



ФАКТОРЫ РИСКА КАК ТРИГГЕР РАЗВИТИЯ ПАТОЛОГИИ ШЕЙКИ МАТКИ

Мамадалиева Г.И., Рузиева Н.Х.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Узбекистан

✓ Резюме

Доброкачественные заболевания шейки матки (ДЗШМ), это морфофункциональные патологии слизистой оболочки шейки матки (ШМ), при которых сохранена нормоплазия эпителия. Понятие ДЗШМ включают в себя эктопию цилиндрического эпителия шейки матки (ШМ), эрозию ШМ, эктропион, лейкоплакию ШМ, а также цервикальную интраэпителиальную неоплазию с низкой и высокой степенью плоскоклеточного интраэпителиального поражения (CIN I и II). ДЗШМ в структуре гинекологических заболеваний составляют 25-45%.

Изучение факторов риска предраковых процессов ШМ и РШМ крайне необходимы как с точки зрения здоровья каждой отдельной женщины, так и женского населения в целом, а значит состава популяции и рождаемости в ней.

Ключевые слова: цервикальная интраэпителиальная неоплазия, факторы риска

THE IMPORTANCE OF USING CIN-DIAG IN DIAGNOSTICS

Mamadaliyeva G.I., Ruziyeva N.Kh.

Tashkent Pediatric Medical Institute, Uzbekistan

✓ Resume

Benign diseases of the cervix (BCD) are morphofunctional pathologies of the mucous membrane of the cervix (BM), in which the normoplasia of the epithelium is preserved. The concept of DSC includes ectopic columnar epithelium of the cervix (CC), cervical erosion, ectropion, cervical leukoplakia, as well as cervical intraepithelial neoplasia with low and high degree of squamous intraepithelial lesions (CIN I and II). DZSHM in the structure of gynecological diseases account for 25-45%. The study of risk factors for precancerous processes of cervical cancer and cervical cancer is essential both from the point of view of the health of each individual woman and the female population as a whole, and hence the composition of the population and the birth rate in it.

Keywords: cervical intraepithelial neoplasia, risk factors

XAVF FATORLARI BACHON BO'YINI PATOLOGIYASI RIVOJLANISHIDA TRIGGER SIFTIDA.

Mamadaliyeva G.I., Ro'ziyeva N.X.

Toshkent pedyatriya tibbiyot instituti, O'zbekiston

✓ Rezyume

Bachadon bo'ynining havfsiz kasalliklari (BBXK) bachadon bo'yni shilliq qavatining morfofunksional patologiyalari bo'lib, ularda epiteliyning normoplaziyasi saqlanib qoladi. BBXK bachadon bo'yni ektopiyasi, bachadon bo'yni eroziyasi, ektropion, bachadon bo'yni leykoplakiyasi, shuningdek, past va yuqori darajadagi skuamoz intraepitelial shikastlanishlar (CIN I va II) bo'lgan bachadon bo'yni intraepitelial neoplaziyasini o'z ichiga oladi. Ginekologik kasalliklar tarkibida BBXK 25-45% ni tashkil qiladi. Bachadon bo'yni saratoni va bachadon bo'yni saratonining prekanserov jarayonlari uchun xavf omillarini o'rganish har bir ayolning va umuman ayol populyatsiyasining sog'lig'i, shuning uchun aholi tarkibi va undagi tug'ilish darajasi nuqtai nazaridan juda muhimdir.

Kalit so'zlar: cervical intraepithelial neoplasia, xavf omillari

Актуальность

Патологические процессы шейки матки (ШМ) занимают достаточный объем практической деятельности врача-гинеколога и играют весомую роль в состоянии общественного здравоохранения. Патологии ШМ встречаются очень часто, особенно в возрасте 30-49 лет и характеризуется тенденцией к увеличению частоты, занимают существенное место в структуре болезней репродуктивной системы, диагностируют их у каждой пятой женщины репродуктивного и почти у каждой десятой женщины в менопаузе [8]. ДЗШМ из всей обращаемости к врачу-гинекологу составляют от 35% до 80% [4].

