

ФОНОВІ ПРОЦЕСИ ШИЙКИ МАТКИ: ДЕЯКІ ПАТОГЕНЕТИЧНІ АСПЕКТИ ПРОБЛЕМИ ТА СУЧАСНІ МЕТОДИ ЛІКУВАННЯ

В.І.Юнгер, О.М.Макарчук

Івано-Франківський національний медичний університет

ФОНОВЫЕ ПРОЦЕССЫ ШЕЙКИ МАТКИ: НЕКОТОРЫЕ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРОБЛЕМЫ И СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ

В.И.Юнгер, О.М.Макарчук

Ивано-Франковский национальный медицинский университет

BACKGROUND PROCESSES OF THE UTERINE NECK: SOME PATHOGENETIC ASPECTS OF THE PROBLEM AND MODERN METHODS OF TREATMENT

V.I.Yunher, O.M.Makarchuk

Ivano-Frankivsk National Medical University

Резюме. Патологія шийки матки займає одне з перших місць у структурі гінекологічної захворюваності і немає тенденції до зниження. Доведено, що передрак, а в подальшому і рак шийки матки формуються на фоні доброякісних порушень багат шарового плоского епітелію. Відомо, що серед ініціюючих факторів, які викликають фонові та передракові процеси шийки матки, велике значення надається захворюванням, що передаються статевим шляхом, особливо, асоційовані з вірусом папіломи людини. Хронічні запальні процеси статевих органів у жінок репродуктивного віку є загальним полісистемним захворюванням, яке супроводжується втягуванням у патологічний процес імунної, ендокринної та симпатоадреналової систем. На даний час поширеність дисплазії шийки матки збільшується серед молодих жінок, більшість з яких бажають зберегти репродуктивну функцію. З цією метою розробляються нові методи лікування доброякісних захворювань шийки матки, які не здійснюють травматичної дії на тканини шийки матки. Нерідко після проведеної терапії тим чи іншим видом енергії виникають ускладнення і рецидиви захворювання, що вимагає для реабілітації пацієнток у післяопераційному періоді використання додаткових методів, які дозволили б прискорити терміни епітелізації після операційної рани, знизити частоту ускладнень, а головне, рецидивів доброякісних захворювань шийки матки.

Ключові слова: *фонові процеси шийки матки, інфекційний фактор, гормональний фон, методи деструкції.*

Резюме. Патология шейки матки занимает одно из первых мест в структуре гинекологической заболеваемости без тенденции к снижению. Доказано, что предрак, а в дальнейшем и рак шейки матки формируются на фоне доброкачественных нарушений многослойного плоского эпителия. Известно, что среди инициирующих факторов, вызывающих фоновые и предраковые процессы шейки матки, большое значение придается заболеваниям, передающимся половым путем, особенно, ассоциированные с вирусом папилломы человека. Хронические воспалительные процессы половых органов у женщин репродуктивного возраста являются общим полисистемным заболеванием, сопровождающимся втягиванием в патологический процесс иммунной, эндокринной и симпатоадреналовой систем. В настоящее время распространенность дисплазии шейки матки увеличивается среди молодых женщин, большинство из которых желают сохранить репродуктивную функцию. С этой целью разрабатываются новые методы лечения доброкачественных заболеваний, которые не осуществляют травматического действия на ткани шейки матки. Нередко после проведенной терапии тем или иным видом энергии возникают осложнения и рецидивы заболевания, требующей для реабилитации пациенток в послеоперационном периоде использование дополнительных методов, которые позволили бы ускорить сроки эпителизации послеоперационной раны, снизить частоту осложнений, а главное, рецидивов доброкачественных заболеваний шейки матки.

