1	1,8	0,07
с очаговым паракератозом и ангиоматозом стромы, МПЭ без признаков дисплазии	1	0,6±0,6	4	1,8±0,9	1,1	0,26
с гетеротопической железой (эндометриоз), МПЭ без признаков дисплазии	12	6,6±1,8	1	0,5±0,5	3,3	<0,001

Многослойный плоский эпителий без признаков дисплазии и воспалительного компонента реже выявляется в основной группе (у 2 женщин – 1,1%), чем в группе сравнения (у 9 женщин – 4,1%), но статистически значимой разницы при этом не выявлено, $t=1,9$, $p=0,06$.

Эпидермизирующая эктопия осложнилась хроническим цервицитом с многослойным плоским эпителием без признаков дисплазии у 4 женщин (2,2%) основной группы, в группе сравнения – у 8 женщин (3,7%), $t=0,9$, $p=0,38$.

Также не установлено статистически значимой разницы между группами при эпидермизирующей эктопии шейки матки с хроническим цервицитом и очаговой базально-клеточной активности, указывающей на наличие дисплазии в зоне метаплазии, но при отсутствии злокачественного роста (CIN 1), в основной группе (1 женщина - 0,6%) и группе сравнения (6 женщин – 2,8%), $t=1,8$, $p=0,07$.

С очаговым паракератозом и ангиоматозом стромы и клетками МПЭ без признаков клеточной дисплазии, указывающими на возможное наличие вируса при эпидермизирующих эктопиях между группами женщин статистически значимой разницы также не установлено, при этом в основной группы данное заключение было у 1 женщины (0,6%), в группе сравнения – у 4 женщин (1,8%), $t=1,1$, $p=0,26$.

Из данных таблицы 4 следует, что хотя была выявлена статистически значимая разница между группами женщин по частоте встречаемости прогрессирующих эктопий шейки матки, $t=2,1$, $p=0,26$, по неосложненным прогрессирующим эктопиям статистически значимой разницы в группах не установлено. В основной группе морфологическая картина прогрессирующих эктопий без злокачественного роста и без признаков воспаления выявлена у 2 женщин (1,1%), в группе сравнения – у 1 женщины (0,5%), $t=0,6$, $p=0,52$.

Таблица 4

**Морфологическая характеристика прогрессирующих эктопий
у женщин групп сравнения (на 100 женщин)**

Прогрессирующая эктопия	Группы женщин				t	p
	Основная		Сравнения			
	n=182		n=218			
	Абс.	P±mp	Абс.	P±mp		
Злокачественного роста нет	2	1,1±0,8	1	0,5±0,5	0,6	0,52
с хр. цервицитом. Злокачественного роста нет, CIN1	2	1,1±0,8	9	4,1±1,4	1,9	0,06
с явлениями акантоза и гиперкератоза. Злокачественного роста нет, CIN1	48	26,4±3,3	54	24,8±2,9	0,4	0,72
с хр. цервицитом и фолликулитом. Отмечается базально-клеточная активность, акантоз, нарушение стратификации слоев. Злокачественного роста нет, CIN2	14	7,7±2,0	31	14,2±2,4	2,1	0,03
с ангиоматозом и фрагментами раздраженного МПЭ, CIN2	2	1,1±0,8	5	2,3±1,0	0,9	0,34
с участками грануляционной ткани. МПЭ раздражен, гипертрофирован с ангиоматозом пласта (вирусное поражение), с участками CIN1- CIN 2- CIN 3 и фрагмент эпителия с cancer in situ	1	0,6±0,6	4	1,8±0,9	1,1	0,26

Также не выявлено статистически значимой разницы между группами по прогрессирующей эктопии с хроническим цервицитом и дисплазии, но с отсутствием злокачественного роста (CIN1), $t=1,9$, $p=0,06$.

С явлениями акантоза и гиперкератоза, наличием клеточной дисплазии эпителия (CIN1) без признаков злокачественного роста прогрессирующих эктопий в основной группе таковыми были заключения гистологии у 48 женщин (26,4%), в группе сравнения – у 54 женщин (24,8%), статистически значимой разницы между группами не установлено, $t=0,4$, $p=0,72$.

С картиной хронического цервицита и фолликулита, базально-клеточной активностью, с акантозом и нарушением стратификации слоев МПЭ (CIN2), но отсутствием злокачественного роста морфологическое заключение было у 14 женщин (7,7%) основной группы, в группе сравнения статистически значимо чаще - у 31 женщины (14,2%), $t=2,1$, $p=0,03$.

Кроме того с CIN2 – наличием ангиоматоза и фрагментами раздраженного эпителия было выявлено 2

женщины (1,1%) основной группы и 5 женщин (2,3%) в группе сравнения, статистически значимой разницы между группами не установлено, $t=0,9$, $p=0,34$.

У женщин обеих групп при морфологическом исследовании был выявлен cancer in situ, статистически значимой разницы не выявлено, в основной группе данный диагноз был выставлен 1 женщине (0,6%), в группе сравнения – 4 женщинам (1,8%), $t=1,1$, $p=0,26$.

Далее в исследовании была дана сравнительная оценка рецидивирующим эктопиям шейки матки (табл. 5), у 3 женщин (1,7%) основной группы была выявлена папилломавирусная папиллома, с дисплазией эпителия (CIN1), без признаков злокачественного роста, в группе сравнения – у 6 женщин (2,8%), $t=0,1$, $p=0,92$.