Ранняя диагностика и, соответственно, раннее адекватное лечение фоновых и предраковых патологий ШМ способствуют предупреждению рака ШМ (РШМ). РШМ находится на 3 месте по частоте встречаемости среди опухолей репродуктивной системы и на 6 месте среди всех опухолей. Раннее диагностирование и лечение заболеваний ШМ, учитывая распространённость РШМ и состояние репродуктивного здоровья женщин, особенно актуально и необходимо [9].

Распространенность РШМ в России в 2018 году составила 124 пациентки на 100 000 женщин, при этом активно на профилактических осмотрах диагностировано 41,8% всех случаев этого заболевания [1]. В 2018 г. РШМ в 32,6% новых случаев диагностировали на поздних стадиях [1]. Распространенность РШМ различается в популяциях и составляет 0,4-7,7% в зависимости от типа [6, 10, 11, 12].

По данным Рахмановой Ж.А. показатель заболеваемости РШМ в нашей стране составляет в среднем составляет 7,6 на 100 000 женщин. Самый низкий показатель отмечен в 2011 году – 5,4 на 100 000, а самый высокий отмечен в 2009 и 2018 годах около 8,5 на 100 000 женщин. Самой молодой женщиной с констатированным РШМ было 21,7 лет, а самой взрослой – 85,2 года, что только подтверждает необходимость своевременной диагностики ДЗШМ и снижения влияния факторов риска возникновения патологии ШМ на организм женщин всех возрастов, а особенно целевой группы 30-50 лет [3].

Цервикальные интраэпителиальные неоплазии ШМ (Cervical Intraepithelial Neoplasia, CIN) при условии ранней диагностики могут быть вылечены до возникновения РШМ органосохраняющими методами. Так, любой РШМ – это не диагностированная вовремя интраэпителиальная неоплазия ШМ и упущенное время для ее лечения и предупреждения инвазивного рака [2, 5].

Возникновение CIN множество авторов связывают с семейным положением и табакокурением женщин [5, 8, 11].

Цервикальная интраэпителиальная неоплазия (CIN) – это «изменение эпителия ШМ, заключающееся в нарушении стратификации среднего и базального слоя, без изменений в поверхностном слое и строме, но с нарушением слоистости. Для классификации CIN в 2011 г. цитологами была разделена высокая или низкая степень повреждения плоского эпителия» [7].

Следует помнить, что каждый случай РШМ – это не диагностированный вовремя CIN, поэтому в нашем исследовании мы исходили именно из морфологического понятия CIN.

Эти факты невольно наталкивают на мысль о несерьезности отношения женского населения к такой грозной патологии, как РШМ, что, скорее всего, объяснимо недостаточностью знаний женщин об этой патологии и отсутствием активной просветительской работы на уровне первичного звена здравоохранения, средств массовой информации и государства в целом.

Цель исследования: на основании результатов клинико-анамнестического и лабораторного исследования оценить влияние факторов риска на степень плоскоклеточного интраэпителиального поражения шейки матки.

Материал и методы

Для достижения цели исследования нами было обследовано 120 женщин, которые находились на амбулаторном лечении ДЗШМ с 2020 по 2021 годы, возраст женщин в основной группе был от 25 до 44 лет, средний возраст – 36,1±1,42 года, в КГ (n=20) возраст женщин колебался от 25 до 43 лет, средний возраст – 35,8±1,37 лет.

В обеих группах нами проведено комплексное обследование женщин которое включало: изучение жалоб и анамнеза, осмотр в зеркалах, бактериоскопическое исследование материала из цервикального канала и влагалища, ПЦР в качественном исполнении на урогенитальные инфекции (*Chlamydia trachomatis*, *Mycoplasma genitalium*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Trichomonas vaginalis*, ВПЧ 16 и 18 типов), традиционный цитологический метод, расширенную кольпоскопию, и биопсию для гистологической верификации диагноза (как заключительный этап диагностики у пациенток старше

30 лет). Выявление факторов риска и вычисления силы их влияния осуществляли после вынесения диагноза CIN I или CIN II.

Результат и обсуждения

Основная группа на этом этапе исследования разделена нами на I и II группы, I группа – 78 (65%) пациенток с подтвержденным CIN I, в возрасте от 25 до 43 лет, средний возраст – $35,3 \pm 1,35$ лет, во II группу вошли 42 (35%) пациентки с подтвержденным CIN II, в возрасте от 27 до 44 лет, средний возраст – $37,2 \pm 1,42$ лет.

