

Лікування ектопії шийки матки з використанням препарату Пантекрем

С.М. Мельников

ДУ «Інститут урології НАМН України», м. Київ

У статті проаналізовані результати лікування 120 пацієнок з ектопією циліндричного епітелію шийки матки від 3 міс до 4 років, що пройшли курс лікування хронічних запальних захворювань органів малого таза. Включення у схему комплексної терапії ектопії шийки матки препарату Пантекрем сприяло прискоренню реепітелізації та закриттю зони ектопії. Активізація процесів біосинтезу в клітинах, поліпшення мікроциркуляції зумовлює відновлення грануляційної тканини, що в свою чергу забезпечує відновлення органоспецифічних структур епітелію. Пантекрем скорочує строки лікування, забезпечує добре загоєння ерозованого дефекту зі збереженням анатомічної та функціональної повноцінності шийки матки.

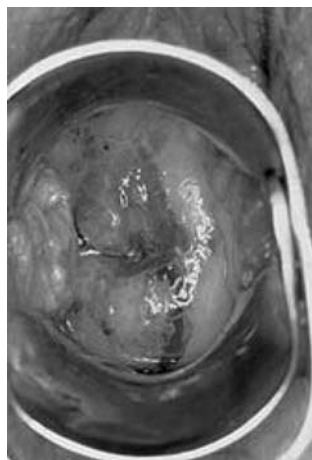
Ключові слова: ектопія, епітелій шийки матки, ерозія, ре-епітелізація, Пантекрем, лікування.

Термін «ектопія» широко використовують у практичній медицині і в літературі для позначення патологічного процесу на піхвовій частині шийки матки, що характеризується в початковій стадії дистрофією і десквамацією плоского багатошарового епітелію (виразка, ерозія) з подальшим розвитком на ураженій поверхні циліндричного епітелію. Після покриття циліндричним епітелієм усєї поверхні дефекту плоского багатошарового епітелію процес втрачає властивості справжньої ерозії і називається «ектопія». Але на практиці частіше користуються термінами «псевдо-ерозія» або «ерозія». Ектопія належить до поширених гінекологічних захворювань: вона спостерігається у 10–15% жінок, які звертаються до лікаря. Частіше це захворювання виявляють у жінок під час профілактичних оглядів акушером-гінекологом. Розрізняють такі види ерозій: вроджена, справжня і псевдоерозія [1, 2].

Уроджена ерозія є ектопією циліндричного епітелію каналу шийки матки. Відомо, що в процесі внутрішньоутробного та раннього постнатального періоду утворюється виражена межа між багатошаровим плоским епітелієм ектоцервікса і циліндричним епітелієм ендцервікса. Кордон між циліндричним і плоским епітелієм розташовується навколо зовнішнього вічка каналу шийки матки. Уроджена ектопія характеризується зміщенням кордону між зазначеними видами епітелію за межі зовнішнього вічка. При цьому циліндричний епітелій покриває ділянку I зони шийки матки, що розташовується навколо зовнішнього вічка. Уроджені ектопії виникають в ранній період онтогенезу внаслідок незавершеності диференціювання циліндричного і плоского епітелію. Вони мають округлу або неправильну форму, яскраво-червоний колір, гладеньку поверхню. Ознак патологічної секреції з каналу шийки матки зазвичай не буває, при кольпоскопії симптоми запальної реакції не виявляють. Уроджені ектопії спостерігаються в дитячому та юнацькому віці, вони зазвичай піддаються зворотному розвитку без лікування. Порівняно рідко вони зберігаються до періоду статевої зрілості. У таких випадках можливе їх інфікування, розвиток запального процесу з наступними змінами. У рідкісних випадках спостерігається виникнення плоских кондилом. Уроджені ектопії не мають тенденції до малігнізації [1, 3, 4].

