

лення до пацієнток з цією патологією та призначення лікування на прегравідарному етапі;

- запропонована терапія доступна, досить ефективна, не викликає побічних ефектів та може бути рекомендована до застосування в клінічній практиці.

ЛІТЕРАТУРА

1. Михайлов Б.В. Клиника и принципы терапии пароксизмальных состояний в структуре невротических соматоформных расстройств // Международный неврологический журнал. – 2012. - № 6 (52).
2. Морозова О.Г. Синдром вегетативной дистонии // Междунар. мед. журн. - 1998. - № 1. - С. 64-68.
3. Бурчинский С.Г. Анксиолитики и проблема нейроциркуляторной дистонии // Международный неврологический журнал. – 2008. - № 1(17).
4. Маколкин В.И., Абакумов С.А. Диагностические критерии нейроциркуляторной дистонии // Клин. медицина. - 1996. - № 3 - С. 22-24.
5. Шехтман М.М. Руководство по экстрагенитальной патологии у беременных. – М.: «Триада». - 1999. - С. 148-156.

УДК: 618.146 – 022.7:578.827.1

ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОК С ВПЧ-АССОЦИИРОВАННОЙ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ ЭКТОПИЕЙ ШЕЙКИ МАТКИ

ПАЦКОВ А.А., ДУБИНИНА В.Г.

г. Одесса

Существует мнение, что доброкачественные, рецидивирующие заболевания шейки матки являются факторами риска в развитии предраковых изменений и рака шейки матки (Franco E.L. et al., 1997, 2002; Кулаков В.И. и др., 1999, 2005; Прилепская В.Н., 2000, 2005, 2007). Особого внимания заслуживает состояние, которое обозначается, как «физиологическая» эктопия шейки матки (ШМ), поскольку на сегодняшний день не существует единого мнения относительно тактики ведения пациенток с физиологической эктопией ЦЭ. Сегодня отмечается неуклонный рост сексуально-трансмиссивных заболеваний во всем мире, в том числе и папилломавирусной инфекции (ПВИ). Имеется достаточно данных, подтверждающих причинную связь между ПВИ и предраковыми заболеваниями и раком шейки матки. Участок эктопии ШМ и зона трансформации являются доступной зоной и воротами для разных инфекционных и вирусных возбудителей генитальных инфекций, в том числе и ВПЧ. Сегодня в практической гинекологии мы сталкиваемся с большим количеством ошибок при ведении пациенток с физиологической эктопией ШМ: очень часто, при отсутствии лечения, эктопия через несколько лет перерождается в тяжелую дисплазию или рак шейки матки.

Материалы и методы исследования

На базе Центра реконструктивной и восстановительной медицины ОНМедУ (Университетская клиника) было обследовано 150 пациенток в возрасте 18-25 лет с физиологической эктопией шейки матки, диагноз установлен при помощи расширенной кольпоскопии. Было сформировано 3 группы пациенток: 1-я группа (n=50) – пациентки с эктопией ШМ и инфицированием ВПЧ высокого канцерогенного риска (ВКР), 2-я группа (n=50) - пациентки с эктопией ШМ и ВПЧ низкого канцерогенного риска (НКР), 3-я группа (n=50) – пациентки с эктопией ШМ без признаков инфицирования ВПЧ. Все пациентки были обследо-

ваны в следующем объеме: сбор анамнеза, бимануальное гинекологическое исследование, цитоморфологическое исследование, кольпоскопия (КС), бактериологическое исследование, ПЦР-диагностика ВПЧ с определением онкогенного потенциала, прицельная биопсия ШМ, гормональное обследование.

Результаты исследования и их обсуждение

По результатам обследования установлено, что у при расширенной кольпоскопии у пациенток 1-й группы при наличии физиологической эктопии с ВПЧ ВКР визуализировались нежная\грубая мозаика и пунктуация, лейкоплакия, ацетобелый эпителий разной степени интенсивности, интраэпителиальная кондилома, петлевидные сосуды. По данным КС у пациенток 2-й и 3-й групп преимущественно визуализировалась нормальная зона трансформации, у пациенток при выявлении ВПЧ НКР у 17 (34%) пациенток визуализировались нежная мозаика, нежная пунктуация, интраэпителиальная кондилома, петлевидные сосуды. Измененный эпителий локализовался преимущественно дистально, по периферии эктопии, что свидетельствует о нарушении процессов здоровой эпителизации при инфицировании ВПЧ. По данным анамнеза выявлено что у пациенток из 1-й группы при сочетании эктопии с ВПЧВКР большинство пациенток (37 (74%)) были в группе риска по формированию предрака и рака ШМ: раннее начало половой жизни, более 2-3 половых партнеров в течение 1 года, частые рецидивирующие генитальные заболевания. По данным гистологического исследования установлено, что у пациенток 1-й группы у 11 (%) человек выявлена ЦИН1, у 4 ЦИН2, что свидетельствует об агрессивном поведении ВПЧ ВКР в ткани шейки матки. В дальнейшем такие пациентки получили соответствующее лечение: им проводилась противовирусная терапия в сочетании с аблацией измененного эпителия. Пациенткам 2-й группы при сочетании физиологической эктопии ШМ в ассоциации с ВПЧ НКР проводилась противовирусная терапия с дальнейшим цитоморфологическим и кольпоскопическим контролем 1 раз в 4-6 месяцев. Пациентки 3-й группы с эктопией без инфицирования ВПЧ находились под динамическим наблюдением 1 раз в 6 месяцев (кольпоскопия, цитология). Всем пациенткам были даны рекомендации относительно интимной гигиены и сексуального поведения, было проинформировано, что с появлением нового полового партнера следует внепланово показаться на осмотр к гинекологу, а также даны рекомендации по применению барьерной контрацепции.

