

Оптимізація тактики ведення пацієнток з ускладненою ектопією шийки матки

В.І. Пирогова, Ю.Ю. Мазур, С.О. Шурпяк

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Збереження значної поширеності патології шийки матки, схильність до тривалого, рецидивного перебігу, можливість злоякісної трансформації зумовлюють актуальність пошуку ефективних методів лікування.

Мета дослідження: розроблення і оцінювання ефективності алгоритму ведення пацієнток з ускладненою формою ектопії шийки матки.

Матеріали та методи. Проведено комплексне обстеження та лікування 68 жінок у віці 18–35 років з ектопією шийки матки. Виконували УЗД органів малого таза, дослідження функції щитоподібної залози, D-статусу, гормонального балансу, просту та розширену кольпоскопію, цитологічне дослідження мазків з шийки матки, дослідження мікробіоти піхви. Сліпим методом залежно від методики лікування пацієнтки були розподілені на дві групи по 34 жінки. Пацієнткам основної групи проводили системну корекцію D-дефіциту, дисгормональних розладів курсовим застосуванням препаратів Епігалін по 1 капсулі тричі на добу, Аквадетрим у дозі 3000 МО/добу та місцевим застосуванням супозиторіїв Депантол (двічі на добу протягом 10 днів до і протягом 10 днів після втручання, починаючи з 5-ї доби). У групі порівняння обстеження і ведення проводили відповідно до чинних рекомендацій МОЗ України.

Результати. Після десятиденного курсу системної і місцевої терапії Депантолом в основній групі отримано зниження частоти ендocerвіциту з 41,2% до 5,9%, підвищення частоти нормоценозу піхви з 8,8% до 88,2% з нормалізацією цитологічної картини – збільшення кількості I типу мазка за Папаніколау з 29,4% до 94,1%; візуально і кольпоскопічно діагностовано відсутність ектопії шийки матки (уперше виявленої) у 40,0% жінок основної групи при 25,0% у групі порівняння.

Заключення. Комплексна перед- і післяопераційна терапія з використанням місцевого застосування препарату Депантол у пацієнток з ектопією шийки матки дозволяє досягти стійкої корекції дисбіотичних порушень за рахунок зменшення бактеріального обсіменіння, змін якісного і кількісного складу мікрофлори, збільшення кількості ендогенних лактобактерій. Нормалізація гормонального гомеостазу, корекція D-статусу за рахунок синергічної дії Епігаліну, Аквадетриму дозволяє підвищити ефективність топічних терапевтичних заходів, скоротити терміни епітелізації шийки матки, знизити частоту ускладнень після деструкції і рецидивів ектопії шийки матки. Ведення пацієнток з ектопією шийки матки на підставі запропонованих діагностично-лікувальних заходів, спрямованих на корекцію мікрофлори вагінального біотопу, активацію імунітету, нормалізацію гормонального балансу, посилення репаративних процесів шийки матки, сприяє підвищенню ефективності лікування як неускладнених, так і ускладнених форм ектопії шийки матки з 84,0% до 95,5%, зменшує необхідність застосування деструкції вогнища ураження.

Ключові слова: ектопія шийки матки, радіохвильова деструкція, Депантол, Епігалін, дефіцит вітаміну D.

Питання ефективного лікування і реабілітації пацієнток з патологією шийки матки протягом тривалого часу залишаються актуальними для науки і практики, що зумовлено не тільки аспектами онкопревенції, але й негативними наслідками для репродуктивного здоров'я жінки [2, 7].

Засади ведення хворих з фоновими процесами шийки матки неодноразово змінювалися з часом і отриманням нових даних щодо патологічного процесу. При цьому якщо доведені та/або передбачувані причини виникнення і персистенції патологічних станів шийки матки широко представлені у літературі, то дослідження стосовно чинників ризику рецидиву патології, причин порушення процесів відновлення шийки матки після попереднього лікування залишаються недостатніми і часто суперечливими [1, 4, 5]. Значної уваги, на думку багатьох авторів, заслуговує ектопія шийки матки, яку, з одного боку, найчастіше виявляють при профілактичних оглядах або як супутню патологію (до 70%), а з другого – її продовжують вважати варіантом нормального гістофізіологічного стану шийки матки [5, 6].

У клінічній практиці для лікування доброякісної патології шийки матки найбільш часто використовують радіохвильову хірургію, лазерну і кріодеструкцію, електрокоагуляцію, діатермоконізацію, однак ефективність лікування за використання різних методів коливається у широких межах, а частота рецидивів ектопії шийки матки загалом оцінюється у межах 40% [1]. Вважається, що однією з причин рецидивування фонових процесів шийки матки є ігнорування порушень мікробіоти піхви, а різноманітність мікробіологічних сценаріїв вагінальних дисбіозів може пояснювати невдачі лікування та рецидиви ектопії шийки матки [1, 7, 9, 12].