Справжня ерозія шийки матки – це набутий патологічний процес, що характеризується пошкодженням і по-

дальшою десквамацією багатошарового плоского епітелію вагінальної частини шийки матки. У результаті десквамації утворюється ерозована поверхня з проявами запальної реакції. Справжня ерозія зазвичай розташовується навколо зовнішнього вічка або переважно на задній (рідше передній) губі шийки матки (мал. 1). Ерозія має яскраво-червоний колір, неправильну, злегка округлену форму, нерідко кровоточить під час дотику. При кольпоскопії і мікроскопічному дослідженні чітко виявляються ознаки запальної реакції в субепітеліальній сполучній тканині: розширення судин, порушення мікроциркуляції, набряклість, дрібноклітинні інфільтрати; на ерозованій поверхні – накладання фібрину і кров. Нерідко на поверхні ерозії видно слизово-гнійні виділення, що надходять з каналу шийки матки. Причиною таких виділень є ендцервіцит, який часто супроводжує справжню ерозію. Справжня ерозія відноситься до нетривалих процесів: вона існує не більше 1–2 тиж і переходить в наступну стадію процесу – ектопію, у зв'язку з чим справжня ерозія спостерігається рідко.



Мал. 1. Ектопія шийки матки

Ектопія утворюється в процесі подальшого розвитку патологічного процесу на тлі справжньої ерозії. Дефект багатошарового плоского епітелію покривається циліндричним епітелієм, нашаровується на ерозивну поверхню зі слизової оболонки каналу шийки матки і її залоз, а також під багатошаровим плоским епітелієм перехідної зони. Ці клітини є недиференційованими, за їхній рахунок відбувається регенерація поверхні шийки матки. Резервні клітини мають біпотентні властивості, перетворюючись на циліндричний або багатошаровий плоский епітелій. Цю стадію називають першою стадією самоепітелізації справжньої ерозії. Циліндричний епітелій ектопії розростається в глибину, створюючи розгалужені залозисті ходи, що нагадують залози (крипти) слизової оболонки каналу шийки матки [4, 6, 10].

Передбачається також можливість утворення залоз ектопії за рахунок росту залоз слизової оболонки каналу шийки матки у напрямку до вагінальної частини шийки матки, де розташовується ектопія. Епітелій залоз ектопії продукує секрет, при скупченні якого (утруднення відтоку) утворюються кісти, що мають зазвичай невеликі розміри. Однак кісти іноді можуть досягти достатньої величини, щоб бути помітними під час кольпоскопії і неозброєним оком. Великі кісти залоз ектопії, що ростуть у безпосередній близькості від зовнішнього вічка каналу шийки матки, нагадують

поліпи слизової оболонки шийки матки. При розвитку множинних кіст шийка матки потовщується. Ступінь гіпертрофії шийки матки залежить від числа кістозних елементів і розвитку сполучної тканини, здебільшого внаслідок неспецифічного цервіциту.

Ектопії, що характеризуються вираженим розвитком залозистих ходів (і кіст), називаються фолікулярними (залозистими). У деяких випадках на їхній поверхні виникають папілярні розростання стромы, покриті циліндричним епітелієм. У стромі цих утворень виявляють дрібноклітинні інфільтрати та інші ознаки запальної реакції. Такі ектопії називають папілярними, або залозисто-папілярними (змішаними). Вони можуть існувати тривалий час (місяці і навіть роки), поки не будуть усунені запальні захворювання та інші патологічні процеси, що були причиною її виникнення і стабільності. У той самий час ектопія сама підтримує запальний процес в шийці матки внаслідок інфікування її залоз.

У процесі загоєння ектопії багат шаровий плоский епітелій може проникнути під ерозивні залози, що призводить до повного відторгнення і подальшої повної регенерації нормального епітеліального покриву. Однак процес заміни циліндричного епітелію на багат шаровий плоский може здійснюватися не тільки з периферії, а й зі здорових клітин, що оточують ектопію.

При тривалому перебігу ектопій та супутньої запальної реакції можуть виникнути патологічні зміни в шарі базальних і парабазальних клітин епітелію, що характеризуються підвищеною проліферативною активністю, (базально-клітинна гіперактивність), яка іноді може ускладнюватися проявами атипії клітин, що є ознакою дисплазії. За наявності дисплазії ектопія стає передраковим захворюванням. Ектопії без ознак дисплазії вважають фоновим процесом.