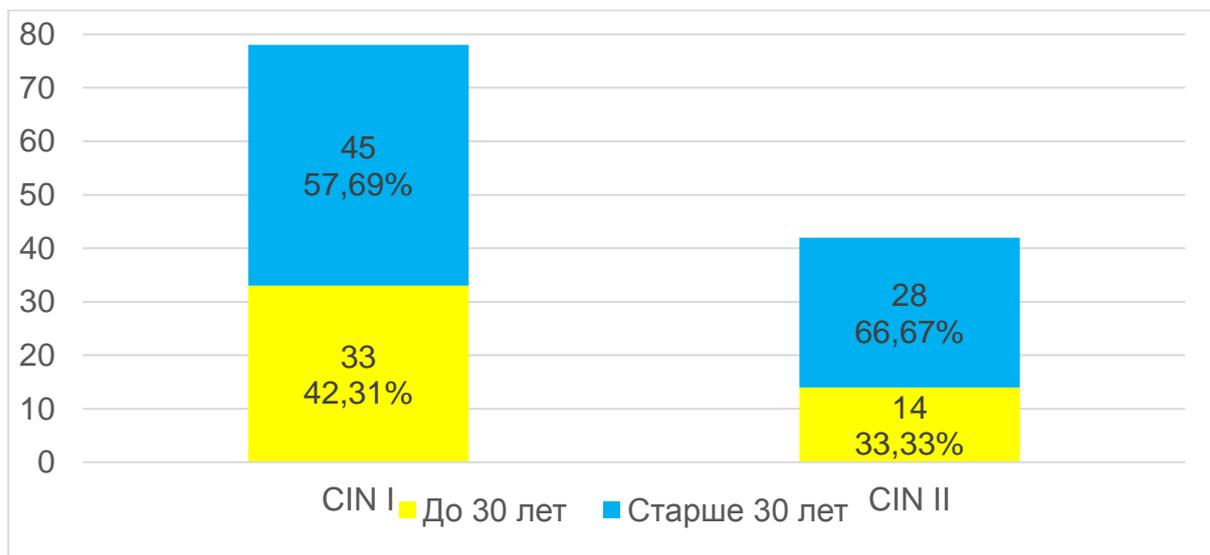


Рис 1. Соотношение пациенток обеих возрастных групп в исследуемых подгруппах.

Активное курение было более распространено в любом возрасте в основной группе (14,9% женщин до 30 лет и 15,07% старше 30 лет), в то время как в КГ женщины старше 30 лет не курили на постоянной основе, а среди молодых женщин курящие составили 8,33%. Употребление алкоголя не имело статистически достоверной разницы и нами в дальнейшем не учитывалось.

Регулярную половую жизнь вели 74,47% молодых женщин и 65,75% старше 30 лет в основной группе, в то время как в КГ все 100% молодых женщин жили регулярно половой жизнью, а после 30 лет – 94,4%.

Социальные особенности пациенток в норме и в группах с цервикальной патологией представлены в таблице 1.

Женщины основной группы до 30 лет не имели детей в 29,8% случаев, около половины (48,9%) имели 1-2 родов в анамнезе и 21,3% имели 3 родов и более. В этой же группе после 30 лет не рожали 16,4%, имели 1-2 детей – 57,5%, 3 и более – 26% женщин. В КГ – среди молодых женщин было 16,7% нерожавших, 75% – имели 1-2 детей и 8,3% (1 женщина) – 3 детей, у женщин старшей возрастной группы по 1 (5,6%) женщине не имели родов и имели 4-х детей, 88,9% – имели 1-2 детей.

Количество аборт среди женщин КГ старше 30 лет статистически достоверно ($p < 0,01$) меньше ($n=1$, 5,56%), чем в основной подгруппе ($n=42$, 57,53%). А среди молодых пациенток в КГ только у 1 женщины был в анамнезе 1 хирургический аборт по показаниям, в основной группе среди женщин до 30 лет 22 (46,8%) имели по 2 и более аборта, что достоверно выше показателя КГ ($p < 0,01$).

