

# Репаративна терапія при рецидивах ускладненої ектопії шийки матки у жінок репродуктивного віку

Ю.Ю. Мазур, В.І. Пирогова

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Ускладнена ектопія шийки матки у поєднанні з порушеннями мікробіоти та місцевого імунітету піхви може створити сприятливі умови для інфікування вірусом папіломи людини та його персистенції, що у світлі високої частоти рецидивування ектопії зумовлює актуальність удосконалення існуючих діагностично-лікувальних підходів.

**Мета дослідження:** оцінювання ефективності препаратів репаративної дії для оптимізації загоєння шийки матки після криодеструкції з приводу рецидиву ускладненої ектопії шийки матки у жінок репродуктивного віку.

**Матеріали та методи.** Здійснено комплексне обстеження та лікування 104 жінок віком від 29 до 40 років з рецидивом ектопії шийки матки згідно з чинними рекомендаціями МОЗ України. Проведено анкетування, бактеріоскопічне, цитологічне дослідження, просту та розширену кольпоскопію з використанням шкали Swede, рН-метрію вагінального середовища. Сліпим методом залежно від методики лікування пацієнтки були розподілені на три групи (37, 35 та 32 жінки відповідно). Пацієнткам основної групи (1-а група) після криодеструкції шийки матки було призначено песарії на основі *Triticum vulgare*, пацієнткам групи порівняння (2-а група) призначено метилурацилової супозиторії відповідно по 1 песарію (супозиторію) у піхву протягом 10 днів після інвазивного лікування, у контрольну групу (3-я група) увійшли жінки, які відмовились від медикаментозної терапії після виконання криодеструкції.

**Результати.** У пацієнок основної групи лімфорей у середньому тривала менше на  $6,5 \pm 0,1$  доби, відторгнення колекційного струпа відбувалось швидше на  $2,0 \pm 0,1$  доби, повна епітелізація шийки матки настала на  $4,6 \pm 0,9$  доби швидше (порівняно з групою контролю;  $p < 0,05$ ). У пацієнок основної групи також відзначена найкраща динаміка зменшення площі дефекту шийки матки. Так, на 7-у добу площа дефекту шийки матки серед пацієнок основної групи у середньому зменшилась на  $10,0 \pm 2,6\%$ , на 14-у добу – на  $3,6 \pm 1,3\%$ , на 21-у добу – на  $11,7 \pm 1,5\%$  більше (порівняно з групою контролю), а на 30-у добу в усіх жінок даної групи була досягнута повна епітелізація шийки матки.

**Заключення.** Ускладнена рецидивна ектопія шийки матки потребує комплексного персоналізованого діагностично-лікувального підходу. Інвазивне лікування у даної категорії пацієнок повинно бути обґрунтованим та супроводжуватись комплексом заходів, спрямованих, зокрема, на створення оптимальних умов для регенерації епітелію шийки матки. Застосування репаративної терапії дозволяє знизити тривалість лімфорей, пришвидшити відторгнення колекційного струпа та, у кінцевому результаті, досягнути повної епітелізації шийки матки. Запропоновані діагностично-лікувальні заходи дозволять знизити як частоту ускладнень після деструкції, так і безпосередньо рецидивів ектопії шийки матки.

**Ключові слова:** рецидивна ектопія шийки матки, криодеструкція, репаративна терапія, супозиторії піхвові.

Ектопія шийки матки (ЕШМ) належить до найпоширеніших знахідок під час гінекологічного огляду у жінок репродуктивного віку. У віці до 23 років ЕШМ вважають фізіологічною, за умов цитологічної норми вона підлягає динамічному спостереженню та не потребує лікування [1].

Згідно з термінологічною системою Bethesda (2014) [11], ЕШМ не виділяють в окрему категорію; кольпоскопічні зміни, характерні для даного стану, належать до групи не неопластичних клітинних варіацій (сквамозна метаплазія).

Однак у випадках, коли ЕШМ зберігається у жінок після 23 років та за умов наявності гормональних порушень, придбання інфекцій, що передаються статевим шляхом (ПСПШ), папіломавірусного інфікування (ПВІ), виникає потреба у відповідному лікуванні, нерідко інвазивному.

Утім, попри широку сучасні діагностичні та лікувальні можливості, відзначають доволі високу частоту рецидивування ЕШМ. За спостереженнями деяких науковців, навіть неодноразові спроби лікування обстежених пацієнок з рецидивами ускладнених форм ЕШМ – два (13%) і більше разів (20,4%) – виявлялися невдалими [6].