Ключевые слова: *фоновые процессы шейки матки, инфекционный фактор, гормональный фон, методы деструкции.*

Summary. Pathology of the cervix is one of the first places in the structure of gynecological morbidity and no downward trend. Proved that Precancer, and later formed cervical cancer on a background of benign disorders of multilayer flat epithelium. It is known that among the initiating factors causing background and precancerous cervical processes, great importance is attached to disease, sexually transmitted diseases, especially associated with human papilloma virus. Chronic inflammation of genital organs of women of reproductive age is common polyystemnym disease which is accompanied by retraction in the pathological process of immune and endocrine systems and sympatoa-drenalovoyi. Currently, the prevalence of cervical dysplasia is increasing among young women, most of whom wish to retain reproductive function. For this purpose, new methods of treatment of benign cervical diseases that do not carry a traumatic effect on cervical tissue. Often held after therapy by a kind of energy and there complications of disease recurrence., required for the rehabilitation of patients in the postoperative period the use of additional methods that would accelerate the timing of postoperative wound epithelization, lower frequency of complications, and most importantly, recurrence of benign cervical diseases.

Key words: *background processes of cervical infection factor, hormonal background, methods of destruction.*

Патологія шийки матки займає одне з перших місць у структурі гінекологічної захворюваності, і не дивлячись на впровадження нових методів діагностики і лікування, не спостерігається тенденції до зниження [1,2,16]. За даними ВООЗ в економічно розвинених державах за останні 10 років відзначено зростання дисплазій і омолодження раку шийки матки, в тому числі і у вагітних: захворюваність у молодих жінок зросла вдвічі. У світі щорічно реєструється біля 500 тис. випадків раку шийки матки, кожний другий із котрих закінчується смертю пацієнтки протягом першого року після встановлення діагнозу [4]. В Україні також існує несприят-

лива ситуація щодо раку шийки матки, який займає друге місце серед злоякісних новоутворень жіночих репродуктивних органів [1,2,4]. Доведено, що передрак, а в подальшому і рак шийки матки формуються на фоні доброякісних порушень багат шарового плоского епітелію. За даними ВОЗ, перехід дисплазії в рак in situ триває біля 3-8 років, потім протягом 10-15 років розвивається мікроінвазивний рак, що є приводом для особливого контролю за станом шийки матки, починаючи з раннього репродуктивного віку [4,11,17]. Відомо, що серед ініціюючих факторів, які викликають фонові та передракові процеси шийки матки, велике

значення надається заворуванням, що передаються статевим шляхом [2].

Серед факторів ризику неоплазій шийки матки: ранній початок статевого життя, сексуальна активність та часта зміна статевих партнерів, папіловірусна інфекція (ПВІ) та вірус простого герпесу (ВПГ), куріння (утворення у піхві канцерогенних речовин - нітрозамінів та котаніну), імунодефіцитні стани, застосування оральних контрацептивів, абортів та хірургічних втручання, гормональні порушення, неповноцінне харчування. Борисюк О.Ю та ін. (2007) вказують, що розвитку доброякісних процесів шийки матки у жінок із хронічними запальними процесами геніталій в значній мірі сприяють інфекції, що передаються статевим шляхом (хламідіоз, уреоплазмоз, ВГГ, ВПЛ, вульвовагінальний кандидоз тощо), при цьому, здебільшого, виявляється інфікування високо онкогенними типами ВПЛ [3], що становить 99,7% випадків, але наявність вірусу в макроорганізмі не завжди викликає розвиток захворювання. Згідно з епідеміологічними дослідженнями, щонайменше 95% випадків плоскоклітинних раків містять ДНК вірусу папіломи людини, причому персистуюче носійство ВПЛ є фактором ризику дисплазії та інвазивного раку шийки матки. За даними Sankaranarayanan R. et al. (2005) встановлено, що після виявленого інфікування ВПЛ цервікальна інтраепітеліальна неоплазія II-III (CIN II-III) через 3 роки розвивається у 27% жінок [15]. Кількість людей, інфікованих ВПЛ за останнє десятиліття у світі збільшилося більш, ніж у 10 разів. Важливо відзначити, що пік ГПВІ припадає на вікову групу 15-20 років, тобто на період репродуктивної та статевої активності жінок. Є дані, що приблизно третя сексуально активна жінка має різноманітні форми клінічних проявів ГПВІ. Результати довгострокових досліджень показали, що у 15-28% жінок з наявністю ВПЛ високого онкогенного ризику (типи 16, 18) протягом 2 років розвивається диспластичний процес або рак, у жінок з відсутністю ВПЛ захворювання діагностують лише у 1-3% випадків [1,3,17].