Особливого значення набуває проблема ведення хворих із симптоматикою хронічного цервіциту у поєднанні з ектопією циліндричного епітелію та цитологічно нормальною зоною трансформації. Хоча з позицій сучасних знань дана ситуація розглядається як варіант нормальних кольпоскопічних станів [1, 8, 9], однак, урахуовуючи зростання ймовірності ураження циліндричного епітелію патогенними мікроорганізмами, поширені ектопії навіть при нормальних результатах цитологічного дослідження без ознак дисплазії є сприятливим фоном для розвитку ендocerвіцитів, що є значною клінічною проблемою [9]. За наявності ектопії циліндричний епітелій шийки матки з його криптами є основним і ідеальним місцем для ураження збудниками, що передаються статевим шляхом [5]. За деякими даними, активна метаплазія у перехідній зоні збільшує ризик інфікування ВПЛ 16-го типу навіть у здорових молодих жінок [10]. Ускладнений перебіг ектопії на тлі запального процесу, що спостерігається у двох третинах випадків, зумовлює порушення процесів проліферації/апоптозу клітин епітелію і може спричинити розвиток дисплазії [1, 2, 6].

Збереження значної поширеності патологічних станів шийки матки, схильність до тривалого, рецидивного перебігу, можливість злоякісної трансформації зумовлюють актуальність пошуку ефективних і безпечних методів лікування.

Мета дослідження: розроблення і оцінювання ефективності алгоритму ведення пацієнток з ускладненою формою ектопії шийки матки щодо зниження частоти рецидиву патології.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

У дослідження були включені 68 пацієнток віком від 18 до 35 років з ектопією шийки матки. У дане дослідження не включали хворих з верифікованими інфекціями, що передаються статевим шляхом (трихомоніаз, урогенітальний хламідіоз, рецидивний генітальний герпес), та наявністю мінімальних діагностичних критеріїв запальних захворювань органів малого таза (ЗЗОМТ).

Дослідження включало гінекологічне обстеження, ультрасонографію органів малого таза, дослідження функції щитоподібної залози (рівень ТТГ у сироватці крові), D-статусу організму (рівень 25(OH)D₃ у крові) та гормонального балансу (рівні гонадотропних та стероїдних гормонів яєчників у сироватці крові), просту та розширену кольпоскопію («Colposcope model OCS-3», Olympus optical Co., LTD, Японія), рН-метрію піхвового вмісту, діагностику інфекцій, що передаються статевим шляхом (C. trachomatis, HSV-II, HPV з типуванням) методом ПЛР, цитологічне дослідження мазків з шийки матки. Дослідження мікробіоти піхви здійснювали методом ПЛР з детекцією результатів у режимі реального часу (Флороценоз). Нормоценоз піхви оцінювали за наступними критеріями: загальна бактеріальна маса – 10⁶–10⁸; Lactobacillus – 10⁶–10⁸, аеробні й анаеробні умовно-патогенні мікроорганізми в абсолютній кількості менше 10⁴ (0,1–1%), M. hominis, U. urealyticum і rارvus, Candida spp. відсутні або їх менше за 10⁴. У разі перевищення наведених показників стан мікробіоти піхви розцінювали як аеробний, анаеробний або змішаний (часто – у поєднанні з дріжджовими грибами роду Candida) дисбіоз.

Для оцінювання кольпоскопічних ознак використовували класифікацію, запропоновану Номенклатурним комітетом Міжнародної Федерації з кольпоскопії та первікальної патології (IFCPC), схвалену на 14-у Всесвітньому конгресі IFCPC (2011, Ріо-де-Жанейро, Бразилія).

Дослідження мікробіоценозу піхви проводили двічі – до та після передопераційної підготовки Депантолом, кольпоскопію у динаміці – до завершення восьмитижневого періоду спостереження.

Сліпим методом залежно від методики лікування пацієнтки були розподілені на клінічні групи. В основну групу увійшли 34 пацієнтки, ведення яких здійснювали згідно із запропонованим нами діагностично-лікувальним алгоритмом. У групу порівняння увійшли 34 жінки, обстеження і ведення яких проводили відповідно до чинних нормативних документів МОЗ України.

Наші попередні дослідження встановили, що переважна більшість методів лікування ектопії шийки матки спрямована здебільшого на локальне усунення зміненої ділянки. Відсутні, як правило, оцінка загального стану організму, системний вплив для корекції виявлених порушень, які можуть розглядатись як супутні та причинні чинники розвитку патологічних змін шийки матки. Сучасний підхід до лікування захворювань шийки матки передбачає декілька етапів: системна етіотропна і коригувальна терапія, корекція мікробіоценозу піхви, радикальне усунення зміненої ділянки, повторний курс місцевої регенераторної терапії.