Средний возраст менархе, продолжительность МЦ и длительность менструации в обеих группах статистически достоверного различия не имели ($p > 0,05$).

Анамнез последнего года до исследования воспалительных заболеваний, неспецифических воспалительных патологий ШМ представлен в таблице 2.

Таблица 1

Сравнительная характеристика обследованных женщин

Параметр (на момент обследования)	Основная группа, n=120				КГ, n=30			
	До 30 лет (n=47)		Старше 30 лет (n=73)		До 30 лет (n=12)		Старше 30 лет (n=18)	
	Абс	%	Абс	%	Абс	%	Абс	%
Постоянное активное курение	7	14,89	11	15,07	1	8,33	0	0,00
Периодическое активное курение	5	10,64	9	12,33	2	16,67	1	5,56
Частое пассивное курение	7	14,89	13	17,81	1	8,33	2	11,11
Употребление алкоголя 3 и более раз в месяц	5	10,64	13	17,81	1	8,33	2	11,11
Употребление алкоголя 1-2 раза в месяц	5	10,64	3	4,11	0	0,00	1	5,56
Регулярная половая жизнь чаще 1 раза в неделю	13	27,66	26	35,62	9	75,00	12	66,67
Половая жизнь до 5 раз в месяц	22	46,81	22	30,14	3	25,00	5	27,78
Нерегулярная половая жизнь (менее 1-2 раз/мес)	12	25,53	25	34,25	0	0,00	1	5,56
Нерожавшие	14	29,79	12	16,44	2	16,67	1	5,56
1-2 родов	23	48,94	42	57,53	9	75,00	16	88,89
3 и более родов	10	21,28	19	26,03	1	8,33	1	5,56
2 и более аборт в анамнезе	22	46,81	42	57,53	0	0,00	1	5,56

Таблица 2

Анамнестические данные гинекологической патологии за последний год

Данные анамнеза	Основная группа, n=120				КГ, n=30			
	До 30 лет (n=47)		Старше 30 лет (n=73)		До 30 лет (n=12)		Старше 30 лет (n=18)	
	Абс	%	Абс	%	Абс	%	Абс	%
Отсутствие патологии	11	23,40	29	39,73	9	75,00	14	77,78
ИППП	12	25,53	13	17,81	2	16,67	1	5,56
Неспецифические воспалительные заболевания	9	19,15	14	19,18	0	0,00	1	5,56
Бактериальный вагиноз	11	23,40	17	23,29	1	8,33	2	11,11
Нарушение микробиоты влагалища	32	68,09	54	73,97	2	16,67	2	11,11

Отсутствие гинекологической патологии у молодых женщин констатировано у 23,4% в основной группе и у 75% в КГ, а среди женщин старше 30 лет – 39,7% и 77,8% соответственно. При этом ИППП у молодых женщин выявлялись у 25,5% в основной и у 16,7% в КГ, среди женщин старше 30 лет – 17,8% и 5,56% соответственно. Идентичные анамнестические тенденции сохраняются для неспецифических воспалительных заболеваний и бактериального вагиноза в течение 1 года перед нашим исследованием.

Воспалительные и дисбиотические эпизоды в анамнезе пациенток статистически достоверно ($p < 0,01$, $p < 0,05$) увеличивают риск возникновения CIN в любом возрасте, особенно у пациенток старше 30 лет.

Следует помнить, что ведущим фактором CIN и РШМ признана персистенция ВПЧ [9, 10, 11]. ВПЧ статус исследованных женщин представлен в таблице 3.

У женщин КГ до 30 лет встречаемость ВПЧ 16 и 18 типов статистически достоверно ($p < 0,01$) меньше и составила ($n=2$, 16,7% $n=1$, 8,33%) по сравнению с основной группой этой возрастной категории ($n=17$, 36,2% и $n=16$, 34% соответственно). Идентичная тенденция сохранена и в возрасте старше 30 лет, так в КГ встречаемость ВПЧ 16 и 18 типов констатирована статистически достоверно ($p < 0,01$) ниже в сравнении с основной группой ($n=3$, 16,7% $n=2$, 11,1% в КГ против $n=26$, 35,6% $n=25$, 34,25% в основной группе). Диаметральна противоположная, но достоверная картина ($p < 0,01$)

визуализируется при анализе встречаемости ВПЧ негативных пациентов в обеих группах в любом возрасте.