Чайка В.К. та співав. (2009) відзначили, що ранній початок статевого життя, вільна сексуальна поведінка та ігнорування методами бар'єрної контрацепції призводить до підвищеного інфікування ВПЛ-інфекцією високого онкогенного ризику у молоді. В анамнезі пацієнток, інфікованих ВПЛ-інфекцією, частіше зустрічаються епізоди перенесеного хламідіозу, уреоплазмозу, бактеріального вагінозу та іншої патології шийки матки, такої як цервіцити, ектопії циліндричного епітелію, легкі та помірні дисплазії. Тяжка дисплазія та кондиломи шийки матки виявляються виключно в інфікованих пацієнток. Пацієнтки, інфіковані ВПЛ-інфекцією високого онкогенного ризику, частіше мають рецидивуючий характер патології шийки матки та неодноразове використання таких деструктивних методів лікування, як обробка солковагіном, кріодеструкція та діатермокоагуляція [14].

Стійка тенденція до зростання частоти інфекцій, що передаються статевим шляхом, породжує ряд проблем, серед яких особливо небезпечним є руйнування бар'єрної функції шийки матки, що призводить до прогресування інфекції переважно у жінок фертильного віку, в тому числі і у вагітних, та до зростання акушерських і перинатальних ускладнень і до збільшення частоти злоякісної патології шийки матки [5]. Слизова піхви та шийки матки представляють першу лінію захисту від мікробних патогенів. Тому екобіологічні порушення, що приводять до відсутності лактобацилярної флори, створюють передумови для рецидивування запального процесу, підвищують вірогідність інфекційних ускладнень. Повноцінне відновлення струк-

тури та функції слизової шийки та піхви з появою природних лактобацилярних коменсалів у вагінальному біотопі – невід'ємна частина лікувальних міроприємств у пацієнтів, що перенесли ЗЗОТ. Хронічний рецидивуючий вагінальний кандидоз, що часто поєднується з бактеріальним вагінозом, визначає пригнічення як місцевої, так і загальної ланки імунних реакцій під впливом високого рівня простогландинів E_2 та зниження продукції інтерлейкіну-2. Крім того, завдяки наявності естроген-зв'язуючих протеїнів у *Candida albicans*, виникають порушення ефекту естрогенів на рівні клітин піхви. Це пошкоджує захисний бар'єр зі сторони епітелію піхви через зменшення кольпотрофічного ефекту естріолу. Зниження вмісту інтерлейкіну-2 здійснює і системний ефект при хронічному кандидозі, що приводить до порушення синтезу нейростероїдів і нейротрасмітерів у ЦНС. Зменшення рівня інтерлейкіну-2 є маркером аутоімунних реакцій, що проявляються у вигляді аутоантитіл до яєчникової тканини. Тому кандидозна інфекція підтримує хронічний оофорит, виснажуючи яйниковий резерв. Крім того, хронічні запальні процеси статевих органів у жінок репродуктивного віку є загальним полісистемним захворюванням, яке супроводжується втягуванням у патологічний процес імунної, ендокринної та симпатoadреналової систем. У хворих на хронічні запальні захворювання геніталій знижені функції гіпофізу, яєчників, у них може виникати дисфункція щитовидної залози, функціональні порушення регулювальних центрів гіпоталамусу, яєчник втягується в злуковий процес, порушується синтез гормонів та овуляція [8,9].