На зазначених засадах для пацієнток основної групи розробляли індивідуальний план ведення, що включав два обов'язкових компонента: системну корекцію коморбідних порушень (дефіцит вітаміну D, дисфункція щитоподібної за-

лози, дисгормональні розлади) з курсовим (з початком за два тижні до деструкції ектопії шийки матки і протягом наступних трьох місяців) застосуванням препаратів Епігалін по 1 капсулі тричі на добу (активні компоненти 200 мг індол-3-карбінолу і 45 мг епігаллокатехін-3-галлату у кожній капсулі), який справляє антипроліферативну і проапоптичну дію, сприяє нормалізації гормонального балансу, виявляє опосередкований імуномодулювальний вплив; водорозчинного вітаміну D₃ (Аквадетрим) у дозі 3000 МО/добу; корекцію субклінічного гіпотиреозу (за наявності) та місцеве застосування комбінованого препарату Депантол у формі вагінальних супозиторіїв (двічі на добу), які містять 100 мл декспантенолу і 16 мл хлоргексидину. Супозиторії застосовували двічі на добу протягом 10 днів до коагуляції ектопії шийки матки і протягом 10 днів після втручання у аналогічному режимі, починаючи з 5-ї доби від моменту втручання.

Депантол характеризується високоефективною ранозагоювальною дією, стимулювальним впливом на грануляційну тканину, прискоренням епітелізації, зниженням ризику вторинного інфікування [4, 8]. Депантол справляє антисептичну, метаболічну та регенеруючу дію на слизові оболонки нижніх відділів генітального тракту практично без системного впливу на організм, не впливає на функціональну активність лактобацил.

Антисептичний компонент забезпечує хлоргексидину біглокогат, активний відносно грамнегативних і особливо грампозитивних мікроорганізмів, факультативних анаеробів, аеробів та дріжджів. Хлоргексидин ефективний відносно штамів Trichomonas vaginalis, Neisseria gonorrhoeae, Chlamidia spp., Bacteroides fragilis, Treponema pallidum, Gardnerella vaginalis, Ureaplasma spp. і помірно активний щодо деяких штамів Proteus spp. і Pseudomonas spp. Солі хлоргексидину дисоціюють із вивільненням позитивно зарядженого катіона. Бактерицидний ефект є результатом зв'язування катіонної молекули із негативно зарядженою клітинною стінкою бактерій, що зумовлює руйнування цитоплазматичної мембрани бактерії і порушення її осмотичної рівноваги. Принциповою відмінністю Депантолу від інших вагінальних засобів є наявність в його складі декспантенолу, який активізує регенерацію слизових оболонок, стабілізує клітинний метаболізм, прискорює заживлення і збільшує міцність колагенових волокон.

У групі порівняння Депантол призначали на етапі доопераційної підготовки протягом 7 діб (вагінальний супозиторій двічі на добу) без проведення корекції системних порушень і післяопераційної відновлювальної терапії.

В обох групах для коагуляції ектопії шийки матки був застосований радіохвильовий метод з використанням апарату «Сургитрон ЕМС», що працює на частоті 3,8–4,0 МГц з максимальною вихідною потужністю 90 ватів. Вибір методу інтервенційного втручання базувався на перевагах радіохвильової хірургії: відсутність опіку і некрозу тканин, що оточують розріз; мінімальне руйнування прилеглих тканин; відсутність глибокого некрозу і некротичного ураження оточуючих тканин; мінімальний набряк тканин, що сприяє значному зменшенню виділень з рани; стерилізуючий ефект випромінюваних радіохвиль, що дозволяє використовувати втручання у пацієнток з ендocerвіцитом [3].

Статистичне оброблення результатів дослідження проводили з використанням пакета прикладних програм Statistica 6.0.

Таблиця 1

Питома вага пацієнток з рецидивом ектопії шийки матки у клінічних групах

Тип ектопії шийки матки	Основна група, n=34		Група порівняння, n=34	
	Абс. число	%	Абс. число	%
Рецидивна ектопія шийки матки	19	55,9	18	52,9
Уперше виявлена ектопія шийки матки	15	44,1	16	47,1

Оцінка чинників ризику виникнення рецидиву ектопії шийки матки

Чинник ризику	Група пацієнток			
	Рецидив ектопії шийки матки, n=37		Уперше виявлена ектопія шийки матки, n=31	
	Абс. число	%	Абс. число	%
Порушення менструального циклу	14	37,8*	7	22,5
Невпорядковане статеве життя	10	27,0*	6	19,4
Пологи (двоє і більше)	14	37,8*	9	29,0
Мимовільні викидні	11	29,7	8	25,8
Артифіційний аборт	10	27,0	8	25,8
Медикаментозний аборт	15	40,5	13	41,9
ЗЗОМТ	17	45,9*	9	29,0
Вагініти, БВ	14	37,8*	9	29,0
Дисфункція щитоподібної залози	11	29,7	8	25,8
Ожиріння	14	37,8	12	38,7
Цукровий діабет	5	13,5*	2	6,5
Дефіцит вітаміну D	28	75,7*	14	45,2

Примітка: * – $p < 0,05$ між пацієнтками з рецидивом ектопії шийки матки і вперше виявленою ектопією.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Вік пацієнток, включених у дослідження, становив у середньому $25,5 \pm 5,6$ року та вірогідно не різнився між сформованими групами ($p > 0,05$).