У світлі зазначеного вище актуальним є удосконалення методів комплексного лікування як первинної ускладненої ЕШМ, так і її рецидиву.

Відомо, що зі збільшенням тривалості процесів загоєння підвищуються ймовірність інфікування післяопераційної рани, потенційний ризик надмірної проліферації клітин епітелію з порушенням їхнього диференціювання [8].

Отже, створення оптимально сприятливих умов та скорочення термінів епітелізації шийки матки, зокрема після застосування інвазивних методів лікування, є важливим напрямком комплексного підходу вирішення проблеми рецидивування ЕШМ.

**Мета дослідження:** оцінювання ефективності препаратів репаративної дії для оптимізації загоєння шийки матки після криодеструкції з приводу рецидиву ускладненої ЕШМ у жінок репродуктивного віку.

## МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

У дослідження були включені 104 жінки репродуктивного віку. Критерієм включення була наявність рецидиву ускладненої симптомної ЕШМ розмірами  $< 2$  квадрантів,  $< 5$  балів за шкалою Swede [10], що не піддавалась традиційному неінвазивному лікуванню протягом 6 міс і більше.

Критеріями виключення слугували:

- діаметр ЕШМ  $> 3$  см;
- $\geq 5$  балів за шкалою Swede;
- поєднання ЕШМ із деформацією та старими післяпологовими рубцями;
- наявність ПСПШ;
- наявність діагностованих передракових захворювань шийки матки;
- вагітність або підозра на вагітність (аменорея  $\leq 6$  тиж);
- лактація.

Обстеження усіх пацієнок здійснювали згідно з чинними

Інтерпретація результатів кольпоскопії за шкалою Swede [10]

Бали	Реакція на оцтову кислоту	Межі/поверхня	Судини	Розміри ураження	Проба Шиллера
0	Немає/прозорість	Дифузні	Звичайні, правильної форми	<5 мм	Коричневий колір
1	Неясний / білуватий колір (не прозорий)	Нерівномірно чіткі, зубчасті, «географічні» контури	Відсутні	5-15 мм / 2 квадранти	Блідий/плямистий жовтий колір
2	Чіткий, насичено білий колір	Чіткі, рівні, поверхня нерівна, формування «манжеток»	Грубі, звивисті, атипові	>15 мм/3-4 квадранти/ з переходом на ендocerвікс	Чіткий жовтий колір

рекомендаціями МОЗ України. Проведено анкетування, зокрема із вивченням репродуктивного анамнезу, бактеріоскопічне, цитологічне дослідження, просту та розширену кольпоскопію з підрахунком балів за шкалою Swede (табл. 1).

Сума балів:

- <5 – зміни шийки матки з низьким ризиком виявлення CIN, потреби у біопсії немає;
- ≥5 балів за шкалою можна розцінювати як показання до біопсії шийки матки для виключення CIN;
- кількість балів ≥8 зі специфічністю 90% свідчить про наявність CIN чи раку шийки матки у пацієнтки [12].

• рН-метрію вагінального середовища здійснювали за допомогою діагностичних тест-смужок CITOLAB pH. За нормальні значення вагінального рН приймали діапазон 4,0–4,4 (колір тестової зони жовто-помаранчевий).

Кріодеструкцію із застосуванням рідкого азоту шляхом однократної аплікації тривалістю 3–4 хв виконували на 7–10-у добу менструального циклу. Протягом 4 тиж після втручання жінкам рекомендували утримуватись від статевих стосунків, а також прийому ванни, відвідування басейну та відкритих водойм.

У подальшому сліпим методом було сформовано три групи пацієнток:

- 1-а група (основна, n=37) – жінки, яким після кріодеструкції було призначено пєсарії на основі *Triticum vulgare*;
- 2-а група (порівняння, n=35) – пацієнтки, яким було призначено метилурацилові супозиторії;
- 3-я група (контрольна, n=32) – жінки, які відмовились від медикаментозної терапії після виконання кріодеструкції.

Групи були зіставні, вірогідно між собою не відрізнялися (p>0,05).

Метилурацилові свічки містять однойменну діючу речовину (500 мг) та допоміжну речовину – вітепол. Метилурацил прискорює процеси клітинної регенерації, загоєння ран, стимулює клітинні і гуморальні фактори захисту, чинить протизапальну дію.

