

Клінічний досвід в оптимізації репаративних процесів шийки матки після деструктивно-хірургічних втручань

О.А. Таран, О.В. Булашенко, Д.Г. Коньков, Т.В. Лобастова
Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

Мета дослідження: оцінити терапевтичну схему, спрямовану на покращання регенерації епітелію слизової оболонки шийки матки після проведення лазерної вапоризації у жінок репродуктивного віку із ЦІН 1, з включенням вагінального гелю на основі декаметоксину та гіалуронової кислоти.

Матеріали та методи. Обстежено 60 жінок репродуктивного віку з ЦІН 1, підтверженої гістологічним дослідженням, яким була виконана лазерна вапоризація. До основної клінічної групи увійшли 30 жінок, яким призначали вагінальнийгель на основі декаметоксину та гіалуронової кислоти (Гінодек®) 5 мл на 7–10-у добу після проведення лазерної вапоризації курсом 14 днів. До групи порівняння увійшли 30 пацієнок, яким після лазерної деструкції шийки матки була призначена стандартна терапія. За допомогою кольпоскопії проводили візуальний контроль репаративних процесів шийки матки. За результатами мікробіологічного дослідження проводили оцінювання біоценозу піхви. Визначали профіль безпеки терапевтичної схеми з включенням до неї вагінального гелю на основі декаметоксину та гіалуронової кислоти (Гінодек®).

Результати. Було доведено, що використання вагінального гелю Гінодек® у пацієнок із ЦІН 1 після лазерної вапоризації приводило до більш швидкої та повноцінної епітелізації ранової поверхні, ніж використання стандартної терапії (ВР 1,56; 95% ДІ: 1,08–2,26; $p=0,02$). Через 2 міс після застосування вагінального гелю на основі декаметоксину та гіалуронової кислоти визначали достовірне збільшення кількості випадків нормалізації вагінальної мікробіоти (ВР 1,44; 95% ДІ: 1,04–2,00; $p=0,03$), збільшення кількості лактобацил у вагінальному секреті (ВР 1,50; 95% ДІ: 1,03–2,19; $p=0,04$) та зменшення кількості випадків вагінального кандидозу (ВР 1,27; 95% ДІ: 1,005–1,61; $p=0,045$). Не було відзначено жодної побічної дії на організм жінки під час використання вагінального гелю Гінодек® як за час проведення терапії, так і у більш пізній період.

Заключення. Отримані результати свідчили про пришвидшення репаративних процесів шийки матки, зниження мікробного ефекту та безпечність під час використання вагінального гелю Гінодек® після проведення лазерної вапоризації у жінок із ЦІН 1.

Ключові слова: цервікальна неоплазія, лазерна вапоризація, вагінальна мікробіота, епітелізація, Гінодек®.

За останні 15 років захворюваність на рак шийки матки у жінок репродуктивного віку підвищилася більш ніж у два рази, посідаючи перше місце серед всіх онкологічних захворювань у жінок віком до 30 років. У структурі смертності від злоякісних новоутворень жінок молодше 30 років рак шийки матки становить 9,8%, а у віці 30–39 років – 21,7% [6].

У гінекологічній практиці велике значення мають передракові внутрішньоепітеліальні ураження високого та низького ступеня, рання діагностика яких дозволяє провести своєчасне та адекватне лікування. Цервікальна інтраепітелі-

альна неоплазія (ЦІН) – це зміни епітелію шийки матки, які полягають у порушенні стратифікації середнього і базального шару з порушенням шаруватості. Сприятливим тлом для формування передракової неоплазії шийки матки є тривале інфікування ВПЛ, порушення тканинного гомеостазу внаслідок взаємопов'язаних дисбалансів резидентної мікрофлори, місцевого імунітету і клітинних змін епітеліального шару [1, 5].

З огляду на те, що цервікальна неоплазія є етапом до малігнізації плоского епітелію, основним завданням лікаря-гінеколога стає попередження прогресування неоплазії у преінвазивний та інвазивний рак шийки матки. Останні дані свідчать про те, що мажор-класи ураження шийки матки (ЦІН 2, ЦІН 3) слід розглядати з позиції хірургічного лікування, у той час як ураження легкого ступеня (ЦІН 1) можуть бути проліковані шляхом консервативної терапії. Але за відсутності ефекту від консервативної терапії у пацієнок з ВПЛ протягом 2 років рекомендовані хірургічні методи лікування, оскільки у 12–25% жінок з ВПЛ та ЦІН 1 протягом 4 років може відбутися прогресія цервікальної неоплазії [4].