Таблица 3

Данные о наличии в анамнезе ВПЧ 16 и 18 типов в исследуемых группах ($p < 0,01$)

ВПЧ	Основная группа, n=120				КГ, n=30			
	До 30 лет (n=47)		Старше 30 лет (n=73)		До 30 лет (n=12)		Старше 30 лет (n=18)	
	Абс	%	Абс	%	Абс	%	Абс	%
ВПЧ негативные	14	29,79	22	30,14	9	75,00	13	72,22
ВПЧ 16 и 18 типы	33	70,21	51	69,86	3	25	5	27,78

Методы контрацепции, используемые женщинами, оказывают влияние на заболеваемость ДЗШМ. Барьерная контрацепция (презерватив) защищает от ИППП и ВПЧ, как основного пускового механизма РШМ. Среди исследуемых нами молодых женщин КГ 75% регулярно использовали презервативы, среди женщин старше 30 лет – 77,8%, в то время как в основной группе – 29,8% и 39,7% соответственно ($p < 0,01$). Приверженность к не барьерным способам контрацепции, таким образом, достоверно выше в основной группе в обеих возрастных подгруппах, особенно сильно выделяясь у молодых женщин.

Курящих пациенток (курение ≥ 3 лет, выкуривание ≥ 10 сигарет в сутки) в нашем исследовании в основных группах статистически достоверно больше ($p < 0,01$), среди молодых женщин до 30 лет ($n=7$, 14,89%) и старше 30 лет ($n=11$, 15,07%) чем в КГ ($n=1$, 8,33% и 0 соответственно) Курение увеличивало риск возникновения CIN I в 2,2 раза [95% ДИ 1,4-3,5], CIN II – в 2,3 раза [95% ДИ 1,3-3,7] у молодых женщин до 30 лет, а у женщин старше 30 лет риск CIN I возрастал в 4,4 раза [95% ДИ 1,7-8,4], а CIN II – в 4,8 раза [95% ДИ 2,1-7,9]. Среди пациенток групп CIN I и CIN II женщин, ведущих нерегулярную половую жизнь (реже 1-2 раз в месяц), было статистически достоверно ($p < 0,01$, $p < 0,05$) больше ($n=8$, 10,26% и $n=4$, 9,52% соответственно) до и старше 30 лет ($n=16$, 20,5%; $n=9$, 21,43% соответственно), чем в КГ ($n=0$ и $n=1$, 3,33% соответственно) в обеих возрастных группах. У этих женщин старше 30 лет риск развития CIN I и CIN II был выше в 2,87 раза [95% ДИ 1,37-6,1] и в 1,86 раза [95% ДИ 1,1-3,1] соответственно. В возрасте моложе 30 лет этот фактор не являлся фактором риска.

Риск развития CIN I и II от большого количества родов, возрастал у женщин старше 30 лет – для CIN I был 2,1 [95% ДИ 1,2-4,1], а для CIN II – 1,76 [95% ДИ 1,1-3,2].

Среди женщин старше 30 лет в КГ количество абортных было статистически достоверно ($p < 0,01$) ниже ($n=1$, 5,56%), чем в группе CIN I ($n=20$, 25,64%) и CIN II ($n=22$, 52,38%). 2 и более абортов в анамнезе увеличивало риск CIN I в 3,8 раза [95% ДИ 1,8-7,1] и CIN II – в 2,6 [95% ДИ 1,8-4,4] у женщин старше 30 лет. В группе пациенток моложе 30 лет в сравнении с КГ, статистически достоверно ($p < 0,01$) выше в группах CIN I и CIN II пациенток с двумя и более абортами в анамнезе ($n=9$, 11,54% и $n=13$, 30,95% соответственно), что увеличивало риск CIN I в 2,2 раза [95% ДИ 1,4-3,8] и CIN II – в 1,86 раза [95% ДИ 1,1-3,2].