Призначений в основній групі препарат містить рідкий екстракт пшениці звичайної (*Triticum vulgare*) (екстрагент: вода) 600 мг, що за рахунок вмісту активних олігосахаридів (тригліцину, фруктозану та ін.) прискорює процеси відновлення тканин, активуючи процес реепітелізації.

Екстракт *Triticum vulgare* стимулює синтез мРНК і ДНК у лімфоцитах та фібробластах, а також хемотаксис і дозрівання останніх, значно підвищуючи їхній індекс, що має вирішальне значення у процесах репарації [13].

Пацієнтки основної групи та групи порівняння вводили у піхву ввечері по 1 пєсарію (супозиторію) препарату протягом 10 днів після кріодеструкції.

Для контролю стану шийки матки пацієнткам проводили просту та розширену кольпоскопію на апараті МК-300 (Україна) зі збільшенням ×10 з використанням програми MEDVisor.

Оцінювали тривалість лімфорей, терміни відторгнення коліквацийного струпа, розміри загальної площі дефекту у см<sup>2</sup> у динаміці, терміни повної епітелізації шийки матки.

Аналіз графічних зображень здійснювали за допомогою Adobe Photoshop. Площа виділеної ділянки обчислювали за наступною формулою:

$$S = \frac{6,4516 \times N}{r^2},$$

де S – площа, см<sup>2</sup>, N – кількість пікселів у масці (виділеному об'єкті), r – роздільність растра, ppi (у випадку, якщо роздільність r задано у px/cm, множити на коефіцієнт 6,4516 не потрібно; (1 sqin = 6,4516 cm<sup>2</sup>)).

Статистичне оброблення результатів дослідження проводили на персональному комп'ютері за допомогою Statistica 10 (Statsoft, USA) з використанням t-критерію Стьюдента. Відмінності середніх величин вважали значущими з рівнем ймовірності не менше 95% (p<0,05).

## РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Середній вік пацієнток становив 30,9±0,8 року (від 29 до 40 років).

Скарги, пов'язані безпосередньо з наявністю ЕШМ, були зареєстровані у 48,6% пацієнток, з них:

- 68,6% жінок турбували контактні кров'яністі виділення;
- 19,0% відзначали наявність надмірних серозних виділень з піхви, іноді з неприємним запахом, періодичний свербіж у ділянці зовнішніх статевих органів;
- 12,4% пацієнток скаржились на періодичний ниючий біль унизу живота.

Тривалість наявності ЕШМ у 13,1% пацієнток становила ≤1 року, 1–3 роки – у 66,4%, >3 років – у 20,5% жінок.

У пацієнток зафіксовано у середньому 1,9±0,1 вагітності, 1,2±0,1 пологів, 0,3±0,1 абортів та 0,4±0,1 мимовільних викиднів. Причому у 71,4% пацієнток були хоча б одні пологи *per vias naturalis*. Серед пацієнток з пологами в анамнезі 15,3% перебували на стаціонарному лікуванні щодо загрози переривання вагітності.

Середній вік менархе становив 13,5±1,0 року, даний показник є вищим середнього показника для жіночого населення України (12,5 року) згідно з даними останніх досліджень [2]. Пізніше становлення менструальної функції у пацієнток з рецидивом ЕШМ підтверджує думку багатьох авторів [7] про вплив гормональних порушень на частоту розвитку даного стану.

Порушення менструальної функції діагностовано у 29,5% пацієнток, з них: у 85,0% – альгодисменорею, у 10,0% – опсоменорею і у 5,0% – пройоменорею.

Анамнестичні особливості пацієнток з рецидивною ЕШМ

Показник	1-а група	2-а група	3-я група
Вік, років	29,0±1,2	33,7±1,5	30,1±1,3
Скарги, %:			
• ациклічні кров'янисті виділення з піхви	49,6	50,2	46,0
• збільшення серозних виділень з піхви	68,1	67,6	70,0
• періодичний ниючий біль унизу живота	17,6	21,3	18,1
	14,3	11,1	11,9
Вагітності, з них:	1,9±0,3	2,3±0,3	1,6±0,2
• пологи:	1,2±0,2	1,7±0,2	0,9±0,2
одні, %	22,2±8,0	21,4±7,8	17,6±6,5
2 і > пологів, %	40,7±9,5	67,9±8,8	32,4±8,0
• артифіційні аборти, %	7,4±5,0	25,0±8,2	29,4±7,8
• мимовільні викидні, %	44,4±9,6	14,3±6,6	32,4±8,0
Менархе, років	13,7±0,2	13,4±0,2	13,5±0,2
Порушення менструальної функції, %	29,8	28,7	30,1
Кольпіт (в анамнезі), %	64,6	66,8	64,2
ЗЗОМТ (в анамнезі), %	15,4	13,7	20,1
Дисбіоз піхви (в анамнезі), %	26,9	22,1	29,1
ГРВІ (> 3 випадків на рік), %	72,3	67,9	65,0
pH вагінального середовища	5,65±0,4	5,47±0,3	5,8±0,5