За даними літератури, найпоширенішими є методи, в основі яких лежить використання у якості лікувального впливу методів діатермокоагуляції, радіохвильового впливу, енергії квантового випромінювання (лазери) та низьких температур (кріодеструкція) [2, 4, 7].

Діатермокоагуляція донедавна була найпоширенішим методом лікування. Фактором впливу діатермокоагуляції є тепло, яке утворюється під час проходження струму через тканину. Частота рецидивів захворювань при використанні даного методу доходить до 60%. Висока травматичність методу створює небезпеку кровотечі, рубцевої деформації шийки матки, що є можливою причиною скасування застосування діатермокоагуляції для лікування захворювань шийки матки у жінок репродуктивного віку.

Механізмом дії кріодеструкції шийки матки є миттєва та інтенсивна кристалізація води у зоні впливу [7]. У результаті усі мембранні структури клітин руйнуються, відбуваються порушення мікроциркуляції на тканинному рівні та ішемія. Проте зазначений метод лікування уражень шийки матки також має недоліки: відносно невелика й недостатньо контрольована глибина лікувального впливу, необхідність захоплення великих ділянок прилеглої тканини, крім того, неможливість локального видалення патологічної ділянки з мінімальною травматизацією підлеглих тканин. Відносно висока частота рецидивів захворювань шийки матки після проведення даної терапії спостерігається у 15–40% випадків [2].

До переваг лазерної терапії належать:

- незначна травматизація тканин,
- відсутність стенозу каналу шийки матки,
- стерилізувальний ефект лазерного випромінювання,
- відносно рідкісні випадки кровотечі,
- контроль глибини впливу,
- можливість захоплення великих за площею уражень.

Загоєння «лазерних» ран відбувається швидко за рахунок меншої лейкоцитарної інфільтрації, що виникає під час формування лазерного дефекту тканин, скорочення фаз ексудації та проліферації [3].

Принцип роботи радіохвильової хірургії полягає не в коагуляції тканини, а в її випаровуванні шляхом порушення стабільності власних електромагнітних диполів води, з яких складається тканина. Відзначаються висока атравматичність, значна легкість розтину тканин та хороший гемостаз, відсутність грубого струпа, менш виражені рубцеві зміни шийки матки. До переваг методу належать: мінімальний набряк тканин, який скорочує фазу ексудації, відсутність болю під час операції й у післяопераційний період, стерилізувальний ефект випромінюваних радіохвиль [4].

Проте слід зазначити, що будь-яка післяопераційна травма шийки матки є причиною пошкодження фізіологічного бар'єра. Цервікальний слиз у каналі не утримується, що супроводжується зниженням місцевого імунітету та подальшим проникненням інфекції. Передракові стани, що становлять високий ризик виникнення раку шийки матки, часто формуються на тлі рубцевої деформації шийки матки, коли відбувається порушення іннервації, рецепції й трофіки шийки [3]. Саме тому підвищення частоти хірургічних втручань на шийці матки в Україні при передраковій та фоновій патології у жінок репродуктивного віку підтверджує необхідність досліджень оптимізації репаративних процесів шийки матки із використанням високоефективних мультикомпонентних лікарських засобів.

Зазначеним вище характеристикам відповідає вагінальний гель Гінодек[®], до складу якого входить декаметоксин та гіалуронова кислота. Гінодек[®] підтримує рН та вологість слизової оболонки піхви і шийки матки, завдяки чому допомагає формувати нормальну мікрофлору, захищає від різних інфекційних агентів, усуває дискомфорт та сухість у статевих органах. Декаметоксин чинить антимікробну, протигрибкову дію та концентрується на цитоплазматичній мембрані (ЦПМ) мікробної клітини і з'єднується з фосфатидними групами ліпідів мембран, порушуючи проникність ЦПМ мікроорганізмів. Декаметоксин високоактивний стосовно мікроорганізмів, стійких до антибіотиків. Декаметоксин не всмоктується слизовими оболонками, непошкодженою шкірою та рановою поверхнею. Гіалуронова кислота має властивість зв'язувати воду, чим забезпечує підтримання вологості у слизовій оболонці піхви, проявляє регенерувальні та ранозагоювальні властивості, а також покращує відновлювальні процеси у слизовій оболонці піхви та шийки матки.