В КГ среди молодых женщин частота ИППП составила ($n=2$, 15,2%) и была статистически достоверно ($p < 0,01$) меньшей в сравнении с I и II группами ($n=5$, 6,41% и $n=7$, 16,67% соответственно). У женщин старше 30 лет в КГ ИППП констатированы статистически достоверно ($p < 0,01$) реже у ($n=1$, 3,33%), чем в I и II группах ($n=6$, 7,69%; $n=7$, 16,67% соответственно). ИППП в течение года усиливало риск развития CIN I у женщин старше 30 лет в 3 раза [95% ДИ 1,4-5,7], CIN II – в 2,1 раза [95% ДИ 1,2-3,8], у женщин моложе 30 лет практически не была фактором риска для CIN II и увеличивала риск CIN I в 1,86 раза [95% ДИ 1,3-3,1].

Неспецифические воспалительные заболевания в I и II группах ($n=4$, 5,13%; $n=5$, 11,9% соответственно) встречались статистически достоверно чаще ($p < 0,01$), чем в КГ ($n=0$) у пациенток до 30 лет, что увеличивает риск CIN I в 2,3 раза [95% ДИ 1,4-9,7] и CIN II – в 1,8 раза [95% ДИ 1,1-3,1]. У женщин старше 30 лет в КГ неспецифические цервициты констатированы статистически достоверно реже ($n=1$, 8,33%), чем в I и II группах ($n=8$, 10,26% и $n=6$, 14,29% соответственно), что увеличивало риск CIN I в 3,86 раза [95% ДИ 1,4-4,8], и CIN II – в 3,5 раза [95% ДИ 1,5-7,1]. Частота бактериального вагиноза у женщин КГ до 30 лет составила ($n=1$, 3,33%) и была статистически достоверно ($p < 0,01$) ниже, чем в I и II группах ($n=7$, 8,97% и $n=4$, 9,52% соответственно). У пациенток до 30 лет возрастал риск CIN I в 2 раза [95% ДИ 1,1-3,6] и CIN II в 1,5 раза [95% ДИ 1,2-2,7]. У женщин КГ старше 30 лет бактериальный вагиноз в анамнезе констатировали также статистически достоверно ($p < 0,01$) реже ($n=2$, 6,66%), чем в I и II группах ($n=7$, 8,97% и $n=10$, 23,8%

соответственно), у них увеличивался риск CIN I в 3,5 [95% ДИ 1,7-7,6] и CIN II – в 2,1 раза [95% ДИ 1,4-4,2].

Нарушение микробиоты влагалища у женщин КГ до 30 лет статистически достоверно ($p < 0,01$) реже ($n=2$, 6,66%), чем в I и II группах ($n=14$, 17,95% и $n=18$, 42,86% соответственно), что увеличивало риск CIN I в 1,8 раза [95% ДИ 1,4-4,1] и CIN II в 1,5 раза [95% ДИ 1,0-2,2]. В возрастной группе после 30 лет в КГ нарушение микробиоты влагалища констатировали статистически достоверно ($p < 0,05$) реже ($n=2$, 6,66%), чем в I и II группах ($n=31$, 39,74% и $n=23$, 54,76% соответственно), что увеличивало риск CIN I в 2,1 раза [95% ДИ 1,8-4,7] и CIN II в 1,7 раза [95% ДИ 1,2-3,6].

Данные о силе влияния факторов риска на развитие CIN I и CIN II представлены в таблице 4.

Таблица 4

Сила влияния факторов риска на развитие CIN I и CIN II

Фактор риска	CIN I		CIN II	
	До 30 лет	Старше 30 лет	До 30 лет	Старше 30 лет
Курение	2,2	4,4	2,3	4,8
Нерегулярная половая жизнь	–	2,87	–	2,87
Множество родов	–	2,1	–	1,76
2 и более аборт	2,2	3,8	1,86	2,6
ИППП в последний год	1,86	3,0	–	2,1
Неспецифические воспалительные заболевания ШМ	2,3	3,86	1,8	3,5
Бактериальный вагиноз	2,0	3,5	1,5	2,1
Нарушение микробиоты влагалища	1,8	2,1	1,5	1,7
Позитивный ВПЧ-тест	3,1	2,3	2,0	2,1
Негативный ВПЧ-тест	– 4,6	– 6,4	– 5,3	– 5,8
Незащищенные половые акты	2,3	3,0	2,1	2,3
Применение презервативов	– 2,2	–	– 2,2	–

Примечание: «–» – снижение риска развития CIN.