Пацієнток з рецидивною ектопією шийки матки достатньо рівномірно розподілили між сформованими групами (табл. 1).

Для визначення чинників, що можуть зумовлювати рецидив ектопії шийки матки, був проведений аналіз супутньої соматичної, ендокринної патології, менструальної, генеративної та сексуальної функції обстежених жінок (табл. 2).

У пацієнток з рецидивами ектопії шийки матки вірогідно частіше спостерігались порушення менструального циклу, більше двох пологів в анамнезі, невпорядковане статеве життя, вагініти і бактеріальний вагіноз (БВ), ЗЗОМТ, цукровий діабет ($p < 0,05$). Як для пацієнток з уперше виявленою ектопією, так і з рецидивами ектопії шийки матки значущими чинниками ризику були переривання вагітності (мимовільні викидні, артифіційні та медикаментозні аборти), дисфункція щитоподібної залози, ожиріння, дефіцит вітаміну D, хоча у пацієнток з рецидивною ектопією шийки матки дефіцит вітаміну D мав місце вірогідно частіше ($p < 0,05$).

Аналіз тактики ведення пацієнток з рецидивною ектопією шийки матки засвідчив, що частота використання різних методів лікування (у тому числі інтервенційних) до першої вагітності становила 54,1%, при цьому вік пацієнток на цей момент становив у середньому $20,2 \pm 1,6$ року, а тривалість ектопії шийки матки більше 3 років (з моменту встановлення діагнозу до втручання) фіксували лише у 5 спостережених (13,5%). Цікава тенденція простежена під час аналізу використання різних методів фізіохірургічної абляції (кріодеструкція, лазерна коагуляція, діатермокоагуляція) ектопії шийки матки у порівнянні з періодом виявлення рецидиву ектопії шийки матки (щодо 25 пацієнток, які регулярно проходили гінекологічне обстеження) – рецидив патології шийки матки через 6 міс після попереднього втручання виявлено у 6 хворих (24,0%), через рік – у 9 (36,0%), до 3 років – у 10 (40,0%). Привертало увагу, що санацію піхви, хоча і без попереднього адекватного дослідження мікробіоценозу, проводили тільки у третині випадків втручання на шийці матки, а післяопераційну регенеративну терапію не застосовували у половині спостережень. У жодному випадку

не проводили оцінювання фонові системної патології з метою корекції наявних порушень. Отже, відсутність попереднього визначення стану мікробіоти піхви і відповідно санації, адекватної до- та післяопераційної терапії зумовлює високу частоту рецидивів ектопії шийки матки протягом короткого періоду часу (до одного року) у 60,0% пацієнток.

Пацієнтки скаржилися на посилені виділення з піхви слизового або слизисто-гнійного характеру, періодичні печіння, свербіж. Під час проведення первинного огляду у 14 (41,2%) пацієнток основної групи та 13 (38,2%) жінок групи порівняння виявлені ознаки ендочервіциту, а цитологічне дослідження мазків з шийки матки засвідчило наявність запальної реакції (II тип мазка за Папаніколау) у 24 (70,6%) хворих основної групи і 22 (64,7%) – групи порівняння. рН піхвового вмісту становив в основній групі $6,1 \pm 0,2$, у групі порівняння – $5,6 \pm 0,3$, що свідчило про відсутність захисної функції лактофлори у жінок з ектопією шийки матки.

Кольпоскопічно ускладнена ектопія шийки матки була представлена циліндричним епітелієм у різних поєднаннях із зоною трансформації у формі гронаподібних скупчень округлих або довгастих сосочків яскраво-червоного кольору, які різнилися за площею поширення на піхвовій частині шийки матки [11].

Нормоценоз був виявлений тільки у 3 (8,8%) хворих основної і 4 (11,8%) – групи порівняння, помірний дисбіоз з переважанням грампозитивної флори виявляли у 5 (14,7%) пацієнток основної групи і групи порівняння відповідно, тоді як для 9 (26,5%) пацієнток в основній групі і 10 (29,4%) – у групі порівняння був характерний змішаний дисбіоз або аеробний – у 10 (29,4%) в основній і 9 (26,5%) – у групі порівняння. БВ діагностовано у 7 (20,6%) і 6 (17,7%) хворих відповідно.