Ектопії бувають різної величини – від невеликої ділянки (3–5 мм) в I зоні шийки матки до розмірів, що охоплюють значну поверхню піхвової частини шийки (II–III зони), мають неправильну форму, бархатисту або нерівну поверхню, червоне забарвлення. На їхній поверхні часто спостерігаються слизово-гнійні, слизові або білуваті виділення. По периферії ектопії в процесі самоепітелізації утворюються ділянки регенерації багат шарового плоского епітелію і ретенційні кісти. Утворені в процесі загоєння ділянки багат шарового плоского епітелію мають блідо-рожевий колір (на тлі червоного кольору ектопії). Ектопії, особливо папілярні, кровоточать у разі механічного травмування (інструментальне дослідження, статеві контакти).

Повне загоєння ектопії характеризується відторгненням циліндричного епітелію і ерозійних залоз, досконалою регенерацією плоского багат шарового епітелію до нормальних меж (зовнішнє вічко каналу шийки матки) [5, 7, 8, 11, 12].

Етіологія і патогенез ектопій обговорюються вже досить тривалий час. Значного поширення набула концепція про етіологічну роль запальних процесів, особливо ендцервіциту, що супроводжується підвищеною секрецією залоз слизової оболонки шийки матки. Під тривалим впливом патологічних виділень покривний епітелій вагінальної частини шийки матки піддається мацерації, дистрофії і подальшій десквамації.

Теорія дисгормонального походження даної патології припускає, що основну роль відіграє порушення балансу статевих стероїдних гормонів. Для підкріплення даної теорії наводяться спостереження про появу ектопій під час вагітності та їхній регрес після пологів, коли встановлюється гормональний гомеостаз.

Протягом багатьох років обговорюється питання про ступінь ризику малігнізації ектопій. До числа передпухлинних процесів належать ті ектопії (папілярні, фолікулярні, залозисті, змішані), які відрізняються тривалістю перебігу, стійкістю до консервативних методів лікування, схильністю

до рецидивів, наявністю ознак дисплазії, встановленої при цитологічному дослідженні. Симптомом, підозрілим на розвиток малігнізації, є контактні кровотечі. Нерідко ектопії перебігають без виражених ознак [9, 10, 13].

Діагностику проводять під час детального огляду шийки матки при кольпоскопії. Після оброблення розчином Люголя ектопія виглядає світло-рожевою, зони перетворення – жовтими, атипіві процеси – білими. За наявності ділянок, підозрілих і навіть сумнівних щодо дисплазії, проводять прицільну біопсію в області підозрілої ділянки з глибоким захопленням підлеглих тканин, бажано висічення з ділянок зони перетворення.

Загальноновизнаними є такі правила лікування ектопій:

- вроджені ерозії підлягають спостереженню, в проведенні лікування необхідності немає;

- лікування справжніх ерозій і ектопій шийки матки проводять одночасно із захворюваннями, які можуть сприяти їхньому виникненню;

- за умов запальної етіології ектопії з'ясовують характер збудника і проводять курс лікування трихомонозу, хламідіозу, гонореї та інших інфекцій. У подальшому використовують місцеву терапію, спрямовану на стимуляцію регенеративних процесів [12, 14, 15].

З метою радикального лікування ектопій використовують методи, суть яких полягає в деструкції патологічних субстратів, їхньому відторгненні і подальшій регенерації ранової поверхні за рахунок базального шару незміненого багат шарового плоского епітелію і резервних клітин. В умовах сьогодення застосовують діатермокоагуляцію, кріодеструкцію, лазерну вапоризацію, хімічну деструкцію.

При діатермокоагуляції відбувається деструкція не тільки всієї поверхні ектопії, а й слизової оболонки нижньої третини каналу шийки матки та підлеглих тканин шийки матки. Загоєння ранової поверхні відбувається після відторгнення некротизованих тканин, а епітелізація завершується через 1,5–3 міс.