При положительном ВПЧ-тесте у молодых женщин до 30 лет возрастал риск развития CIN I в 3,1 раза [95% ДИ 1,7-7,6] и CIN II в 2 раза [95% ДИ 1,4-3,8]. У пациенток старше 30 лет наличие ВПЧ констатировано статистически достоверно чаще ($p < 0,01$) чем в КГ ($n=3$, 9,99%), риск развития CIN II возрастал в 2,1 раза [95% ДИ 1,7-4,3], CIN I – в 2,3 [95% ДИ 1,5-4,8].

В КГ ВПЧ-негативных женщин до 30 лет было статистически достоверно ($p < 0,05$) больше ($n=9$, 75%) в сравнении с количеством пациенток в I и II группах ($n=8$, 24,24% и $n=6$, 42,86% от количества женщин этого возраста в каждой группе соответственно). Негативный ВПЧ статус снижал риск CIN I в 4,6 раза [95% ДИ 1,8-9,7] и CIN II – в 5,3 раза [95% ДИ 1,6-11,8].

У пациенток старше 30 лет в КГ встречаемость негативного ВПЧ статуса статистически достоверно выше ($n=13$, 72,2%), чем в I и II группах ($n=10$, 22,22% и $n=12$, 42,86% от количества женщин этого возраста в каждой группе соответственно). Негативный ВПЧ статус снижал риск CIN I в 6,4 раза [95% ДИ 1,5-16,7] и CIN II – в 5,8 раза [95% ДИ 1,9-16,9].

Незащищенный секс констатировали статистически достоверно чаще ($p < 0,01$) в возрасте до 30 лет в I и II группах ($n=19$, 57,58% и $n=14$, 100% от количества женщин этого возраста в каждой группе соответственно) по сравнению с КГ ($n=3$, 25% от количества женщин этого возраста в группе), что увеличивало риск развития CIN I – в 2,3 раза [95% ДИ 1,2-4,3] и CIN II – в 2,1 раза [95% ДИ 1,3-3,8]. Женщины старше 30 лет практиковали незащищенный секс статистически достоверно ($p < 0,01$) реже в КГ ($n=4$, 22,22% от количества женщин этого возраста в группе), чем в I и II группах ($n=21$, 46,67% и $n=23$, 82,14% от количества женщин этого возраста в каждой группе соответственно), что увеличивало риск развития CIN I – в 3 раза [95% ДИ 1,3-7,5] и CIN II – в 2,3 раза [95% ДИ 1,4-4,8].

Женщины КГ до 30 лет применяли презервативы статистически достоверно чаще ($p < 0,01$) ($n=9$, 75% от количества женщин этого возраста в группе), чем в I и II группах ($n=14$, 42,42% и $n=0$ от количества женщин этого возраста в каждой группе соответственно), что снижало риск развития CIN I – 2,2 раза [95% ДИ 1,4-3,5] и CIN II – в 2,2 раза [95% ДИ 1,3-4,8].

Среди женщин старше 30 лет применяли презервативы статистически чаще ($p < 0,01$) в КГ ($n=14$, 77,8% от количества женщин этого возраста в группе), чем в I и II группах ($n=24$, 53,33% и $n=5$, 17,86% от количества женщин этого возраста в каждой группе соответственно). В подгруппах старше 30 лет снижение риска не констатировали.

В аспекте оценки эффективности снижения факторов риска на пациенток, нами проводились разъяснительные беседы и доказывалась необходимость минимизирования их воздействия. Так среди женщин с CIN I ($n=78$) 29 (37,18%) женщин старались минимизировать количество факторов риска и при повторном комплексном обследовании никто не имел неоплазий ШМ, в то время как 49 (62,82%) не прислушались к рекомендациям врача и практически не изменили своего образа жизни. Из этих женщин у 23 (46,94%) в течение 1 года после проведенного первичного консервативного лечения и отсутствия CIN I, нами зафиксирована интраэпителиальная неоплазия CIN I повторно, которые требовали проведения курса комплексной консервативной терапии этой патологии. Это неопровержимо доказывает значение нивелирования факторов риска для здоровья женщин.