Мета дослідження: оцінити терапевтичну схему, спрямовану на покращання регенерації епітелію слизової оболонки шийки матки після проведення деструктивно-хірургічного втручання — лазерної вапоризації у жінок репродуктивного віку із ЦІН 1, з включенням вагінального гелю на основі декаметоксину та гіалуронової кислоти (Гінодек[®]).

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Об'єктом для дослідження репаративних процесів шийки матки та відновлення біоценозу піхви після проведення лазерної вапоризації стали 60 жінок репродуктивного віку з ЦІН 1, підтвердженої гістологічно. Дослідження було проведено на клінічній базі кафедри акушерства і гінекології № 1 ВНМУ імені М.І. Пирогова за період березень 2017 – квітень 2019 р.

Пацієнтам проводили обстеження, що включало кольпоскопію, цитологічне, гістологічне та мікробіологічне дослідження. Комплексне лікування полягало у проведенні лазерної вапоризації шийки матки з подальшим призначен-

ням препарату для регенерації епітелію слизової оболонки шийки матки.

Лазерну вапоризацію здійснювали при застосуванні діодного лазера «Ліка-хірург» (далі ЛГ), що працює в інфрачервоному діапазоні, з довжиною хвилі 940 нм, терапевтичною вихідною потужністю 18 Вт (свідоцтво про державну реєстрацію № 4710/2006). Під час оброблення за допомогою лазера патологічної ділянки застосовували вплив розфокусованим лазером приблизно 1 см². Лікування лазерним методом проводили у першу фазу менструального циклу за наявності мазків 2-го ступеня чистоти.

Залежно від умов дослідження хворі були розподілені на дві групи:

- до основної клінічної групи увійшли 30 жінок, яким призначали вагінальний гель Гінодек[®] 5 мл на 7–10-у добу після проведення лазерної вапоризації курсом 14 днів;
- до групи порівняння увійшли 30 пацієнок, яким після лазерної вапоризації шийки матки була призначена стандартна терапія, що не передбачала використання 0,1% гіалуронової кислоти та 0,02% декаметоксину.

Критерії включення у дослідження:

1. Згода та можливість брати участь у дослідженні
2. Вік від 18 до 40 років
3. Наявність ЦІН 1 (із гістологічною верифікацією).

Критерії виключення з дослідження:

1. Клінічне підтвердження наявності інфекційного або запального процесу у ділянці оперативного втручання
2. Наявність інфекційного процесу в організмі хворої, що може зумовити інфікування рани
3. Наявність цукрового діабету
4. ВІЛ-інфекція, СНІД
5. Імуносупресивні стани, що не пов'язані з ВІЛ/СНІД
6. Вік понад 40 років.

Усім жінкам було рекомендовано не застосовувати спринцювання, інтравагінальні або системні протимікробні препарати, крім призначеної терапії, а також обов'язково утримуватися від статевих зв'язків.

Першочергові критерії оцінювання ефективності:

- Візуальне визначення стану слизової оболонки: епітелію, ранової поверхні, наявності/відсутності запального/некротичного процесу.

Другорядні критерії оцінювання ефективності:

- Визначення біоценозу піхви (згідно з результатами мікробіологічного дослідження).

Критерії оцінювання безпеки:

- Контроль за переносимістю та станом пацієнтів, які отримували у схемі лікування вагінальний гель Гінодек[®].

Матеріалом для бактеріоскопічного та бактеріологічного досліджень було вагінальне відокремлюване, забір якого здійснювали з заднього склепіння піхви, а транспортування проводили в анаеробних умовах.

Первинний огляд після лікування проводили через 1 міс, у першу фазу менструального циклу, оскільки початкова епітелізація триває більше 24 днів. Через 2 міс було виконано бактеріоскопічне дослідження. Через 3 міс усім пацієнткам була виконана кольпоскопія та проведено бактеріологічне та цитологічне дослідження. Остаточний огляд виконували через 6 міс після проведення терапії (кольпоскопія, цитологічне дослідження та ВПЛ-тестування).

Варіаційно-статистичне оброблення результатів дослідження було виконане за допомогою програм SPSS Statistics 22 и StatSoft «Statistica 13» з визначенням основних варіаційних показників: середніх величин (M), середніх похибок (m), середньоквадратичних відхилень (p). При різних видах статистичного аналізу критичне значення рівня значущості приймали рівним 0,05.