Клінічний ефект досягається у 75–98% хворих, ускладнення розвиваються рідко. Клінічний досвід свідчить, що діатермокоагуляція нерідко є причиною розвитку вогнищ ендометріодних гетеротопій на піхвовій частині шийки матки. З метою запобігання ендометріозу діатермокоагуляцію рекомендують проводити в другій фазі менструального циклу. Дана методика є травматичною і її не рекомендується застосовувати у жінок, що не народжували [15–17].

Кріокоагуляція (кріодеструкція) в останні роки посідає чільне місце в терапії ектопій. До переваг цього методу відносять: безболісність втручання, безкровний його характер, відсутність ризику стриктури каналу шийки матки, порівняно швидку епітелізацію поверхні шийки матки після відторгнення некротизованих тканин. Зазвичай використовують апарат для локальної кріокоагуляції, в якості хладагента – рідкий азот або закис азоту. Безболісність методу пояснюється швидким руйнуванням чутливих нервових закінчень, відсутність кровотечі пов'язана з вираженою судинозвужувальною дією охолодження. Безпосередньо після кріокоагуляції виникають виражена набряклість шийки, рясні водянисті виділення. Регенерація плоского епітелію починається безпосередньо після відторгнення змертвілих ділянок ектопії, до 7-го дня настає ре-епітелізація здебільшого відкритої рани. Повне загоєння рани відбувається через 4–6 тиж. Дану методику також не рекомендують застосовувати у жінок, які не народжували.

Сучасною і найменш травматичною терапевтичною фоновою і передпухлинних захворювань шийки матки є методика широкопорожнинної радіохвильової хірургії й аргоноплазмової абляції. Протягом тижня перед втручанням проводять санацію піхви. Процедуру виконують на 5–7-й день менструального циклу. Після видалення патологічно зміненої тканини шийки формується зона поверхневого коагуляційного некрозу гли-

биною 0,5–0,7 мм. Те, що зона некрозу утворюється в межах здорових тканин, сприяє швидкому відторгненню коагуляційної плівки та ранньому початку регенерації. Рубцювання і стенозу шийки не спостерігається. Очищення поверхні шийки відбувається на 4–5-й день після лазерної вапоризації. Епітелізація закінчується протягом 3–4 тиж.

Діатермокоагуляцію, кріодеструкцію і лазерну вапоризацію застосовують після розширеної кольпоскопії і біопсії (за показаннями) для виключення процесів вираженої дисплазії і малігнізації, які потребують інших терапевтичних підходів. Після застосування зазначених методів лікування жінки перебувають під ретельним диспансерним наглядом.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Нами проаналізовано результати лікування 120 пацієнок (середній вік склав 27,4±2,8 року) з наявністю ектопії циліндричного епітелію шийки матки від 3 міс до 4 років, які пройшли курс лікування хронічних запальних захворювань органів малого таза. Лікування проводили з приводу запальних захворювань органів сечостатевої системи, за наявності різних асоціацій мікроорганізмів: вірусу папіломи людини (ВПЛ), хламідій, уреоплазм, мікоплазм, трихомонад і умовно-патогенних мікроорганізмів з низьким або високим мікробним числом.

При цьому I групу (контролю) склали 60 жінок, які пройшли курс етіотропної терапії, що включала антибактеріальні та хіміопрепарати залежно від збудника, імуномодулювальні та фунгіцидні препарати, а також місцеві та пероральні пробіотики, і II групу (дослідження) – 60 жінок, яким після проведення зазначеного вище курсу було призначено тампони з препаратом Пантекрем (виробництва ПАТ «Фітофарм», м. Артемівськ), що містить декспантенол. Усі пацієнтки пройшли курс лікування на тлі фізіотерапевтичних методів (лазеро- та електротерапії, місцевих процедур).

На час лікування та до контрольного обстеження, через 14 днів після закінчення курсу терапії було рекомендовано обов'язкове користування чоловічим презервативом під час статевих відносин і виключення орального сексу.

За результатами проведеного комплексного обстеження було діагностовано захворювання, що наведені в табл. 1.

Як видно з наведених у табл. 1 даних, розподіл пацієнок за нозологією не відрізнявся між групами спостережень.