В нашем исследовании мы проанализировали воздействие основных клинико-анамнестических особенностей и факторов риска на женщин до и после 30 лет, как здоровых, так и с патологией ШМ. Увеличение количества и силы факторов риска у женщин после 30 лет неблагоприятно воздействует на степень CIN, уменьшая шанс самопроизвольного регресса CIN и способствует прогрессу и утяжелению степени плоскоклеточных интраэпителиальных поражений и возникновению РШМ.

Выводы

1. Курение, нерегулярная половая жизнь, незащищенные контакты и частая смена партнеров, большое число родов и аборт, как и ВПЧ-позитивный статус пациенток являются факторами риска возникновения и развития интраэпителиальных неоплазий ШМ, нивелирование которых зависит от пациенток, поэтому понимание силы и важности их влияния является одним из гарантов здоровья ШМ и женщины в целом.
2. Нивелирование факторов риска цервикальных интраэпителиальных неоплазий увеличивает период отсутствия патологии у женщин любого возраста, особенно в группе риска – 30-49 лет.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Каприн А.Д., Старинский В.В., Петрова Г.В. Состояние онкологической помощи населению России в 2018 году. - Минздрав России. 2019. - 236с.
2. Мамадалиева Г.И., Рузиева Н.Х. Влияния факторов риска развития цервикальная интраэпителиальной неоплазии // Тиббиётда янги кун. – 2021. -№6 (38/1). –С.596-601.
3. Прилепская В.Н. Заболевания шейки матки и генитальные инфекции: / М: ГЭОТАР-Медиа. 2016. – 384 с
4. Рахманова Ж.А. Эпидемиологические особенности рака шейки матки // Евразийский вестник педиатрии. – 2019. - №3. – с.238-244
5. Роговская С.И. Практическая кольпоскопия. - М.: ГЭОТАР- Медиа, 2011. - 240с
6. Савельева Г.М., Сухих Г.Т., Серов В.Н., Радзинский В.Е. Национальное руководство по гинекологии. / М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. 989 с.
7. Benard V. B. et al. Population-based incidence rates of cervical intraepithelial neoplasia in the human papillomavirus vaccine era //JAMA oncology. – 2017. – Т. 3. – № . 6. – С. 833-837., doi: 10.1001/jamaoncol.2016.3609
8. Bornstein J, Bentley J, Bosze P, Girardi F, Haefner H. et al. 2011 IFCPC colposcopic nomenclature. In preparation for publication // <https://ifcpc.org/newWP/wp-content/uploads/2017/10/nomenclature7-11.pdf>
9. Mark K, Frost A, Hussey H, Lopez-Acevedo M, Burke AE. Rates of regression of cervical dysplasia between initial biopsy and excisional procedure in routine clinical practice. // Arch Gynecol Obstet. 2019. - №299(3). – p.841-846
10. Polman NJ, Ebisch RMF, Heideman DAM, Melchers WJG, Bekkers RLM. Performance of human papillomavirus testing on self-collected versus clinician-collected samples for the detection of cervical intraepithelial neoplasia of grade 2 or worse: a randomised, paired screen-positive, non-inferiority trial. // Lancet Oncol. 2019. - №20(2). – p.229-238
11. Polman NJ, Snijders PJF, Kenter GG, Berkhof J. HPV-based cervical screening: Rationale, expectations and future perspectives of the new Dutch screening programme. // Prev Med. 2019. – №119. – p.108-117
12. Sanad A.S., Kamel H. H., Hasan M. M. Prevalence of cervical intraepithelial neoplasia (CIN) in patients attending Minia Maternity University Hospital //Archives of gynecology and obstetrics. – 2014. – Т. 289. – №. 6. – p. 1211-1217., Jun. , doi: 10.1007/s00404-013-3109-0.;
13. Shahida S.M. et al. Prevalence of Cervical Intraepithelial Neoplasia in four Upazila of Dhaka Division // Mymensingh medical journal: MMJ. – 2019. – Т. 28. – №. 3. – p. 655.

Поступила 09.07.2022