Вагінальна мікробіота у жінок з патологією шийки матки залежно від виду післяопераційної терапії через 2 міс після лазерної вапоризації, абс. число/%

Лактобактерії	Основна група, n=30	Група порівняння, n=30
10 ⁶ –10 ⁸	24/80,0*	16/53,3
10 ⁵ –10 ⁶	3/10,0	9/30,0*
<10 ⁵	3/10,0	5/16,7

Примітка. * – Відмінності статистично значущі у межах групи дослідження (p<0,05).

Склад анаеробної умовно-патогенної флори у жінок з патологією шийки матки через 3 міс після деструктивно-хірургічної терапії

Показник	Основна група, n=30		Група порівняння, n=30	
	Абс. число	%	Абс. число	%
Gard.vag./Prev.bivia/ Porph.spp.	-	-	6	20,0
Eubacterium spp.	2	6,7	8	26,7
Sneathia spp/ Lepto.spp./ Fusobac.spp.	2	6,7	5	16,7
Megasphaera spp/ Veillonella spp/ Dialister spp.	-	-	3	10,0
Lachnobac.spp/ Clostr.spp	-	-	4	13,3
Mobiluncus/ Corynebac.spp	1	3,3	6	20,0
Peptostreptococcus	-	-	2	6,7
Atopobium vaginae	1	3,3	5	16,7

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Під час аналізу результатів лікування ЦІН 1 виділяли наступні визначення:

- повний ефект – наявність завершеного процесу епітелізації, що характеризувалося кольпоскопичними ознаками багаточарового плоского епітелію по всій поверхні екзоцервікса через 1 міс після лікування;
- відсутність або неповний ефект – наявність неповної епітелізації шийки матки або збереження патологічної ділянки меншого діаметра протягом трьох місяців після констатації неповного ефекту;
- рецидив – повторна поява того самого захворювання шийки матки через три та більше місяців після досягнення повного ефекту.

Через 1 міс після лазерної вапоризації шийки матки візуально було відзначено зменшення зони набряку та гіперемії у пацієток основної клінічної групи порівняно із аналогічним пейзажем у групі порівняння. У пацієток із ЦІН 1 (основна клінічна група) повну епітелізацію відзначали у 25 (83,3%) жінок, які отримували вагінальний гель Гінодек®. Тоді як у пацієток групи порівняння повна епітелізація через 1 міс була діагностована у 16 (53,3%) випадках (ВР 1,56; 95% ДІ: 1,08–2,26; p=0,02). До того ж хотілося б відзначити, що рясні водянисті або сукровичні виділення у пацієток основної клінічної групи тривали 15,2±2,4 доби, що було менше, ніж у жінок групи порівняння – 23,2±3,6 доби, хоча й зазначена відмінність не була достовірною. У групі порівняння процеси репарації були дещо сповільнені: у 5 жінок визначені ознаки запалення шийки матки, в одному випадку діагностовано некротичні зміни.

Бактеріологічне дослідження, проведене через 2 міс, виявило, що у більшості обстежених жінок клінічних груп даного проспективного дослідження якість вагінального вмісту відповідає показникам нормоценозу. У 26 пацієток з основної групи відзначали нормальний стан генітального біоценозу (86,7%), при цьому подібний результат у групі порівняння був діагностований лише у 18 (60,0%) пацієток (ВР 1,44; 95% ДІ: 1,04–2,00; p=0,03).

Аналіз вагінальної мікробіоти груп клінічного дослідження допоміг встановити зміни кількості лактобацил через 3 міс після оперативного лікування (табл. 1).

В основній клінічній групі (ЦІН 1) у 24 (80,0%) пацієток, які використовували вагінальний гель Гінодек® після проведення лазерної вапоризації інтраепітеліальних уражень шийки матки, виявлено достовірно більшу кількість лактобацил у вагінальному секреті порівняно із 16 (53,3%) представниками з групи порівняння (ВР 1,50; 95% ДІ: 1,03–2,19; p=0,04).

Під час дослідження мікробіоценозу піхви ми також звертали увагу на кількісний склад умовно-патогенних мікроорганізмів у цервікальному слизі (табл. 2). Було відзначено, що внаслідок використання вагінального гелю Гінодек® курсом 14 днів відбулося достовірне зменшення показників анаеробної умовно-патогенної флори порівняно з такими у жінок з групи порівняння.