Подоляка Д.В. та співав (2007) виявили у вказаній категорії жінок зміни гормональної забезпеченості менструального циклу у вигляді відсутності преовуляторного піку ЛГ, помірне зниження рівня ФСГ на 14-й день менструального циклу, низькі рівні статевих гормонів, що свідчить про порушення процесів дозрівання фолікулів, овуляції та форсування жовтого тіла, що разом з тенденцією до підвищення коефіцієнту ЛГ/ФСГ та концентрації тестостерону в крові свідчать про можливу патогенетичну роль вірусно-бактеріальної інфекції в подальшому формуванні вторинного полікістозу яєчників у обстеженого контингенту жінок [7,10].

Жук С.І та співав. (2006) вказує, що центральним органом мікроекологічної системи людини є приепітеліальна захисна біологічна плівка, яка представляє собою шари слизу з імпантованими в них колоніями ендогенної мікрофлори, її метаболітами, молекулами SIg A та іншими захисними компонентами, що синтезуються макроорганізмом та його мікрофлорою. Саме вона є вагомим фактором протиінфекційного захисту, яка також виконує ряд інших важливих функцій, що сприяє підтриманню гомеостазу організму. Викликають інтерес спостереження щодо участі мікрофлори в метаболізмі естрогенів та андрогенів. Мікроорганізми здатні в різних варіантах реагувати зі стероїдними гормонами, беручи участь в утворенні активних метаболітів естронів. У свою чергу статеві гормони здатні змінювати адгезивність мікроорганізмів. При зміні складу мікрофлори кишечника створюються умови для неодноразової гепатоентеральної циркуляції активних метаболітів, що суттєво впливає на рівень гормонів у крові і сприяє реалізації ефекту пролонгованої дії естрогенів. Враховуючи поширеність дисбіотичних станів, існує думка, що порушення мікробіоценозу кишечника може індукувати зміну рівня естрогенів та прогестерону в сироватці крові та других біологічних рідинах організму. Як наслідок, можуть виникати різноманітні порушення оваріально-менструального циклу, гор-

монозалежні новоутвори молочних залоз та яйників [9].

Першим етапом патологічних змін плоского епітелію є ектопія (псевдоерозія). Це поширення одношарового циліндричного епітелію шийкового каналу за межі зовнішнього зіву на ектоцервікс, в нормі покритий багат шаровим плоским епітелієм. Частота ектопій циліндричного епітелію складає 38,8%, при наявності гінекологічних захворювань цей процент підвищується до 49,2%, а у жінок, які не народжували, до 25 років – до 52-90% [11].

Бохман Я.В. (1964) сформулював загальні принципи лікування фонічних захворювань шийки матки: вони повинні передбачати ліквідацію патологічного вогнища на шийці матки і тих запальних, дисгормональних, імунодепресивних, дисметаболических змін в організмі, які сприяють її виникненню і підтриманню тривалого перебігу. Однак лікування залежить від форми захворювання [11]. Вроджена гормонально обумовлена ектопія (неускладнена) до 23 років є фізіологічним станом і характеризується зміщенням межі циліндричного епітелію за межі зовнішнього зіву матки. Важливою особливістю даної форми захворювання є відсутність видимі зони трансформації. Така ектопія у молодих жінок, що не народжували, місцевої терапії не потребує, необхідна корекція гормональних порушень при їх наявності. У віці більше 23 років, при відсутності позитивної динаміки від гормонотерапії протягом року можливе проведення деструкції. Набута ектопія (посттравматична ектопія, ендодерміоз) характеризується наявністю добре візуалізованої зони трансформації (незакінченої, закінченої, змішаної, атипової). Коли ектопія поєднується із запальним процесом або є його наслідком, говорять про ускладнений перебіг. Лікування подібної форми ектопії повинно розпочинатися з ідентифікації збудника і його усунення з подальшим вирішенням питання необхідності деструкції ектопії. Посттравматична ектопія призматичного епітелію з незакінченою доброякісною зоною трансформації при умові виключення запального процесу, як правило, підлягає деструкції, так як повне самостійне заміщення багат шаровим плоским епітелієм спостерігається дуже рідко (не більше 6% випадків) [11]. Не рекомендується використання місцевих препаратів, що мають стимулюючу епітелізацію дію в зв'язку з ризиком виникнення дисплазії. Ерозований ектропіон є виворотом слизової оболонки цервікального каналу або псевдоерозією в поєднанні з деформацією шийки матки (частіше після родів). Рубцеві деформації шийки матки сприяють розвитку складного патологічного процесу, який полягає в нейтрофічних розладах в тканині шийки матки, погіршенню кровообігу в тканині, що сприяє гіперплазії і ангіоматозу. Застосування тільки деструкції по відношенню до вогнища псевдоерозії без усунення деформації шийки матки буде мати тимчасовий ефект [11].