Діагностику етіологічного чинника було проведено:

- ВПЛ методом ПЦР з визначенням типу (16, 18, 31, 33, 35, 45, 52, 59, 66) за наявності ознак папіломавірусної інфекції під час кольпоскопії – ацетобілі ділянки, мозаїка, німі йоднегативні ділянки;

- хламідії методом ПЦР та визначенням рівнів IgG і IgM;

- молікути (уреоплазма і/або мікоплазма) культуральним методом з наявністю мікробних тіл більше 10⁴;

- трихомонад мікроскопічним методом та ПЦР.

У табл. 2 представлено етіологічний спектр запальних захворювань органів малого таза до лікування.

Усім пацієнткам було проведено кольпоскопію на етапі обстеження, після проведення етіотропної терапії (в II групі до початку застосування Пантекрему) та під час контрольного обстеження – через 14 днів після закінчення курсу терапії.

З метою покращання епітелізації ектопій ми застосовували препарат Пантекрем, діюча речовина декспантенол – провітамін В₅, в клітинах покривного епітелію швидко перетворюється на пантотенову кислоту і діє як вітамін. Декспантенол швидше, ніж пантотенова кислота, абсорбується після зовнішнього застосування. Пантотенова кислота є компонентом коензиму А, який відіграє головну роль у метаболізмі кожної клітини і бере участь у формуванні і загоєнні ушкоджених шкіри і слизових оболонок.

Пантекрем призначали щоденно на піхвовому тампоні на 6 год, курсом 10–14 днів.

Таблиця 1

Розподіл пацієнок за нозологією

Діагноз	Кількість пацієнок, n (%)	
	I група (n=60)	II група (n=60)
Хронічний сальпінгоофорит	47 (78,3)	49 (81,7)
Хронічний ендocerвіцит	28 (46,7)	31 (51,7)
Хронічний кольпіт	34 (56,7)	35 (58,3)
Ектопія	60 (100)	60 (100)

Таблиця 2

Етіологічний спектр запальних захворювань органів малого таза серед обстежених жінок до лікування

Етіологічний чинник	Кількість пацієнок, n (%)	
	I група (n=60)	II група (n=60)
ВПЛ	7 (11,7)	8 (13,3)
Трихомонади	17 (28,3)	19 (31,7)
Хламідії	9 (15,0)	7 (11,7)
Молікути	16 (26,7)	15 (25,0)
Умовно-патогенні мікроорганізми	31 (51,7)	29 (48,3)
Асоціації чинників	48 (80,0)	47 (78,3)

Усі пацієнтки обстежені в динаміці до та після лікування. Лабораторний комплекс обстеження включав загальний аналіз крові, загальний аналіз сечі, біохімічні показники крові.

Оцінювання ефективності лікування проводили через 14 днів і 1 міс після закінчення курсу терапії.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Результати контрольного обстеження через 14 днів після закінчення курсу терапії свідчили, що інфекційні чинники запальних захворювань органів сечостатевої системи серед жінок, які брали участь у дослідженні, не були еліміновані у 1 (3,3%) пацієнтки I групи та у 2 (6,7%) – II групи. При цьому, слід зазначити, що незалежно від цих показників, процес епітелізації ектопії шийки матки мав свої особливості.

Так, при кольпоскопії шийки матки, на етапі обстеження у всіх пацієнок ектопія мала вигляд червоної, бархатистої або сосочкової поверхні. Ектопічні елементи мали вигляд



Мал. 2. Результати лікування пацієнок групи дослідження у порівнянні з групою контролю, p<0,05

гроноподібних утворень шароподібної або довгастої форми різних розмірів, блискучі та начебто мокрі, які чітко видно після оброблення розчином оцтової кислоти (грона біліють), при цьому розчин Люголя ектопію практично не зафарбовує.

Під час кольпоскопії через 14 днів після закінчення курсу терапії встановлено, що у 33,3% (20) пацієток I та 63,3% (38) II групи відбулося повне завершення процесу метаплазії нормальної зони трансформації на багатоядерний плоский епітелій.

