

Профилактика воспалительных осложнений и рецидивов заболеваний шейки матки после их хирургического лечения

А.Я. Сенчук, С.С. Саврун, В.В. Самсонова, И.А. Доскоч, И.И. Чермак

Киевский медицинский университет УАНМ

С целью повышения эффективности хирургического лечения и профилактики рецидивов предопухолевых заболеваний шейки матки у пациенток с хроническими аднекситами проведено комплексное обследование 100 женщин с данной патологией. Результаты исследований позволили разработать патогенетически обоснованный подход к ведению послеоперационного периода, который включает назначение противовоспалительных препаратов, Дистрептазы, которая действует фибринолитически и протеолитически, и вагинальных пробиотиков *Ellen* в тампонах. Комплексное обследование пациенток через 3 мес после хирургического лечения патологии шейки матки показало, что эффективность (элиминация ВПЧ, отсутствие кольпоскопических и цитологических признаков дисплазии эпителия шейки матки, ультразвуковые и доплерометрические признаки отсутствия сальпингоофорита) комплексной терапии, которая включает хирургическое лечение очага дисплазии и назначение консервативной терапии с использованием ректальных суппозиториев Дистрептаза и пробиотика *Ellen* у пациенток с предопухолевыми заболеваниями шейки матки на фоне хронического сальпингоофорита, составляет 96,0%.

Ключевые слова: дисплазия шейки матки, хронический сальпингоофорит, лечение.

Частота патологии шейки матки у женщин репродуктивного возраста, по данным Л.И. Воробьевой (2006), С.И. Роговской (2008), составляет 10–15%, из них более 80% занимают фоновые и предраковые процессы. Диагностика и лечение предопухолевых заболеваний шейки матки остаются актуальными в клинической практике, поскольку своевременная и адекватная терапия данной патологии является действенной профилактикой развития рака шейки матки [3, 5, 9].

За последние 10 лет почти вдвое возросла заболеваемость раком шейки матки у женщин молодого возраста. Вместе с этим, среди больных увеличивается количество женщин с начальными формами злокачественных опухолей, что обуславливает необходимость разработки и клинического использования разнообразных методов функционально щадящего и органосохраняющего лечения [1, 10].

Запоздалая или неадекватная терапия данных состояний приводит к нарушению репродуктивного здоровья пациенток (болевого синдром, нарушение секреторной и менструальной функции, спаечный процесс в малом тазу и бесплодие), а также к прогрессу предопухолевой патологии в рак шейки матки [1, 3, 11].

Сочетание заболеваний шейки матки с возбудителями генитальных инфекций составляет от 72,0% до 100,0 % всех заболеваний шейки матки и в 50,0–65,0% случаев данная патология у женщин сочетается с хроническими воспалительными заболеваниями внутренних половых органов. Следует также констатировать, что у молодых нерожавших женщин (до 25 лет) патология шейки матки и гинекологические заболевания сочетаются в 52,0–90,0% случаев.

Данный факт только подтверждает негативное воздействие воспалительного процесса придатков матки на органы и системы женского организма, которое отягощает течение других заболеваний половой сферы, что необходимо учитывать во время диагностики патологических состояний и лечения данных пациенток.

Имеющиеся подходы к лечению заболеваний шейки матки на фоне хронического аднексита малоэффективны. Эффективность консервативных методов (антисептики, антибиотики, химическая коагуляция и др.) лечения заболеваний шейки матки, сочетающихся с генитальной инфекцией на фоне хронического аднексита, составляет 30,0–52,0% в течение первых 2–3 лет диспансерного наблюдения. Высокая частота случаев неэффективного лечения обычно связана с тем, что у данных пациенток сразу после консервативного лечения дисплазии или традиционно сезонно (через 3–6 мес) наступает обострение хронического аднексита и рецидив дисплазии шейки матки [5–7].

Недостаточная эффективность консервативных методов лечения дисплазий шейки матки в сочетании с генитальной инфекцией связана со сложностью попадания антибактериальных и противовирусных средств в экологическую нишу возбудителей (цилиндрический эпителий нижней трети канала шейки матки и участка метапластически и диспластически измененного эпителия влажной части шейки матки) и с невозможностью адекватного воздействия на спаечный процесс в малом тазу, связанный с хроническим аднекситом [2, 3].