В анамнезі у 58,3% пацієнток відзначено лікування з приводу:

- кольпіту – 65,2%;
- запальних захворювань органів малого таза (ЗЗОМТ) – 16,3%;
- апоплексії яєчника – 4,6%;
- міоми матки – 4,6%;
- гіперпластичного процесу ендометрія – 3,0%;
- поліпу каналу шийки матки – 3,0%;
- дисплазії шийки матки – 1,1%;
- первинної безплідності – 1,1%;
- ектопічної вагітності – 1,1%.

У 26,0% пацієнток в анамнезі були зафіксовані порушення мікробіоти піхви, з них у 87,5% – вагінальний кандидоз, у 12,5% – гарднерельоз.

Використовувані методи лікування ЕШМ щодо даного рецидиву розподілились так: 53,8% – медикаментозне місцеве лікування, 30,8% – діатермокоагуляція, 15,4% – діатермоексцизія шийки матки. Слід відзначити, що 40,0% жінок, яким з приводу ектопії було виконано діатермоексцизію шийки матки, до втручання не народжували.

Серед екстрагенітальної патології найчастіше виявляли схильність до частих респіраторних та інфекційних захворювань, наявність вогнищ хронічної інфекції (ГРВІ, ангіна, лімфаденіт) – 68,4%, 11,8% пацієнток страждали на ревматоїдний поліартрит, 5,9% – на цукровий діабет, решту (13,9%) становили інші захворювання, що серед даного контингенту пацієнток діагностували нечасто (вітиліго, полікістоз нирок, гіпертонічна хвороба).

Під час цитологічного дослідження лише у 17,1% пацієнток було встановлено I тип мазка за Папаніколау (NILM – клас за системою Bethesda) – нормальна цитологічна картина, у 61,4% пацієнток – ІІА тип (NILM) та у 21,5% пацієнток – ІІБ тип (ASC-US). Мазки ІІІ, ІV класу (LSIL, HSIL, CA) не були виявлені у жодної із пацієнток. Під час бактеріоскопічного дослідження збудників специфічних інфекцій виявлено не було.

Значення рН вагінального середовища у середньому ста-

новило 5,64±0,3, що можна пояснити зменшенням кількості лактобактерій і, як наслідок, зниженням захисної функції лактофлори піхви у жінок з рецидивом ЕШМ (табл. 2) [9].

Під час кольпоскопії у всіх пацієнток виявлена типова картина для ЕШМ: зміщення циліндричного епітелію на ектоцервікс з червоною шовковистою сосочковою поверхнею. Циліндричний епітелій візуалізувався у формі грона-подібних утворень різних розмірів, кулястої, овальної форми, що при обробленні 5% розчином оцтової кислоти дещо біліли і слабо фарбувалися розчином Люголя. Візуалізувалася також незавершена зона трансформації з наявністю метапластичного епітелію різного ступеня зрілості, відкритих і закритих залоз, ов. Nabothii, острівців циліндричного епітелію з нечіткими контурами, іноді – судинної сітки.

За показаннями пацієнтки отримали відповідне лікування з метою досягнення цитологічної норми та нормалізації біоценозу піхви шляхом застосування вагінальних супозиторіїв з декспантенолом двічі на добу протягом 10 днів до криодеструкції.

З метою оцінювання процесу епітелізації шийки матки після криолікування було проаналізовано тривалість лімфореї, терміни відторгнення коліквацийного струпа, розміри загальної площі дефекту у см<sup>2</sup> у динаміці, терміни повної епітелізації шийки матки. Після криолікування у пацієнток жодних побічних ефектів та ускладнень виявлено не було. Троє осіб відзначили наявність запаморочення і 2 жінок скаржились на незначний ниючий біль унизу живота; описані стани турбували пацієнток протягом 7–10 хв після криолікування.