Відповідно галузевій програмі 2005-1010 р.р. «Скринінг патології шийки матки в Україні» проблема пошуку удосконалених методів лікування доброякісних станів шийки матки набула особливого значення, бо захворюваність на цервікальний рак зросла, а вік онкохворих «помолодшав» до 20-34 років. Більшість методик лікування базується на руйнуванні ураженої тканини шийки матки шляхом електрохірургічного висікання або кріодеструкції, але майже у половини пацієнток виникають стійкі рецидиви та ускладнення. Одним із спірних консервативних способів лікування патології шийки матки, крім протизапальної терапії, є використання речовин, що поліпшують регенерацію: пентоксил, обліпихова олія, масло шишшини, метілурацилова мазь. Однак, проведені дослідження віддалених результатів такого лікування показали, що курс є дуже тривалим, малоефек-

тивним, а в кінцевому підсумку може сприяти розвитку злоякісних процесів на шийці матки, тому даний вид лікування не рекомендується для використання в практиці лікаря [11,14].

В основі лікування коагулюючими речовинами лежить хімічна коагуляція. У нашій країні і в багатьох країнах Європи тривалий час застосовували розчини ваготил. У міру накопичення віддалених результатів лікування з'ясувалося, що ваготил діє поверхово, коагулюючи тільки верхній шар зміненого епітелію, при цьому, розпливаючись, препарат облікав весь ектоцервікс і навіть стінки піхви, що згодом сприяло розвитку проліферативних процесів. Все це робило неприйнятним застосування даного препарату в роботі практикуючого лікаря [11,14].

З урахуванням досвіду недоліків медикаментозних засобів, що застосовувалися раніше, швейцарською фірмою «SOLCO» було запропоновано новий препарат «Солковагіл». Препарат є сумішшю неорганічних кислот, має виборчу коагулюючу дію, не вражає здоровий багат шаровий плоский епітелій. У роботах ряду авторів показана низька його ефективність в лікуванні лейкоплакі шийки матки, а його використання при лікуванні поліпів цервікального каналу можливо тільки при чіткій візуалізації основи поліпа і виключення поліпа ендометрію або верхньої третини цервікального каналу. Ефективність методу досягає 67,1 - 90%. Частота рецидивів після даного лікування зустрічається у 32,9-45,9% випадках [11].