По-перше, в основній групі була відсутня Gardnerella vaginalis та ін., тоді як у групі порівняння подібна знахідка була виявлена у 6 пацієток (20,0%). Кількість випадків діагностики Eubacterium spp. була достовірно нижчою після лікування гелем Гінодек® у групах жінок з ЦІН 1, ніж у пацієток з ЦІН 1 після стандартної терапії (ВР 1,27; 95% ДІ: 1,005–1,61; p=0,045). Також хотілося б зазначити через 3 міс від початку деструктивно-хірургічної терапії порівняльне зменшення випадків діагностування комплексу Mobiluncus/ Corynebac spp. після лікування пацієток із ЦІН 1 (ВР 1,21; 95% ДІ: 1,00–1,46; p=0,05).

Під час аналізу структури збудників урогенітальної інфекції у хворих жінок з ЦІН 1 привернула увагу майже повна відсутність патогенів у цервікальному слизі (табл. 3). Уреаплазмозна інфекція була виявлена у 5 (16,7%) пацієток групи порівняння та лише в 1 (3,3%) жінки, яка у післяопераційний період використовувала вагінальний гель Гінодек® (ВР 1,16; 95% ДІ: 0,97–1,40; p=0,09).

Хоча й кандидоз був діагностований у 10 (16,7%) хворих на ЦІН 1 жінок через 3 міс після проведеної комбінованої терапії, хотілося б відзначити, що у більшості випадків кількість збудників (Candida albicans) була незначно збільшена (10^{2,5}–10^{4,0}). При тому, що міжгруповий аналіз свідчив про достовірне переважання випадків вагінального кандидозу у пацієток, які не отримували місцево 0,1% гіалуронової кислоти та 0,02% декаметоксину (ВР 1,27; 95% ДІ: 1,005–1,61; p=0,045).

Структура збудників урогенітальних інфекцій у жінок з інтраепітеліальною неоплазією шийки матки за 3 міс після лазерної вапоризації

Збудники урогенітальної інфекції	ЦІН 1			
	Основна група, n=30		Група порівняння, n=30	
	Абс. число	%	Абс. число	%
Chlamidia trachomatis	-	-	-	-
Trichomonas vaginalis	-	-	-	-
Herpes simplex virus II	-	-	-	-
Cytomegalovirus	-	-	-	-
Мікоплазмозна інфекція	-	-	1	3,3
Уреаплазмозна інфекція	1	3,3	5	16,7
Кандидоз	2	6,7	8	26,7

Через три місяці після оперативного лікування однією з особливостей репаративних процесів після впливу лазера, виявлених за допомогою кольпоскопії, була виражена васкуляризація епітеліальної поверхні. Нормальна кольпоскопічна картина (або повна епітелізація) характеризувалася наявністю багат шарового плоского епітелію по всіх зонах та квадрантах шийки матки, епітеліальний стик збережений, строма звичайна, судини задовільно реагували на 3% розчин оцтової кислоти, проба Шиллера була позитивною. Стосовно часу повної репарації післяопераційних ранових дефектів шийки матки, то у пацієнток груп клінічного дослідження вони визначалися у термін $31,4 \pm 3,6$ доби та $37,9 \pm 4,1$ доби відповідно для жінок основної групи та групи порівняння. Загоєння операційної рани у пацієнток основної клінічної групи (із використанням вагінального гелю Гінодек®) відбувалося на тлі формування нижнього струпа, без подальшого розвитку рубцевої тканини.

Під час проведення цитологічного дослідження після трьох місяців від завершення терапії в обох групах відзначали достовірне поліпшення якості цитологічної картини: зменшення кількості спостережень цитологічної картини третього класу та збільшення цитологічних змін, характерних для першого-другого класів.

Не було виявлено жодної побічної дії на організм жінок під час використання вагінального гелю Гінодек®, як за час проведення терапії, так і у більш пізній період.

На нашу думку, хороший терапевтичний ефект при використанні вагінального гелю Гінодек® був пов'язаний із тим, що

він підтримує рН та вологість слизової оболонки піхви і шийки матки, завдяки чому усуваються дискомфорт та сухість. Декаметоксин чинить антимікробну, протигрибкову дію, концентрується на цитоплазматичній мембрані мікробної клітини та з'єднується з фосфатидними групами ліпідів мембран, порушує проникність зазначеної мембрани мікроорганізмів. Гіалуринова кислота як природний полісахарид покриває слизову оболонку піхви та шийки матки, створює захисний бар'єр, сприяє загоєнню, знімає запальну реакцію, забезпечує підтримання вологості у слизовій оболонці піхви та шийки матки.