Як відомо, після холодого впливу на шийці матки формується коліквацийний струпа, доволі пухкий за своєю структурою, що і пояснює наявність лімфореї протягом 3–5 тиж після проведення криодеструкції. Згідно з низкою досліджень [4, 5], тривалість лімфореї безпосередньо залежить від швидкості процесів епітелізації шийки матки.

У пацієнток 1-ї групи відзначено достовірно (p<0,05) найменшу тривалість лімфореї – у середньому 20,9±0,3 доби,

Оцінка ефективності лікування рецидиву ускладненої симптомної ЕШМ

Ознака	1-а група, n=37	2-а група, n=35	3-я група, n=32
Тривалість лімфореї, дні	20,9±0,3*	24,3±1,2**#	27,4±0,4
Термін відторгнення струпа, доба	8,8±0,2*	8,9±0,5**	10,8±0,3
Термін повної епітелізації шийки матки, дні	30,8±0,3*	32,8±0,8**#	35,4±1,2

Примітки: \* –  $p < 0,05$  між 3-ю та 1-ю (основною) групою; \*\* –  $p < 0,05$  між 3-ю групою та 2-ю групою; # –  $p < 0,05$  між 1-ю групою та 2-ю групою.

натомість у пацієнок 2-ї групи – 24,3±1,2 доби, 3-ї групи – 27,4±0,4 доби.

Одним з етапів епітелізації шийки матки після кріодеструкції є відторгнення сформованого струпа, що відбувається зазвичай на 10–14-у добу після лікування. Відторгнення коліквацийного струпа у пацієнок 1-ї групи відбувалося достовірно ( $p < 0,05$ ) швидше – у середньому на 8,8±0,2 доби, у пацієнок 2-ї групи – на 8,9±0,5 доби, 3-ї групи – на 10,8±0,3 доби.

Швидкість загоєння є величиною, що характеризує зміну площі ранової поверхні за одиницю часу. Отже, одним із основних способів визначення характеру та темпів загоєння ран є реєстрація швидкості зменшення поверхні рани у часі за допомогою планіметричних методів дослідження [3].

Загальна площа дефекту на 1-у добу після кріолікування у пацієнок усіх груп була приблизно однаковою і становила 3,33±0,03 см<sup>2</sup> у 1-й групі, 3,32±0,1 см<sup>2</sup> – у 2-й групі та 3,32±0,02 см<sup>2</sup> – у 3-й групі відповідно.

Зменшення площі дефекту шийки матки оцінювали під час кольпоскопії на 7-у, 14-у, 21-у та 30-у добу після кріолікування (малюнок).

У пацієнок 1-ї групи була відзначена достовірно ( $p < 0,05$ ) найкраща динаміка зменшення площі дефекту шийки матки. Так, на 7-у добу площа дефекту шийки матки у пацієнок 1-ї групи у середньому зменшилась на 19,5% (у 2-й групі – на 16,9%, у 3-й групі – на 9,6%), на 14-у добу – на 46,2% (у 2-й групі – на 44,0% і у 3-й групі – на 36,7% відповідно), на 21-у добу – на 70,3% (у 2-й групі – на 66,9% і у 3-й групі – на 57,5% відповідно), на 30-у добу – на 99,2% у пацієнок 2-ї групи та 98,0% у пацієнок 3-ї групи. На 30-у добу в усіх пацієнок 1-ї групи була досягнута повна епітелізація шийки матки.

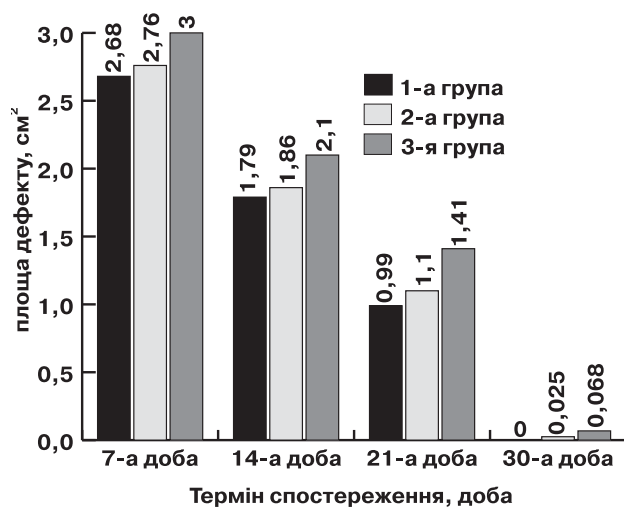
Повна епітелізація шийки матки після кріолікування у середньому триває 5–7 тиж. У пацієнок 1-ї групи повна епітелізація шийки матки була відзначена найшвидше – у середньому на 30,8±0,3 доби, натомість у пацієнок 2-ї групи – на 32,8±0,8 доби, 3-ї групи – на 35,4±1,2 доби (табл. 3).