З розвитком технологічного прогресу все більше і більше в медицину стали впроваджувати фізіохірургічні методи лікування, в тому числі і для лікування патологічних станів шийки матки. Одним з таких методів є діатермохірургічний - діатермокоагуляція і діатермоконізація. В основі діатермокоагуляції лежить використання високочастотного струму, який викликає термічне розплавлення тканин, при цьому в електричний ланцюг включається організм людини і генерація тепла відбувається в самій тканині шийки матки. На поглинання термічної енергії засноване випаровування міжтканинної рідини і коагуляція тканин. Видужання після діатермохірургічного лікування настає у 76,7-97,0% хворих [6,11]. Проте, маючи високу ефективність, даний метод може спричинити безліч ускладнень, що пов'язані з дією електричного струму на підлеглі тканини, частота яких досягає 6,2-50,0%. До таких ускладнень належать: кровотеча (15%), що виникає у момент відторгнення струпа, стеноз і порушення структури цервікального каналу (40%), утворення грубих рубців, кровотечі (30%), ендометріоз шийки матки (46-55%), субепітеліальні гематоми (80%), загострення запальних захворювань придатків [11]. Крім цих ускладнень після діатермохірургічного методу лікування можуть виникати порушення репродуктивної функції пацієнток, такі як безпліддя (у 3% пацієнток), у 20-24% викидні, вагома частка дистопії шийки матки в пологах (15-20%) [11]. Частота рецидивів доброякісних захворювань після діатермокоагуляції або діатермоконізації досягає 55%.

Певні успіхи в лікуванні доброякісних захворювань шийки матки були досягнуті у зв'язку з впровадженням в лікувальну практику кріодеструкції. У його основі лежить деструкція патологічного осередку на ектоцервіксі за допомогою низьких температур. Як охолоджуючий агент використовуються рідкі гази: азот, закис азоту, вуглекислий газ. За даними ряду авторів, ефективність кріолікування становить 67% і залежить від площі деструкції: 88% - при ураженні менше 1/4 ектоцервікса, 70% - при ураженні 1/2 ектоцервікса і тільки 11% - при ураженні 2/3 і більше площі ектоцервікса [12]. Важливими перевагами даного методу є

безболісність і безкровність маніпуляції, відсутність склеротичних і атрофічних процесів шийки матки. На відміну від діатермолізування, кріодеструкція не впливає на процес розкриття шийки матки в пологах. Однак, за літературними даними, у жінок з конізацією шийки матки за допомогою кріохірургічного ножа в анамнезі зростає відсоток загрози передчасних пологів, рецидиви доброякісних захворювань шийки матки після проведеного лікування зустрічаються у 60-87% пацієнок [12].

До фізіохірургічних методів лікування патологічних станів шийки матки також відноситься лазерна хірургія. У всіх випадках вплив СО₂-лазера призводить до високої концентрації енергії на мінімальній площі, за рахунок чого відбувається випаровування тканини на суворо обмеженій ділянці і глибині. Загоєння та епітелізація шийки матки відбувається швидше, ніж при діатермохірургії або кріодеструкції, і завершується в середньому через 3-6 тижнів після лікування [13]. В цілому, ускладнення після лазерної терапії у вигляді кровотечі, синдрому коагульованої шийки, ендометріозу, стенозу цервікального каналу відносно рідкі - 10-12%. Частота рецидивів доброякісних захворювань шийки матки після лікування лазером досягає 17-66,7%, а ефективність при комбінованій терапії папіломовірусної інфекції шийки матки становить 80-96,6% [13].

Одним з радикальних методів лікування передпухлинних захворювань шийки матки є хірургічний, який особливо ефективний при різкій деформації та гіпертрофії шийки матки, при післяпологових розривах. Слід зазначити, що випадки нерізко вираженої рубцевої деформації шийки матки представляють значні діагностичні труднощі. За даними літератури, у 70-90% випадків ектропіон з неглибокими розривами розцінюються як ектопія. Ефективність хірургічного лікування складає 98,5% [11].

На даний час поширеність дисплазії шийки матки збільшується серед молодих жінок, більшість з яких бажають зберегти репродуктивну функцію. З цією метою розробляються нові методи лікування доброякісних захворювань шийки матки, які не мають травматичної дії на тканини шийки матки. Одним з таких методів є фотодинамічна терапія. В основі цього методу лежить утворення синглетного кисню та інших цитотоксичних продуктів. Вибірковість накопичення фотосенсибілізатора у змінній тканині призводить до руйнування лише пошкоджених клітин зі збереженням цілісності нормальних структур. Побічні ефекти при застосуванні фотодинамічної терапії спостерігаються у 11,1% хворих і полягають у неповній епітелізації шийки матки. Ефективність даного методу складає 88,9%. Фотодинамічна терапія не викликає рубцевих змін шийки матки і зберігає її анатомічну цілісність, що є кращим при лікуванні патологічних станів шийки матки у пацієнок репродуктивного віку [11,13].