При цьому у 11,7% (7) жінок в I групі та 8,3% (5) – в II візуалізувалася нормальна зона трансформації. Кольпоскопічна картина зони трансформації залежить від ступеня заміщення циліндричного епітелію на плоский (етап епідермізації) та від характеру метаплазії. Ділянки на місці ектопії, вже вкриті плоским епітелієм, виглядали червоними, але після оброблення оцтовою кислотою злегка біліли, що зумовлено тонкістю шару плоского метапластичного епітелію. Закриті залози білісують жовтого кольору напівсферично виступають над навколишньою тканиною, на їхній поверхні виявляється рівномірний судинний малюнок із радіарно розташованими судинами, що ідуть з периферії до центру. Окрім того, можуть спостерігатися чисельні розгалужені (схожі на дерево) судини. Відкриті залози можуть мати нижній світлий ободок багатоядерного плоского епітелію, що є ознакою норми. Таку кольпоскопічну картину вважають сприятливою. При контрольній кольпоскопії через 1 міс у цих жінок нормальна зона трансформації завершилася повною епітелізацією.

На відміну від цих результатів, у I групі у 55,0% (33) жінок та в II – у 28,3% (17) під час контрольної кольпоскопії було виявлено ознаки аномальної кольпоскопічної картини (мал. 2). Такими ознаками вважають наявність щільного валикоподібного світлого ободка навколо відкритих залоз нормальної зони трансформації, ацетобілого епітелію після оброблення розчином оцтової кислоти та йоднегативних зон. Цим жінкам було проведено лікування ектопії методом аргонплазмової абляції.

ВИСНОВКИ

Отримані дані свідчать про те, що включення в схему комплексної терапії ектопії шийки матки препарату Пантекрем сприяло прискоренню реепітелізації і закриттю зони ектопії. Активізація процесів біосинтезу в клітинах, поліпшення мікроциркуляції зумовлює відновлення грануляційної тка-

нини, що в свою чергу, забезпечує відновлення органоспецифічних структур епітелію.

Включення в схему комплексної терапії ектопії препарату Пантекрем скорочує терміни епітелізації в порівнянні з традиційними медикаментозними методами лікування, забезпечує добре загоєння ерозивного дефекту зі збереженням анатомічної та функціональної повноцінності шийки матки.

Лечение эктопии шейки матки с использованием препарата Пантекрем С.Н. Мельников

В статье проанализированы результаты лечения 120 пациенток с эктопией цилиндрического эпителия шейки матки от 3 мес до 4 лет, прошедших курс лечения хронических воспалительных заболеваний органов малого таза. Включение в схему комплексной терапии эктопии шейки матки препарата Пантекрем способствовало ускорению реэпителизации и закрытию зоны эктопии. Активация процессов биосинтеза в клетках, улучшение микроциркуляции обуславливает восстановление грануляционной ткани, что в свою очередь обеспечивает восстановление органоспецифических структур эпителия. Пантекрем сокращает сроки эпителизации по сравнению с традиционными медикаментозными методами лечения, обеспечивает хорошее заживление эрозивного дефекта с сохранением анатомической и функциональной полноценности шейки матки.

Ключевые слова: эктопия, эпителий шейки матки, эрозия, реэпителизация, Пантекрем, лечение.

Treatment of the cervix using a preparation Panthecrem S.M. Melnikov

The article analyzes the results of treatment of 120 patients with the presence of ectopic columnar epithelium of the cervix from 3 months to 4 years of age who have undergone the treatment of chronic inflammatory diseases of the pelvic organs. The inclusion of Panthecrem in the scheme of the treatment helped to accelerate the re-epithelialization and closure of the zone of ectopia. Activation of biosynthesis in cells, improvement of microcirculation causes restoration of granulation tissue, which in turn restores the epithelium. Panthecrem shortens epithelialization over traditional medical methods of treatment and provides good healing of eroded defect, preserving the anatomical and functional usefulness of cervix.

Key words: ectopia, the epithelium of the cervix, erosion, re-epithelialization, Panthecrem, treatment.