Під час проведення кореляційного аналізу достовірно ( $p < 0,05$ ) встановлено:

- сильний прямий зв'язок між терміном відторгнення коліквацийного струпа та тривалістю лімфореї ( $r=0,98$ ), терміном повної епітелізації шийки матки та тривалістю лімфореї ( $r=0,98$ ), а також терміном повної епітелізації шийки матки та терміном відторгнення струпа ( $r=0,97$ ) у пацієнок 1-ї групи;

- сильний прямий зв'язок між терміном відторгнення коліквацийного струпа та тривалістю лімфореї ( $r=0,80$ ), прямий середньої сили зв'язок між терміном повної епітелізації шийки матки та тривалістю лімфореї ( $r=0,60$ ), а також терміном повної епітелізації шийки матки та терміном відторгнення струпа ( $r=0,51$ ) у пацієнок 2-ї групи;

- сильний прямий зв'язок між терміном відторгнення коліквацийного струпа та тривалістю лімфореї ( $r=0,80$ ), прямий середньої сили зв'язок між терміном повної епітелізації шийки матки та тривалістю лімфореї ( $r=0,54$ ), а також

Динаміка площі дефекту шийки матки після кріолікування, см<sup>2</sup>

терміном повної епітелізації шийки матки та терміном відторгнення струпа ( $r=0,38$ ) у пацієнок 3-ї групи.

Побічних ефектів та ускладнень у пацієнок обох груп на час спостереження відзначено не було.

## ВИСНОВКИ

1. В усіх пацієнок попереднє лікування проводили за умов ігнорування стану біоценозу піхви та без його корекції, без досягнення повної ліквідації хронічних запальних процесів шийки матки та піхви і з нераціональним застосуванням інвазивних методів лікування, що ймовірно спричинило виникнення рецидиву ектопії шийки матки (ЕШМ).

2. У ході дослідження песарії на основі *Triticum vulgare* як препарат репаративної дії продемонстрували позитивний вплив на процеси епітелізації шийки матки після кріолікування: на тлі застосування препарату лімфорея у середньому тривала менше на 6,5 доби, відторгнення коліквацийного струпа відбувалось швидше на 2 дні, повна епітелізація шийки матки настала на 4,6 доби швидше (порівняно з групою контролю).

3. Отримані результати свідчать про те, що застосування песаріїв на основі *Triticum vulgare* як одного із компонентів комплексної терапії може сприяти прискоренню процесів епітелізації після кріолікування рецидиву ускладненої ЕШМ. Препарат добре переноситься пацієнтками, не спричинює ускладнень та побічних ефектів.

**Перспективи подальших досліджень.** Ураховуючи доволі високу частоту рецидивів фонових захворювань шийки матки і безпосередньо ЕШМ та відсутність на сьогодні тенденції до її зниження, продовження дослідження передбачає розроблення комплексного персоналізованого підходу до раціонального вираженого лікування як вперше виявленої, так і рецидиву ЕШМ, а також ефективних заходів її превенції.

## Репаративная терапия при рецидивах осложненной эктопии шейки матки у женщин репродуктивного возраста

Ю.Ю. Мазур, В.И. Пирогова

Осложненная эктопия шейки матки в сочетании с нарушениями микрофлоры и местного иммунитета влагалища может создать благоприятные условия для инфицирования вирусом папилломы человека и его персистенции, что в свете высокой частоты рецидивирования эктопии обуславливает актуальность совершенствования существующих диагностических и лечебных подходов.

**Цель исследования:** оценка эффективности препаратов репаративного действия для оптимизации заживления шейки матки после криодеструкции по поводу рецидива осложненной эктопии шейки матки у женщин репродуктивного возраста.