Выводы

Мы все чаще сталкиваемся с клиническими ситуациями, когда на фоне физиологической эктопии выявляются предопухолевые изменения эпителия ШМ разной степени тяжести. Это свидетельствует о том, что зона эктопии с происходящими там активно процессами метаплазии и дифференцировки клеток является уязвимой и восприимчивой для вирусных возбудителей, в первую очередь ВПЧ. В связи с этим по-нашему мнению, концепция «ведения – наблюдения» пациенток с физиологической эктопией должна в некоторых клинических ситуациях поменяться в сторону активного ведения. Все пациентки с физиологической эктопией ШМ должны обследоваться с обязательным выполнением расширенной кольпоскопии и выполнением по показаниям биопсии ШМ из участков измененных при кольпоскопии. Пациенткам с эктопией и инфицированием ВПЧ, признаками вирусного поражения по данным цитоморфологического и гистологического исследований обязательно следует проводить противовирусную терапию и по необходимости выполнять деструкцию эктопированного эпителия и атипических кольпоскопических картин.

ЛІТЕРАТУРА

1. Дамиров М.М.. Радиоволновые, криогенные и лазерные технологии в диагностике и лечении в гинекологии // Учебное пособие. - М.: Издательство БИНОМ, 2011. – 320 с.
2. Заболевания шейки матки, влагалища и вульвы (клинические лекции) / Под. ред. проф. В.Н. Прилепской. - 3-е изд. - М.: МЕДпресс- информ, 2005.-432 с.

3. Козлова В.И., Пухнер А.Ф. Вирусные, хламидийные и микоплазменные заболевания гениталий. - М., 2006. - 317 с.
4. Кулаков В.И., Аполихина И.А., Прилепская В.Н., Гус А.И., Сухих Г.Т. Современные подходы к диагностике папилломавирусной инфекции гениталий у женщин и их значение для скрининга рака шейки матки (обзор литературы) // Практическая гинекология, 2005., Т.1. - №2. - с. 21-23.
5. Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги / Наказ МОЗ України від 31.12.2004 р. № 676.
6. Каухова Е.Н., Лугуева А.Ю., Панкова О.Ю. Современные подходы к диагностике и лечению эктопии шейки матки // Жіночий лікар, 2007, №3. - с. 26.
7. Каминский В.В., Жук С.И., Прилепская В.Н. Здоровье женщины от юности до зрелости // Здоров'я жінки, 2007, №21. - с. 31-34.

УДК: 612.43-055.26:579.862:618.177-089.888.11

ЗМІНИ ЕНДОКРИНОЛОГІЧНИХ ПОКАЗНИКІВ СИРОВАТКИ КРОВІ СГВ-ПОЗИТИВНИХ ВАГІТНИХ ПІСЛЯ ЕКЗ

*ПЕРЕБЕНДЮК Т.В., БУЛАВЕНКО О.В., ФУРМАН О.В.,
МИХАЛЬЧУК М.А.*

м. Вінниця

Відомо, що вагітні з відновленою репродуктивною функцією становлять групу високого ризику щодо широкого спектра гестаційних ускладнень, серед яких значне місце займають невиношування та недоношування вагітності, що обумовлено як патогенетичними факторами безплідності – ендокринними, інфекційними, імунологічними, так і гормональною терапією, яку застосовують на етапі лікування безплідності.

Мета дослідження – дати оцінку комплексу гормональних змін в системі «мати-плацента-плід» у вагітних після екстракорпорального запліднення (ЕКЗ) на фоні підтвердженої урогенітальної та ректовагінальної колонізації стрептококом групи В (СГВ) та ефективності оптимізованих лікувально-профілактичних заходів у жінок із відновленою репродуктивною функцією.

Матеріал і методи дослідження

Вміст естрадіолу (Е2) та естріолу (Е3), прогестерону (Пг), кортизолу (К), хоріонічного гонадотропіну (β-ХГ) і плацентарного лактогену (Пл) визначали радіоімунологічним методом у 98 СГВ-позитивних вагітних після ЕКЗ, розділених на 2 паритетні підгрупи по 49 вагітних у кожній (основна група та група порівняння) і 52 вагітних з непорушеною репродуктивною функцією (контрольна група) віком від 35 до 39 років у терміні вагітності 25-27 і 32-34 тижні. Для оцінки збалансованості гормонального впливу на міометрій визначали співвідношення рівнів П/Е₂.

Усі без винятку СГВ-позитивні вагітні для збереження та пролонгації вагітності після проведеного ЕКЗ отримували: утрожестан, фолієву кислоту та йодид калію (індивідуально за показами до лікування додавали: вібуркол, актовегін, діпірідамол, еноксипарін натрія, вітамін Е (токоферол) та аскорбінову кислоту). Вагітним основної групи застосували традиційно прийняту схему (Шкоба Л.С., 2005): дуфастон, кратал, аспірин, канефрон, пренатал та корегування мікробіоценозу статевих шляхів препаратом мікожинакс, а групі порівняння – розроблену нами: матерну, інтерферон 2α, або віферон та гінофлор.

Вибір препаратів обумовлений необхідністю попередження інтраамніального інфікування. Дія призначених препаратів була спрямована на: перешкоджання проникнення СГВ через навколоплодові оболонки; зниження ступеня колонізації статевих шляхів умовно-