Сведения об авторе

Мельников Сергей Николаевич – ГУ «Институт урологии НАМН Украины», 04053, г. Киев, ул. Ю. Коцюбинского, 9а; тел.: (044) 486-98-90. E-mail: sexology@sexology.kiev.ua

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

- Вишнякова С.В., Пекарев О.Г., Ефремов А.В., Ширинский В.С., Черных И.Р. Возможности оптимизации лечения псевдоэрозии шейки матки // Гинекология. – 2002; 4 (4): 183–4.
- Прилепская В.Н. Заболевания шейки матки, влагалища и вульвы / В.Н. Прилепская. – М.: МЕД пресс-информ, 2005. – 432 с.
- Практическая гинекология / Под ред. В.И. Кулакова и В.Н. Прилепской. – М.: Медпресс, 2001. – С. 57.
- Запорожан В.М. Акушерство і гінекологія: У 2 т. / В.М. Запорожан, М.Р. Цегельський, Н.М. Рожковська. – Т. 2. – Одеса: Одес. держ. мед. ун-т, 2005. – 420 с.
- Минкина Г.Н. Предрак шейки матки / Г.Н. Минкина, И.Б. Манухин, Г.А. Франк. – М., 2001. – С. 69–72.
- Манухин И.Б., Минкина Г.Н. Проблемы и перспективы цервикального скрининга // Акуш. и гин. 2006; 3 (Прил.). – С. 51–56.
- Брехман Г.И. Шейка матки: преобразования в связи с родовым процессом // Жіночий лікар. – 2010. – № 6 (32). – С. 5–11.
- Бауэр Г. Цветной атлас по кольпоскопии / Пер. с нем. Под ред. С.И. Роговской. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2006. – С. 288.
- Бохман Я.В. Руководство по онкогинекологии. – Ст-Петербург: Фолиант, 2002. – С. 195–229.
- Чайка В.К. Заболевания шейки матки и гиперпластические процессы эндометрия / В.К. Чайка, Э.Б. Яковлева, Н.Г. Прядко. – Севастополь: Вебер, 2002. – 159 с.
- Kong GW, Yim SF, Cheung TH, Chung TK. Cryotherapy as the treatment modality of postcoital bleeding: a randomised clinical trial of efficacy and safety. Aust N Z J Obstet Gynaecol. 2009 Oct;49(5): 517–24.
- Kulkarni RN, Durge PM. Role of socioeconomic factors and cytology in cervical erosion in reproductive age group women. Indian J Med Sci. 2002 Dec;56(12): 598–601.
- Smaga A, Paszkowski T, Woyniak S, Walczak R. Analysis of physiologic and abnormal pictures of uterine cervix by means of infrared thermography. Ginekol Pol. 2003 Sep;74(9): 847–54.
- Critchlow CW, Wujner-Hanssen P, Eschenbach DA, Kiviat NB, Koutsky LA, Stevens CE, Holmes KK. Determinants of cervical ectopia and of cervicitis: age, oral
- contraception, specific cervical infection, smoking, and douching. Am J Obstet Gynecol. 1995 Aug;173(2): 534–43.
- Agarwal K, Sharma U, Acharya V. Microbial and cytopathological study of intrauterine contraceptive device users. Indian J Med Sci. 2004 Sep;58(9): 394–9.
- Kuznetsova AI, Minnibaev TSh. Prevention of gynecologic diseases in women students of higher educational institutions. Gig Sanit. 2001 Jul-Aug;(4): 44–6.
- Scott M, Lyness RW, McCluggage WG. Atypical reactive proliferation of endocervix: a common lesion associated with endometrial carcinoma and likely related to prior endometrial sampling. Atypical reactive proliferation of endocervix: a common lesion associated with endometrial carcinoma and likely related to prior endometrial sampling.