Корекція субклінічного гіпотиреозу (ТТГ 5,7 мМО/л) L-тироксином була призначена 7 (20,6%) жінкам основної групи.

Для пацієнток обох груп була характерна висока інтенсивність мікробної колонізації статевих шляхів (піхва і шийка матки): в діагностично значущих титрах переважали представники ентеробактерій (*Escherichia coli*, *Enterococcus* spp., *Klebsiella pneumoniae*), *Staphylococcus* spp., що характерно для аеробного та змішаного вагініту, рідше ідентифікували *Streptococcus* spp., *Gardnerella vaginalis*, *Peptostreptococcus* spp., *Protex* spp.

Отримані нами дані узгоджуються з думкою багатьох дослідників, що порушення стану мікробіоти піхви є чинником

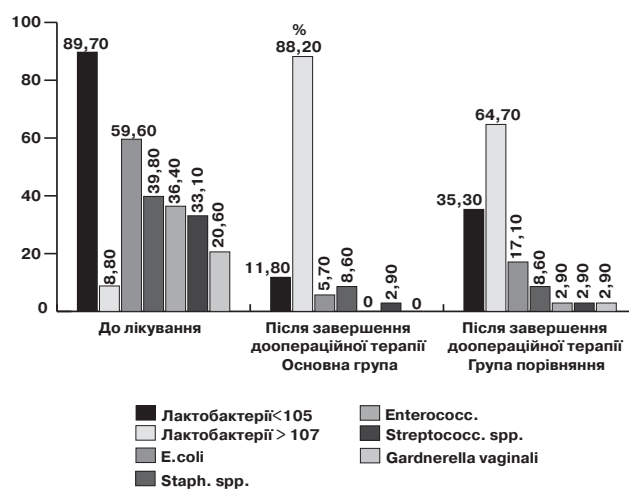
ризикі і прогресування патології шийки матки на тлі зміни рН піхвового середовища та тканинної гіпоксії внаслідок запального процесу і прямого патогенного впливу продуктів життєдіяльності надмірної мікробної маси, а відсутність належної санації перед різного роду втручаннями на шийці матки – причиною неефективності лікування та рецидивів патології [1, 6, 7].

Оцінка стану мікробіоти піхви після десятиденної передопераційної терапії Депантолом засвідчила ефективну деконтамінацію слизових оболонок статевих органів в обох групах, що проявлялось у зниженні частоти виявлення в діагностично значущих титрах ентеробактерій та інших умовно-патогенних мікроорганізмів (малноок). Відзначено виражений позитивний ефект зі збільшенням пулу ендогенних лактобактерій у 88,2% пацієток основної групи і 64,7% пацієток групи порівняння ($p < 0,01$), що свідчить про покращання імунобіологічного стану організму як наслідку системної корекції гормональних розладів і дефіциту вітаміну D.

Обстеження пацієток основної групи після десятиденного курсу системної і місцевої терапії Депантолом виявило редукцію скарг у 100% жінок, зниження частоти ендocerвіциту з 41,2% до 5,9% ($p < 0,001$), підвищення частоти нормоценозу піхви з 8,8% до 88,2% ($p < 0,001$) з нормалізацією цитологічної картини – збільшення кількості I типу мазка за Папаніколау з 29,4% до 94,1% ($p < 0,001$). Заслуговує на особливу увагу динаміка стану шийки матки після передопераційної терапії. Так, в основній групі під час візуалізації відзначено відсутність ектопії шийки матки (вперше виявленої) у 6 (40,0%) з 15 жінок, що підтверджено даними кольпоскопічного обстеження. У той самий час аналогічну динаміку змін за відсутності ознак запального процесу у групі порівняння фіксували тільки у 4 (25,0%) з 16 жінок ($p < 0,05$). Отримані результати першого етапу ведення жінок з ектопією шийки матки свідчать, що системні впливи (корекція дефіциту вітаміну D, нормалізація гормонального балансу і функції щитоподібної залози) посилюють ефективність топічної терапії ектопії шийки матки Депантолом і назагал дозволяють уникнути необґрунтованих інтервенційних втручань у третини (32,3%) жінок з уперше виявленою ектопією шийки матки.

Радіохвильова деструкція ектопії шийки матки виконана у 22 пацієток основної групи і 25 – групи порівняння. Бактеріоскопічне дослідження через 14 діб після деструкції встановило наявність у групі порівняння ознак неспецифічного вагініту у 76% хворих, лімфорею відзначали у 9 (36,0%) жінок, у 4 (16,0%) пацієток у середньому на $7,8 \pm 0,8$ доби після втручання фіксували появу малих діагностичних критеріїв ЗЗОМТ, що вимагало призначення антибіотикотерапії і санаційної терапії нижніх відділів генітального тракту; при відторгненні струпу у 5 (20,0%) хворих спостерігались незначні кров'янисті виділення.