У 16 женщин (8,8%) основной группы была диагностирована картина CIN2 – участки эпителия зрелой и незрелой метаплазии, с раздражением и пролиферативным акантозом, без признаков злокачественного роста, что статистически реже группы сравнения (у 72 женщин – 32,6%), $t=6,2$, $p<0,001$.

Таблица 5

Морфологическая характеристика рецидивирующих эктопий у женщин групп сравнения (на 100 женщин)

Рецидивирующая эктопия	Группы женщин				t	p
	Основная		Сравнения			
	n=182		n=218			
	Абс.	P±mp	Абс.	P±mp		
с плоской папилломавирусной папилломой. Злокачественного роста нет, CIN1	3	1,7±0,9	6	2,8±1,1	0,1	0,92
с участками зрелой и незрелой плоскоклеточной метаплазии, МПЭ раздражен с картиной пролиферативного акантоза. Злокачественного роста нет, CIN2	16	8,8±2,1	71	32,6±3,2	6,2	<0,001
с CIN3 и наличием участка cancer in situ, в одном из участков каплевидная инвазия до 5 мм	-	-	2	0,9±0,7	1,3	0,19

Кроме того в группе сравнения был получен результат морфологического исследования с CIN3 и наличием участка cancer in situ, а в одном из участков с каплевидной инвазией до 5 мм у 2 женщин (0,9%), $t=1,3$, $p=0,19$.

Преинвазивный рак шейки матки в нашем исследовании составил 0,6% из общего количества женщин основной группы и 1,8% в группе сравнения.

Инвазивный рак был выявлен у 0,9% женщин группы сравнения, в основной группе данная патология не выявлена.

В обеих группах эктопия шейки матки протекала в неосложненной форме всего у 5,5% женщин, в основной группе у 11 женщин (6,0%), в группе сравнения также у 11 женщин (5,0%), осложненная эктопия шейки матки была выявлена у 94,5% женщин обеих групп.

Выводы:

1. Структура эктопий шейки матки в основной группе представлена: 41,8% стационарной, 36,8% прогрессирующей, 11,0% эпидермизирующей и 10,4% рецидивирующей.

2. В группе сравнения структура эктопий шейки матки состоит из: 47,8% прогрессирующей, 36,2% рецидивирующей, 12,8% эпидермизирующей и 3,2% стационарной.

3. Статистически значимо чаще встречается стационарная эктопия в основной группе (41,8±3,7 на 100 женщин), чем в группе сравнения (3,2±1,2 соответственно), $t=9,9$, $p<0,001$, но реже рецидивирующая (основная группа – 10,4±2,3 и группа сравнения – 36,3±3,3 на 100 женщин), $t=6,4$, $p<0,001$ и прогрессирующая (основная группа – 36,8±3,6 и группа сравнения – 47,7±3,4 на 100 женщин), $t=2,2$, $p=0,02$.

4. Осложненные эктопии шейки матки составили 94,5% случаев.

5. Преинвазивный рак шейки матки выявлен в основной группе в 0,6% и 1,8% в группе сравнения, $t=1,1$, $p=0,26$.

6. Инвазивный рак был выявлен у 0,9% женщин только в группе сравнения, $t=1,3$, $p=0,19$.

Заключение. Проведенный нами сравнительный анализ в группах показал, что структура эктопий шейки матки имеет отличительные особенности в зависимости от зоны трансформации, при этом в 94,5% эктопии имеют осложненное течение, полученные данные позволяют практикующему врачу при комплексной терапии эктопий правильно выбрать объем вмешательства и при необходимости эффективный способ коррекции данной патологии.

Литература:

1. Русакевич П.С. Эктопия шейки матки (современное состояние проблемы) [Текст] / П.С. Русакевич, Н.П. Фокина. - Минск: Охрана материнства и детства. - 2008. - С. 88-93.
2. Дюсембаева А.С. Радиоволновая хирургия в лечении патологии шейки матки [Текст] / А.С. Дюсембаева, А.М. Казиева, Т.К. Кудайбергенова // Вестник КазНМУ. - 2018. - №1. - С.4-5.
3. Огризко И.Н. Распространенность и клинические формы эктопии шейки матки среди женщин репродуктивного возраста [Текст] / И.Н. Огризко, Д.М. Семенов // Вестник ВГМУ. - 2013. - Т.12. - №3. - С.72-77.
4. Самигуллина А.Э. Эктопия шейки матки: тенденции и прогноз [Текст] / А.Э. Самигуллина, К.А. Сарыбаева, А.А. Бообекова // Современные проблемы науки и образования. - 2018. - №6.
5. Нургалиева Д.А. Лечение эрозии, эктопии шейки матки в амбулаторных условиях [Текст] / Д.А. Нургалиева // Медицинский журнал Западного Казахстана. - 2013. - №1-2(38). - С. 118-120.
6. Чернова Н.Е. Медицинская статистика [Текст] / Н.Е. Чернова // Учебное пособие. - Бишкек. - 2006. - 23с.
7. Черезов А.Е. Общая теория рака: тканевый подход [Текст] / А.Е. Черезов. - М: Изд-во МГУ. - 1997. - 252с.