**Материалы и методы.** Выполнено комплексное обследование и лечение 104 женщин в возрасте от 29 до 40 лет с рецидивом эктопии шейки матки согласно действующим рекомендациям Министерства здравоохранения Украины. Проведено анкетирование, бактериоскопическое, цитологическое исследование, простую и расширенную кольпоскопию с использованием шкалы Swede, pH-метрию вагинальной среды. Слепым методом в зависимости от методики лечения пациентки были разделены на три группы (37, 35 и 32 женщины соответственно). Пациенткам основной группы (1-я группа) после криодеструкции шейки матки были назначены пессарии на основе *Triticum vulgare*, пациенткам группы сравнения (2-я группа) назначено метилурациловые суппозитории соответственно по 1 пессарию (свече) во влагалище в течение 10 дней после инвазивного лечения, в контрольную группу (3-я группа) вошли женщины, которые отказались от медикаментозной терапии после выполнения криодеструкции.

**Результаты.** У пациенток основной группы лимфоэроз в среднем длился меньше на  $6,5 \pm 0,1$  дня, отторжение колликуационного струпа происходило быстрее на  $2,0 \pm 0,1$  дня, полная эпителизация шейки матки наступила на  $4,6 \pm 0,9$  дня быстрее (по сравнению с группой контроля,  $p < 0,05$ ). У пациенток основной группы также отмечена лучшая динамика уменьшения площади дефекта шейки матки. Так, на 7-е сутки площадь дефекта шейки матки у пациенток основной группы в среднем уменьшилась на  $10,0 \pm 2,6\%$ , на 14-е сутки – на  $3,6 \pm 1,3\%$ , на 21-е сутки – на  $11,7 \pm 1,5\%$  больше (по сравнению с группой контроля), а на 30-е сутки у всех женщин данной группы была достигнута полная эпителизация шейки матки.

**Заключение.** Осложненная рецидивирующая эктопия шейки матки требует комплексного персонализированного лечебно-диагностического подхода. Инвазивное лечение у данной категории пациенток должно быть обоснованным и сопровождаться комплексом мер, направленных, в частности, на создание оптимальных условий для регенерации эпителия шейки матки. Применение репаративной терапии позволяет снизить продолжительность лимфоэроза, ускорить отторжение колликуационного струпа и, в конечном итоге, достигнуть полной эпителизации шейки матки. Предложенные лечебно-диагностические мероприятия позволят снизить как частоту осложнений после деструкции, так и непосредственно рецидивов эктопии шейки матки.

**Ключевые слова:** рецидивирующая эктопия шейки матки, криодеструкция, репаративная терапия, суппозитории влагалищные.

## Reparative therapy for recurrent complicated cervical ectopy in women of reproductive age

Yu. Yu. Mazur, V. I. Pyrohova

Complicated cervical ectopy in combination with microbiota and vaginal immunity disturbances can create favorable conditions for human papillomavirus infection and its persistence, which in the light of the high frequency of cervical ectopy recurrence causes the urgency of existing diagnostic and therapeutic approaches improvement.

**The objective:** was to evaluate the effectiveness of reparative drugs to optimize the healing of the cervix after cryodestruction in case of the recurrent complicated cervical ectopy in women of reproductive age.

**Materials and methods.** Comprehensive examination and treatment of 104 women aged from 29 to 40 years with recurrent cervical ectopy was carried out according to the current recommendations of the Ministry of Health of Ukraine. The examination methods included: questioning, bacterioscopic, cytological examination, colposcopy with Swede score performing, pH-metry of the vaginal environment. Depending on the treatment technique, the patients were randomly divided into three groups (37, 35 and 32 patients respectively). Patients of the main group (group 1) after the cervical cryodestruction of the cervix inserted the pessaries on the basis of *Triticum vulgare*, the patients of the comparison group (group 2) inserted methyluracil suppositories, respectively, 1 pessary (suppository) per vaginum for 10 days after invasive treatment, women who refused to take medication after the cryodestruction formed the control group (group 3).

**Results.** In patients of the main group, the lymphorrhoea on average lasted  $6,5 \pm 0,1$  days less, the rejection of the colliquative scab was reported  $2,0 \pm 0,1$  days faster and complete epithelization of the cervix –  $4,6 \pm 0,9$  days faster (in comparison with the control group,  $p < 0,05$ ). The patients of the main group also presented better dynamics of the cervical defect area reduction. Thus, on the 7th day the cervical defect area in the patients of the main group decreased on average  $10,0 \pm 2,6\%$ , on the 14th day –  $3,6 \pm 1,3\%$ , on the 21st day –  $11,7 \pm 1,5\%$  more (in comparison with the control group), and on the 30th day complete epithelization of the cervix was achieved in all of the main group patients.