Був запропонований і отримав широку популярність в останнє десятиліття метод радіохірургії з використанням радіохвильового хірургічного приладу «Сургитрон», який дозволено в Російській Федерації з 1995 року. У даних приладах ефект розрізу досягається поглинанням тепла, що виділяється біологічними тканинами при опорі проникнення в них радіохвиль високої частоти. Високочастотна енергія концентрується на кінчику «активного», або «хірургічного» електроду і викликає сплеск внутрішньоклітинної молекулярної енергії, яка нагріває тканини і фактично випаровує клітини. Ця методика відрізняється простотою виконання, малою тривалістю операції, вираженим гемостатичним ефектом, швидким загоєнням рани і низьким відсотком післяопераційних ускладнень. Ефективність даного методу

лікування, за даними різних авторів дорівнює 86-97,7% [11].

Аргоноплазмова коагуляція (АПК) як метод монополярного високочастотного впливу на тканини за останні роки все ширше застосовується в ендоскопії, відкритій та лапароскопічній хірургії з метою зупинки кровотечі та девіталізації поверхневих патологічних процесів. Суть методики АПК полягає в наступному: енергія току високої частоти передається на тканину безконтактним способом з допомогою іонізованого газу (аргону) з утворенням аргонноплазмового факелу між електродом та тканиною. При дії на тканини проходить її локальне нагрівання та коагуляція, глибина якої не перевищує трьох міліметрів і залежить від тривалості дії, режиму апарату та встановленої напруги.

Нерідко після проведеної терапії тим чи іншим видом енергії виникають ускладнення і рецидиви захворювання. Очевидно, для реабілітації пацієнок у післяопераційному періоді необхідне використання додаткових методів, які дозволили б прискорити терміни епітелізації післяопераційної рани, знизити частоту ускладнень, а головне, рецидивів доброякісних захворювань шийки матки. У зв'язку з цим в практику лікаря-гінеколога останнім часом впроваджуються комплексні методи лікування доброякісних захворювань шийки матки. Є роботи із застосуванням до і після хірургічного втручання протизапальної, противірусної, імуномодуючої терапії, комплексного використання різних видів лазера [6,11].

У завершенні слід зазначити, що перспективний напрямок у лікуванні доброякісних захворювань шийки матки пов'язаний із впровадженням комплексних методів лікування, що дозволяють впливати не тільки на патологічний осередок, а й на причину захворювання.