Статья поступила в редакцию 4.07.2013



Лагідний як мама

- Швидко заспокоює роздратовану шкіру
- Сприяє відновленню та загоєнню
- Звичний та зручний у використанні



ПАНТЕКРЕМ (PANTHCREAM), DEXRANTHENOLOM, D03A X03, Реєстраційне посвідчення № UA/10978/01/01 від 01.09.2010 до 01.09.2015. ФАРМАКОЛОГІЧНІ ВЛАСТИВОСТІ: діючою речовиною препарату є декспантенол — провітамін B5. У клітині шкіри декспантенол швидко перетворюється в пантотенову кислоту і діє як вітамін. Декспантенол швидше, ніж пантотенова кислота, абсорбується після зовнішнього застосування. Пантотенова кислота є компонентом коензиму А (CoA). У цій формі Ацетилкоензим А (CoA) відіграє центральну роль у метаболізмі кожної клітини. Пантотенова кислота, таким чином, необхідна для формування і загоєння пошкоджених шкіри і слизових оболонок. Препарат має гідрофільну кремову основу, внаслідок чого швидко всмоктується шкірою, тому придатний для обробки мокнучих ран, незаживаючих ділянок шкіри (наприклад, шкіра обличчя) і ділянок шкіри, вкритих волоссям. Декспантенол при зовнішньому застосуванні швидко абсорбується. У клітині шкіри декспантенол відразу перетворюється на пантотенову кислоту і додається до ендогенного фонду цього вітаміну. У крові пантотенова кислота зв'язується з β -глобуліном і альбуміном плазми. У здорових дорослих концентрація становить приблизно 500-1000 і 100 мг / л у крові і сироватці відповідно. Пантотенова кислота не піддається біотрансформації. Вона виводиться в незміненому вигляді. 60-70% виводиться із сечю, решта — з калом. ПОКАЗАННЯ: Пантекрем застосовують для профілактичної обробки сухої, почервоної шкіри або шкіри з тріщинами; для прискорення загоєння та епітелізації шкіри при мікропошкодженнях (незначні опіки та подрипани); при подразненні шкіри (яке є наслідком радіотерапії, фототерапії або опромінювання ультрафіолетовим випромінюванням); при еритемі від пелюшок; хронічних виразках шкіри; пролежнях; анальних тріщинах; ерозії шийки матки і після пересадки шкіри; для медикаментозної обробки шкіри пацієнтів після застосування кортикостероїдів; для профілактичного догляду за молочними залозами у жінок, які годують груддю; і для лікування подразнення і тріщин сосків. ЗАСТОСУВАННЯ: прискорення загоєння та епітелізації, регулярне профілактичне оброблення шкіри; Пантекрем застосовують один або кілька разів на добу, залежно від потреби; догляд за молочними залозами у жінок, які годують груддю; наносять крем на соски після кожного годування груддю; лікування дефектів слизової оболонки шийки матки; Пантекрем застосовують один або кілька разів на добу, залежно від потреби; профілактичний догляд за немовлятами; Пантекрем застосовують при кожній зміні пелюшок (підгузка). Тривалість лікування визначається індивідуально, залежно від наявності клінічних ознак пошкодження шкіри. ПРОТИПОКАЗАННЯ: Пантекрем протипоказаний при встановленій підвищеній чутливості до будь-якого компонента препарату. ПОБІЧНІ ЕФЕКТИ: у поодиноких випадках можуть виникнути місцеві алергічні реакції (кропив'янка, алергічний дерматит). ОСОБЛИВИ ЗАСТЕРЕЖЕННЯ: Застосування в період вагітності та годування груддю. Немає доказів, що застосування препарату в період вагітності та годування груддю може призвести до будь-якого ризику. Прояв фототоксичних ефектів малоймовірний. Діти. Можна застосовувати як для немовлят, так і для дітей старшого віку за наявності відповідних показань (профілактика і лікування попілостей, розчиривань, при саднах, подрипаних тощо). Здатність впливати на швидкість реакції при керуванні автотранспортом або роботі з іншими механізмами. У довідковій літературі немає даних, що декспантенол або інші компоненти препарату при місцевому застосуванні на шкіру можуть впливати на швидкість реакції при керуванні автотранспортом або роботі з іншими механізмами. ВЗАЄМОДІЯ: випадки взаємодії з іншими препаратами невідомі. ПЕРЕДОЗУВАННЯ: повідомлень щодо випадкового передозування немає. УМОВИ ЗБЕРІГАННЯ: зберігати при температурі не вище 25 ° C. Не заморозувати.