ВИСНОВКИ

1. Використання вагінального гелю на основі декаметоксину та гіалуринової кислоти (Гінодек®) у пацієнток із ЦІН 1 після лазерної вапоризації приводило до більш швидкої та повноцінної епітелізації ранової поверхні, ніж використання стандартної терапії (ВР 1,56; 95% ДІ: 1,08–2,26; $p=0,02$), що відповідає терапевтичним цілям лікаря.

2. Через 2 міс після застосування вагінального гелю Гінодек® спостерігалось достовірне збільшення кількості випадків нормалізації вагінальної мікробиоти (ВР 1,44; 95% ДІ: 1,04–2,00; $p=0,03$), збільшення кількості лактобацил у вагінальному секреті (ВР 1,50; 95% ДІ: 1,03–2,19; $p=0,04$).

3. Не було відзначено жодної побічної дії на організм жінок при використанні вагінального гелю Гінодек®, як за час проведення терапії, так й у більш пізній період, що свідчить про високий профіль безпеки.

безопасности терапевтической схемы с включением в нее вагинального геля на основе декаметоксина и гиалуроновой кислоты (Гинодек®).

Результаты. Было доказано, что использование вагинального геля Гинодек® у пациенток с ЦИН 1 после лазерной вапоризации приводило к более быстрой и полноценной эпителизации раневой поверхности, чем использование стандартной терапии (ОР 1,56; 95% ДИ: 1,08–2,26; $p=0,02$). Через 2 мес после применения вагинального геля Гинодек® определяли достоверное увеличение количества случаев нормализации вагинальной микробиоты (ОР 1,44; 95% ДИ: 1,04–2,00; $p=0,03$), увеличение количества лактобацилл в вагинальном секрете (ОР 1,50; 95% ДИ: 1,03–2,19; $p=0,04$) и уменьшение количества случаев вагинального кандидоза (ОР 1,27; 95% ДИ: 1,005–1,61; $p=0,045$). Не было отмечено ни одного побочного действия на организм женщин при использовании вагинального геля Гинодек®, как за время проведения терапии, так и в более поздний период.

Заключение. Полученные результаты свидетельствовали об ускорении репаративных процессов шейки матки, снижении микробного эффекта и о безопасности при использовании вагинального геля Гинодек® после проведения лазерной вапоризации у женщин с ЦИН 1.

Ключевые слова: цервикальная неоплазия, лазерная вапоризация, вагинальная микробиота, эпителизация, Гинодек®.

Клинический опыт в оптимизации репаративных процессов шейки матки после деструктивно-хирургических вмешательств О.А. Таран, О.В. Булаченко, Д.Г. Коньков, Т.В. Лобастова

Цель исследования: оценка терапевтической схемы, направленной на улучшение регенерации эпителия слизистой оболочки шейки матки после проведения лазерной вапоризации у женщин репродуктивного возраста с ЦИН 1, с включением вагинального геля на основе декаметоксина и гиалуроновой кислоты.

Материалы и методы. Обследовано 60 женщин репродуктивного возраста с ЦИН 1, подтвержденной гистологическим исследованием, которым была выполнена лазерная вапоризация. В основную клиническую группу вошли 30 женщин, которым назначали вагинальный гель на основе декаметоксина и гиалуроновой кислоты (Гинодек®) 5 мл на 7–10-е сутки после проведения лазерной вапоризации курсом 14 дней. В группу сравнения вошли 30 пациенток, которым после лазерной деструкции шейки матки была назначена стандартная терапия. С помощью кольпоскопии проводили визуальный контроль репаративных процессов шейки матки. По результатам микробиологического исследования проводили оценку биоценоза влагалища. Оценивали профиль

The clinical experience for optimizing the reparative processes of the cervix after destructive surgical interventions

O.A. Taran, O.V. Bulavenko, D.G. Konkov, T.V. Lobastova

The objective: to evaluate the therapeutic approach in order to improve regenerate the epithelium of the cervical mucosa and restore of the vaginal biocenosis after laser vaporization in women of reproductive age with CIN I with including the vaginal gel which consist of decametoxinum and hyaluronic acid.