Література

1. Аполихина И. А. Папилломавирусная инфекция гениталий: актуальная проблема современной гинекологии и пути ее решения / Аполихина И. А., Денисова Е. Д. // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. - 2007. - Т. 6, №6. - С. 70-75.
2. Андреева Е. Н. Современные аспекты этиологии и патогенеза фоновых, предраковых процессов и рака шейки матки (обзор литературы) / Андреева Е. Н., Григорян О. Р., Ужегова Ж. А. // Проблемы репродукции. - 2006. - №5. - С. 17-23.
3. Борисюк О. Б. Роль вірусу папіломи людини у виникненні фонових процесів шийки матки у жінок з хронічними запальними захворюваннями геніталій / Борисюк О. Б., Ревенько О.О., Калюта А.О. // Збірник наукових праць асоціації акушер-гінекологів України. - К.: Інтермед, 2007. - С. 72-74.
4. Воробійова Л. І. Стан та проблеми онкогінекології в Україні / Воробійова Л. І. // Збірник наукових праць асоціації акушер-гінекологів України. - К.: Інтермед, 2006. - С. 110-114.
5. Грищенко О. В. Выбор препаратов для санации влагалища у женщин с воспалительным анамнезом / Грищенко О. В., Лахно Г. В., Дудко В. Л. // Збірник наукових праць асоціації акушер-гінекологів України. - К.: Інтермед, 2007. - С. 172-177.
6. Громова А. М. Ефективність радіокаутеризації та імуномодуляції при ендометріозах / [А. М. Громова, Е. І. Крутикова, О. М. Сиса, К. В. Тарасенко] // Збірник наукових праць асоціації акушер-гінекологів України. - К.: Інтермед, 2006. - С. 168-171.
7. Григорян О. Р. Роль эндогенных половых стероидов в генезе предраковых заболеваний и рака шейки матки при эндокринопатиях / Григорян О. Р., Ужегова Ж. А., Андреева Е. Н. // Проблемы эндокринологии. - 2007. - Т.53, №2. - С. 15-19.
8. Губергриц Н. Б. Главный оппортунист нормальной кишечной флоры - Candida albicans. / Губергриц Н. Б., Лукашевич Г. М., Загоренко Ю. А. // Современная гастроэнтерология. - 2005. - № 4(24). - С.99-106.
9. Жук С. И. Состав микрофлоры кишечника и влагалища у женщин раннего репродуктивного возраста на фоне дисгормональных расстройств / С. И Жук., Е. А. Ночвина // Збірник науко-

вих праць асоціації акушер-гінекологів України. – К.: Інтермед, 2006. – С. 273-276.

10. Подоляка Д. В., Чурілова А.В., Друпп Ю.Г., Тутов С.М.. Особливості гормональних досліджень у жінок з вірусно-бактеріальною інфекцією / [Д.В.Подоляка, А.В.Чурілова, Ю.Г.Друпп, С. М.Туто]// Збірник наукових праць асоціації акушер-гінекологів України. – К.: Інтермед, 2007. – С. 556-560.

11. Прилепская В.Н. Патология шейки матки и генитальной инфекции / Под ред. В.Н. Прилепской. - М.:МЕДпресс-информ, 2008. - 348 с.

12. Трыкова Т. П. Криотерапия доброкачественных заболеваний шейки матки / Т. П. Трыкова, А. В. Игнатъева // Репродуктивное здоровье женщины - 2000. - Петрозаводск, 2000. - С. 223-229.

13. Хашукоева А. З. Фотодинамическая терапия в лечении патологии шейки матки и эндометрия / Хашукоева А. З., Макаров О. В., Отдельнова О. Б. // Акушерство и гинекология. - 2008. - №2. - С. 38-43.

14. Чайка В. К. Сравнительный анализ клинико-анамнестических данных пациенток репродуктивного возраста, обратившихся за специализированной помощью в кабинет патологии шейки матки, в зависимости от наличия папилломавирусной инфекции / Чайка В. К., Косенко Е. Н., Апанасенко Н. А. // Збірник наукових праць асоціації акушер-гінекологів України. – К.: Інтермед, 2009. – С. 677-682.

15. Sankaranarayanan R. A critical assessment of screening methods for cervical neoplasia / Sankaranarayanan R., Gaffikin L., Jacob M. // Int. J. Gynecol. Obstet. – 2005. – Vol. 89. – Н. 4-12.

16. Sjoborg K. D. Pregnancy outcome after cervical cone excision: a case - control study. / Sjoborg K. D., Vistad I., Svehnigsen R. // Acta Obstet Gynecol Scand. - 2007. - Vol. 86, №4. - P. 423-428.

17. Einstein M. H. Cervical intraepithelial neoplasia: An overview of diagnosis and management. / Einstein M. H., Levie M. D., Goldberg Gary L. // J. Cancer Invest. - 2002. - Vol. 20, № 5. - С. 769-776.

Одержано 06.04.2010 року.