У той самий час в основній групі жінок, яким продовжували системну терапію у поєднанні із топічним застосуван-



Динаміка стану мікробіоти піхви в обстежених пацієток у динаміці лікування, %

ням Депантолу з 5-ї доби після втручання на шийці матки, в аналогічні терміни у 95,5% пацієток діагностували відсутність бактеріального обсіменіння і лейкоцитів у мазках з піхви, лімфорею, кров'янисті виділення при відторгненні струпу фіксували в 1 (4,5%) хворій.

Кольпоскопічне обстеження у динаміці після радіохвильової деструкції ектопії шийки матки засвідчило прискорення процесів епітелізації шийки матки у пацієток основної групи, які до і після проведення інтервенційного втручання на шийці матки отримували комплексну системну і топічну терапію Депантолом (табл. 3).

Отримані дані дозволяють припустити, що у певній частині жінок раннього репродуктивного віку вихідна фізіологічна ектопія шийки матки ускладнюється приєднанням запального процесу піхви і шийки матки, розвитком дисбіотичних процесів після початку статевого життя. І патогенетично обґрунтованим методом терапії у цих випадках є не тільки відновлення стану мікробіоти піхви з використанням препарату, який справляє антисептичну, метаболічну та регенерувальну дію на слизові оболонки статевих органів, але й усунення системних (у першу чергу дефіциту вітаміну D) і гормональних порушень, що посилює ефекти топічної терапії. Водночас не завжди обґрунтовані інтервенційні методи лікування неускладненої ектопії шийки матки зумовлюють неефективність зворотного розвитку процесу навіть при застосуванні ефективної системної і місцевої терапії, яка справляє виражений позитивний щодо усунення проявів вагініту, ендocerвіциту ефект, однак не усуває змін, спричинених склерозуванням, рубцюванням та порушенням мікроциркуляції, у тканинах шийки матки.

Таблиця 3

Наслідки диференційованої діагностично-лікувальної тактики щодо ектопії шийки матки

Досліджувані показники	Основна група, n=34	Група порівняння, n=34
Повна епітелізація після комплексної системної та топічної терапії Депантолом вперше виявленої ектопії шийки матки, n (%)	6 (40,0)	4 (25,0)
Відторгнення струпу, доба	7,9±0,1	9,2±0,3*
Часткова епітелізація, доба	19,2±2,1	28,2±3,5*
Повна епітелізація, доба	30,5±1,9	42,4±3,1*
Повний лікувальний ефект, %	95,5	84,0*
Ускладнення після деструкції ектопії шийки матки, %	4,5	16,0*
Рецидив ектопії шийки матки протягом року, %	-	16,0*

Примітка: * – $p < 0,05$ між групами.

Отриманий виражений клінічний ефект, зумовлений проведенням адекватної, комплексної передопераційної підготовки, спрямованої не тільки безпосередньо на вогнище ураження, але й відновлення імунного статусу та гормонального гомеостазу. Важливе значення має отримання додаткового регенерувального і метаболічного впливу на тканини шийки матки в післяопераційний період, що разом із анти-септичним ефектом чинить Депантол.

ВИСНОВКИ

Комплексна перед- і післяопераційна терапія з використанням місцевого застосування препарату Депантол у пацієнок з ектопією шийки матки дозволяє досягти стійкої корекції дисбіотичних порушень нижніх відділів генітального тракту, як за рахунок зменшення бактеріального обмінення, так і змін якісного і кількісного складу мікрофлори, у тому числі збільшення кількості ендогенних лактобактерій.

Оптимизация тактики ведения пациенток с осложненной эктопией шейки матки В.И. Пирогова, Ю.Ю. Мазур, С.А. Шурпяк

Сохранение значительной частоты патологии шейки матки, склонность к длительному, рецидивирующему течению, возможность злокачественной трансформации обуславливают актуальность поиска эффективных методов лечения.

Цель исследования: разработка и оценка эффективности алгоритма ведения пациенток с осложненной формой эктопии шейки матки.

Материалы и методы. Проведено комплексное обследование и лечение 68 женщин в возрасте 18–35 лет с эктопией шейки матки. Выполняли УЗД органов малого таза, простую и расширенную кольпоскопию, исследование функции щитовидной железы, D-статуса, гормонального баланса, микробиоты влагалища, цитологическое исследование мазков из шейки матки. Слепым методом в зависимости от методики лечения пациентки были распределены на две группы по 34 женщины. Пациенткам основной группы проводили системную коррекцию D-дефицита, дисгормональных расстройств курсовым приемом препаратов Эпигалин по 1 капсуле трижды в сутки, Аквадетрим в дозе 3000 МО/сут и местным применением суппозиториев Депантол (дважды в сутки в течение 10 дней до и на протяжении 10 дней после вмешательства, начиная с 5-х суток); в группе сравнения обследование и ведение пациенток проводили соответственно действующим рекомендациям МЗ Украины.