Materials and methods. 60 women of reproductive age were examined with CIN I, confirmed by histological examination, which underwent laser vaporization. The main clinical group (n=30), for patients were prescribed 5 ml vaginal gel which consist of decametoxinum and hyaluronic acid (Ginodek®) for 7–10 days after laser vaporization with a course of 14 days. The comparison group were consisted of 30 patients who, after laser destruction of the cervix, were prescribed standard therapy. We were used colposcopy for visual inspection of the cervical

reparative processes. According to the results of a microbiological study, the vaginal biocenosis was evaluated. The side effects that were associated with the use of Ginodek® vaginal gel were evaluated.

Results. It was proved that the use of vaginal gel Ginodek® in patients with CIN I after laser vaporization resulted in faster and more complete epithelialization of the wound surface than the standard therapy (RR 1,56; 95% CI: 1,08–2,26; p=0,02). 2 months after the application of vaginal gel Ginodek®, we found significant increasing cases of normalization of vaginal microbiota (RR 1,44; 95% CI: 1,04–2,00; p=0,03), increase in the number of lactobacilli in the vaginal secretion (RR 1,50; 95% CI: 1,03–2,19; p=0,04) and a decrease in the number of cases of vaginal candidiasis (RR 1,27; 95% CI: 1,005–1,61; p=0,045). Not a single adverse effects on were noted when using vaginal gel Ginodek®, both during the course of therapy and at a later date.

Conclusion. The obtained results were testified to the acceleration of the reparative processes of the cervix, the reduction of the microbial effect and safety when using vaginal gel Ginodek® after laser vaporization in women with CIN I.

Key words: cervical neoplasia, laser vaporization, vaginal microbiota, epithelialization, Ginodek®.

Сведения об авторах

Таран Оксана Анатольевна – Кафедра акушерства и гинекологии № 1 Винницкого национального медицинского университета имени Н.И. Пирогова, 21018, г. Винница, ул. Пирогова, 56; тел.: (097) 538-12-06. E-mail: admission@vsmu.vinnica.ua
ORCID:0000-0002-8808-7539

Булаченко Ольга Васильевна – Кафедра акушерства и гинекологии № 2 Винницкого национального медицинского университета имени Н.И. Пирогова, 21018, г. Винница, ул. Пирогова, 56
ORCID: 0000-0003-1207-9046

Коньков Дмитрий Геннадьевич – Кафедра акушерства и гинекологии № 1 Винницкого национального медицинского университета имени Н.И. Пирогова, 21018, г. Винница, ул. Пирогова, 56
ORCID: 0000-0002-9375-7509

Лобастова Татьяна Валериевна – Кафедра акушерства и гинекологии № 1 Винницкого национального медицинского университета имени Н.И. Пирогова, 21018, г. Винница, ул. Пирогова, 56
ORCID:0000-0002-4480-5957

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Сучасний погляд на оптимальну терапію ВПЛ-асоційованої патології шийки матки на тлі вагінального дисбіозу / О.А. Таран, О.В. Булаченко, Д.Г. Коньков, Т.В. Лобастова// Репродуктивна ендокринологія. – 2018. – № 6 (44). – С. 16–20.
2. Arbyn M, Redman CWE, Verdoordt F, [et al.]. 2017. Incomplete excision of cervical precancer as a predictor of treatment failure: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Oncol.* 18(12):1665–79.
3. Castanon A, Landy R, Brocklehurst P, [et al.]. 2014. Risk of preterm delivery with increasing depth of excision for cervical intraepithelial neoplasia in England: nested case-control study. *BMJ.* 349:g6223.
4. Ebisch RM, Rovers MM, Bosgraaf RP, [et al.]. 2016. Evidence supporting see-and-treat management of cervical intraepithelial neoplasia: a systematic review and meta-analysis. *BJOG.* 123(1):59–66.
5. Kwasniewski W., Wolun-Cholewa M., Kotarski J. [et al.]. 2018. Microbiota dysbiosis is associated with HPV-induced cervical carcinogenesis. *Oncol Lett.* 16(6):7035–47.
6. Siegel RL, Miller KD, Jemal A. 2016. Cancer statistics. *CA Cancer J Clin.* 66:7–30.
7. Spinillo A, Gardella B, Iacobone AD, Dominoni M, Cesari S, Alberizzi P. 2016. Outcome of persistent low-grade cervical intraepithelial neoplasia treated with loop electrosurgical excision procedure. *J Low Genit Tract Dis.* 20(4):307–11.

Статья поступила в редакцию 22.04.2019