**Conclusions.** Complicated recurrent cervical ectopy requires a complex personalized diagnostic and treatment approach. Invasive treatment in this category of patients should be justified and accompanied by a set of measures aimed, in particular, to create the optimal conditions for the cervical epithelium regeneration. The use of reparative therapy can reduce the duration of lymphorrhoea, accelerate the rejection of the colliquative scab and ultimately achieve complete epithelization of the cervix. The proposed diagnostic and therapeutic measures will allow to reduce the incidence of post-operative complications as well as the frequency of cervical ectopy relapse.

**Key words:** recurrent cervical ectopy, cryodestruction, reparative therapy, vaginal suppositories.

### Сведения об авторах

Мазур Юлия Юрьевна – Кафедра акушерства, гинекологии и перинатологии ФПДО, Львовский национальный медицинский университет имени Данила Галицкого, 79010, г. Львов, ул. Пекарская, 69; тел.: (067) 998-36-58. E-mail: julia.mazur@ukr.net

Пирогова Вера Ивановна – Кафедра акушерства, гинекологии и перинатологии ФПДО, Львовский национальный медицинский университет имени Данила Галицкого, 79010, г. Львов, ул. Пекарская, 69; тел.: (050) 581-94-48

### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Наказ МОЗ України від 31.12.2004 р. № 676 «Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги» [Електронний ресурс]. – Режим доступу: [http://www.moz.gov.ua/ua/dogtal/dn\\_20041231\\_676.html](http://www.moz.gov.ua/ua/dogtal/dn_20041231_676.html)
2. Бацьилова О.В. Медико-психологічні особливості репродуктивного здоров'я молоді у сучасних умовах / О.В. Бацьилова // Збірник наук. праць Інституту психології ім. Г.С. Костюка / [за ред. С.Д. Максименка]. – К., 2008. – Т. 10, ч. 9. – С. 63–72.
3. Корнієнко В.В. Планиметрія поверхні опікової рани при використанні хітозанових мембран / В.В. Корнієнко // Журнал клінічних та експериментальних медичних досліджень. – 2013. – Т. 1, № 4. – С. 390–397.
4. Волошина Н.Н. Комплексное криохирургическое лечение фоновых заболеваний шейки матки при папилломавирусном инфицировании / Волошина Н.Н., Луценко Н.С. // Проблемы криобиологии. – 1998. – № 2. – С. 64–67.
5. Волошина Н.Н. Особенности репарации шейки матки после комплексного лечения / Н.Н. Волошина // Запорозький медичинський журнал. – 2010. – Т. 12, № 5. – С. 84–87.
6. Озолина Л.А. Ведение пациенток с осложненной формой эктопии шейки матки / Л.А. Озолина // Здоровье женщины. – 2015. – № 3. – С. 56–59.

7. Качалина Т.С. Комбинированный криохирургический метод лечения доброкачественных заболеваний шейки матки / Т.С. Качалина, С.Е. Ваганова, В.И. Коченов и др. // Практическая медицина. – 2009. – № 2 (34). – С. 92–97.
8. Кулаковский В.А., Насырова С.Ф. Псевдоэрозия шейки матки у нерожавших женщин (клиника, диагностика, лечение). – Уфа, 2000. – 153 с.
9. Хворостухина Н.Ф. Анализ причин рецидивирования эктопии шейки матки после коагуляции / Н.Ф. Хворостухина, Ю.В. Михеева, Д.А. Новичков // Фундаментальные исследования. – 2014. – № 10 (3). – С. 562–566.
10. Bowring J. The Swede score: evaluation of a scoring system designed to improve the predictive value of colposcopy / J. Bowring, B. Strander, M. Young et al. – J. Low. Genit. Tract Dis., 2010. – Vol. 14 (4). – P. 301–305.
11. Nayar R. The Bethesda System for Reporting Cervical Cytology / R. Nayar, D. Wilbur. – Springer International Publishing, 2015. – 321 p.
12. Shakuntala Baliga B. Principles and Practice of Colposcopy / B. Shakuntala Baliga. – JP Medical Ltd, 2011. – 295 p.
13. Trejo S.O.P. Reepithelization effect of *Triticum vulgare* after cervix cauterization / S.O.P. Trejo, R.H. Hurtado, V.J.L. Lopez et al. – Rev. Fac. Med. UNAM, 2000. – Vol. 43 (3). – P. 84–86.

Статья поступила в редакцию 30.11.17