Результаты. После десятидневного курса системной и местной терапии Депантолом в основной группе получено снижение частоты эндосервицита с 41,2% до 5,9%, увеличение частоты нормоценоза влагалища с 8,8% до 88,2% с нормализацией цитологической картины – увеличение количества I типа мазка по Папаниколу с 29,4% до 94,1%; визуально и при кольпоскопии установлено отсутствие эктопии шейки матки (впервые обнаруженной) у 40,0% женщин основной группы при 25,0% в группе сравнения.

Заключение. Комплексная пред- и послеоперационная терапия с топическим применением препарата Депантол у пациенток с эктопией шейки матки позволяет достичь стойкой коррекции дисбиотических нарушений за счет уменьшения бактериального обсеменения, качественного и количественного изменения микрофлоры, увеличения количества эндогенных лактобактерий. Нормализация гормонального гомеостазу, коррекция D-статуса за счет синергичного действия Эпигалина, Аквадетрима позволяют повысить эффективность топических терапевтических мероприятий, сократить сроки эпителизации шейки матки, снизить частоту осложнений после деструкции и рецидивов эктопии шейки матки. Ведение пациенток с эктопией шейки матки на основе предложенных диагностико-лечебных мероприятий, направленных на коррекцию микрофлоры влагалищного биотопа, активизацию иммунитета, нормализацию гормонального баланса, усиление репаративных процессов шейки матки, способствует повышению эффективности лечения как впервые выявленных, так и осложненных форм эктопии шейки матки с 84,0% до 95,5%, уменьшает необходимость применения деструкции очага поражения.

Ключевые слова: эктопия шейки матки, радиоволновая деструкция, Депантол, Эпигалин, дефицит витамина D.

Нормалізація гормонального гомеостазу, корекція D-статусу організму і дисфункції щитоподібної залози за рахунок синергічної дії препарату Епігалін, водорозчинної форми вітаміну D, левотироксину у більшості випадків дозволяє підвищити ефективність топічних терапевтичних заходів, скоротити терміни епітелізації, знизити частоту ускладнень після деструкції патологічного вогнища і рецидивів ектопії шийки матки.

Ведення пацієнок з ектопією шийки матки на підставі запропонованих діагностично-лікувальних заходів, спрямованих не тільки на корекцію мікрофлори вагінального біотопу, але і на активацію імунітету, нормалізацію гормонального балансу, посилення репаративних процесів шийки матки, сприяє підвищенню ефективності лікування як неускладнених, так і ускладнених форм ектопії шийки матки з 84,0% до 95,5%, зменшує необхідність застосування деструкції вогнища ураження.

Optimization of management tactics for patients with complicated cervical ectopy V.I. Pyrohova, Yu.Yu. Mazur, S.A. Shurpyak

Preservation of a significant frequency of cervical pathology and a tendency to long-term recurrent course, the possibility of malignant transformation predetermine the urgency of finding effective methods of treatment.

The objective: develop and evaluate the effectiveness of managing algorithm for patients with complicated form of cervical ectopy.

Patients and methods. Was carried comprehensive examination and treatment of 68 women aged 18–35 years with cervical ectopy. Were performed pelvic organs ultrasound, simple and advanced colposcopy, investigation of thyroid function, D-status, hormonal balance, vaginal microbiota, cytological examination of cervical smears. By blind method, depending on treatment method patients were divided into two groups of 34 women. Patients of the main group underwent systemic correction of D-deficiency, dysgormonal disorders by Epigalin 1 capsule three times a day, Aquadetrim at a dose of 3000 MO/day and topical application of Depantol suppositories (twice a day for 10 days before and 10 days after intervention, starting from 5 days), in the group of comparison, examination and management of patients were carried out according to the current recommendations of Ukraine Ministry of Health.

Results. After 10-day course of systemic and topical therapy by Depantol in the main group we observed a reduction in the frequency of endocervicitis from 41,2% to 5,9%, an increase of vagina normocenosis percentage from 8,8% to 88,2% with normalization of the cytological pattern – an increase in the percentage of I type of Pap smear from 29,4% to 94,1%; visually and with colposcopy, healing of cervical ectopia (first detected) was found in 40,0% of women at 25,0% in the comparison group.

Conclusion. Complex pre- and postoperative therapy with topical application of Depantol in patients with cervical ectopy allows to achieve a stable correction of dysbiotic disorders due to a decrease in bacterial contamination, qualitative and quantitative changes in microflora, and an increase in the number of endogenous lactobacilli. Normalization of hormonal homeostasis, correction of D-status due to the synergistic effect of Epigaline, Aquadetrim allows to increase the effectiveness of topical therapeutic measures, which allows reducing the time of cervix epithelization, to reduce frequency of complications after destruction and to reduce the frequency of recurrences of cervical ectopy. The management of patients with cervical ectopy based on the proposed diagnostic treatment measures aimed correction of the microflora of the vaginal biotope, activation of immunity, normalization of the hormonal balance, enhancement of the reparative processes of the cervix and helps to improve the effectiveness of treatment for both newly diagnosed and complicated forms of cervical ectopy from 84.0% to 95.5%, reduces need in lesion destruction.

Key words: cervical ectopy, radio wave destruction, Depantol, Epigaline, vitamin D deficiency.

Депантол®

супозиторії вагінальні

Декспантенол 100 мг Хлоргексидин 16 мг
Поліетиленоксидна основа



Депантол® – унікальне поєднання санації та покращення вагінальної трофіки

Інформація в цьому інформаційному матеріалі призначена виключно для спеціалістів охорони здоров'я.
Депантол, супозиторії вагінальні, розчин для зовнішнього застосування. Протимікробний та антисептичний засіб, що застосовується в гінекології.
Код АТС G01AX. Можливі алергічні реакції, свербіж.
Р.П. №UA/12910/01/01 від 13.05.2013, видане МОЗ України. Виробник: «Нижфарм», Росія.
Лікарський засіб має протипоказання. Більш повна інформація міститься в інструкції для медичного застосування. Зберігати в місцях, що недоступні дітям.



Сведения об авторах

Пирогова Вера Ивановна – Кафедра акушерства, гинекологии и перинатологии ФПДО «Львовский национальный медицинский университет имени Данила Галицкого», 79010, г. Львов, ул. Пекарская, 69. E-mail: *pyroh@mail.lviv.ua*

Шурпак Сергей Александрович – Кафедра акушерства, гинекологии и перинатологии ФПДО «Львовский национальный медицинский университет имени Данила Галицкого», 79010, г. Львов, ул. Пекарская, 69

Мазур Юлия Юрьевна – Кафедра акушерства, гинекологии и перинатологии ФПДО «Львовский национальный медицинский университет имени Данила Галицкого», 79010, г. Львов, ул. Пекарская, 69

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Анализ причин рецидивирования эктопии шейки матки после коагуляции / Н.Ф. Хворостухина, Ю.В. Михеева, Д.А. Новичков [и др.] // Фундаментальные исследования. – 2014. – 10 (3). – С. 562–566.
2. Бадретдинова Ф.Ф. Репродуктивная функция женщин после деструктивных операций на шейке матки / Ф.Ф. Бадретдинова, В.В. Картунова // Акушерство, гинекология и репродукция. – 2015. – № 1. – С. 54–58.
3. Буртушкина Н.К. Эффективность радиоволнового метода лечения доброкачественных заболеваний шейки матки / Н.К. Буртушкина, А.Ф. Курперт // Сибирский медицинский журнал. – 2011. – № 2. – С. 74–76.
4. Ваганова С.Е. Комбинированное лечение доброкачественных заболеваний шейки матки / С.Е. Ваганова // Акушерство и гинекология. – 2010. – № 5. – С. 116–120.
5. Кулавский В.А., Насырова С.Ф. Псевдозрозия шейки матки у нерожавших женщин (клиника, диагностика, лечение). – Уфа, 2000. – 153 с.
6. Михеева Ю.В. Современный подход к лечению осложненной эктопии шейки матки / Ю.В. Михеева, Н.Ф. Хворостухина, Д.А. Новичков // Акушерство, гинекология и репродукция. – 2016. – № 2. – С. 24–31.
7. Прилепская В.Н. Патология шейки матки и генитальные инфекции. – М.: МЕДпресс-информ, 2008. – 385 с.
8. Роговская С.И. Комплексная терапия заболеваний шейки матки с применением препаратов депантол и лавомакс / С.И. Роговская, Л.А. Терехнева, Н.М. Подзолкова // Акушерство и гинекология. – 2014. – № 10. – С. 95–103.
9. Роговская С.И. Микробиоценоз влагалища и цервикальная патология / С.И. Роговская // Consilium Medicum. – 2014. – 16 (6). – С. 51–55.
10. Active squamous metaplasia of the cervical epithelium associated with subsequent acquisition of human papillomavirus 16 infection among healthy young women / Hwang L.Y., Ma Y., Shiboski S.C. [et al.] // J. Infect. Dis. – 2012. – 206 (4). – P. 504–511.
11. International terminology of colposcopy: an updated report from the International Federation for cervical pathology and colposcopy / Walker P. [et al.] // Obstet. Gynecol. – 2003. – 101 (1). – P. 1775–1777.
12. Tempera G. Management of aerobic vaginitis / G. Tempera, P.M. Furneri // Gynecol. Obstet. Invest. – 2010. – Vol. 70, № 4. – P. 244–249.

Статья поступила в редакцию 20.04.17