Для повышения эффективности лечения предопухолевых заболеваний шейки матки чаще всего используют хирургические методы лечения (электрокоагуляция и конизация, лазеро- и криохирургия, аргон-плазменная абляция) [3, 10, 11]. Любое оперативное вмешательство сопряжено с эмоциональным стрессом, травматизацией тканей, негативными сдвигами в нейроэндокринной, иммунной системах и системе гемостаза. Если оперативное лечение патологических образований шейки матки проводят у пациенток, страдающих хроническим аднекситом, очень часто отмечают нарушения репаративной регенерации очага деструкции, что обусловлено обострением хронического аднексита. Негативными последствиями хирургических методов лечения патологических состояний шейки матки, особенно электроконизации, является рубцовая деформация шейки матки, истмико-цервикальная недостаточность, обострение хронических аднекситов и возникновение рецидивов патологии через 1–2 года после проведенной терапии.

Рассматривая основные патофизиологические реакции течения воспалительного и раневого процесса, необходимо учесть, что в ответ на хирургическое (электро-, крио- или лазерная коагуляция) удаление очага дисплазии эпителия шейки матки организм больных реагирует развитием общей и местных реакций.

В неосложненных случаях общие реакции укладываются в 2 фазы. В первой фазе (1–4-е сутки) после операции усилива-

ются процессы жизнедеятельности: повышаются температура тела и основной обмен, уменьшается масса тела, усиливается распад белков, жира и гликогена, происходят нарушения их окисления, снижается проницаемость клеточных мембран, подавляется синтез белка в некоторых органах и подавляется физиологическая регенерация. Пусковыми механизмами этой стадии являются возбуждение симпатического отдела вегетативной нервной системы, выделение в кровь гормонов мозгового слоя надпочечников, инсулина, АКГГ и глюкокортикоидов, что приводит к мобилизации запасов гликогена и ускорению его распада, стимуляции гликолиза, повышению вязкости и свертывания крови с последующим тромбообразованием. Данные реакции в целом неспецифичны для раневого процесса, а являются характерными признаками общего адаптационного синдрома. У наших пациенток клиническим проявлением первой фазы было обострение хронического аднексита, которое мы наблюдали у 60,0–70,0% пациенток.

Во второй фазе (4–10-е сутки после лазерной терапии) преобладает влияние парасимпатического отдела вегетативной нервной системы: повышается масса тела, происходит нормализация белкового обмена, активизируются процессы регенерации. В этой фазе основное значение приобретают минералокортикоиды, соматотропный гормон, альдостерон, ацетилхолин.

Местные реакции на травму практически во всех случаях предопределены взаимодействием двух повреждающих факторов: наличием очага тканевой деструкции и микробным возбудителем. Так, после хирургического удаления очага дисплазии эпителия шейки матки в очаге тканевой деструкции остаются травмированные клетки, сосуды и местно нарушаются процессы микроциркуляции, высвобождаются химические медиаторы, изменяется обмен веществ и клеточный состав раны.

Определяя тактику ведения пациенток в послеоперационный период, следует учитывать, что заживление очага поражения на шейке матки происходит по стереотипной схеме, с эволюционно заложенной скоростью репаративного процесса. Стимулировать, ускорять, каким-то образом интенсифицировать течение репаративной регенерации практически невозможно, поскольку данная форма регенерации природой доведена до высшей степени совершенства. Единственно верным путем повышения эффективности лечения и профилактики рецидивов патологии шейки матки после ее хирургического лечения можно считать использование средств для элиминации инфекционных возбудителей во влагалище и шейке матки, а также средств, нормализующих кровообращение в пораженном органе за счет устранения тромбов в сосудах микроциркуляции, что позволяет улучшить доступ в очаг воспаления антибактериальных препаратов, собственных иммунокомпетентных (макрофаги, моноциты, лимфоциты) и полипотентных клеток. Считаем, что все другие варианты заживления являются неблагоприятными отклонениями от физиологической эпителизации, которые ведут к формированию рубцов, рецидивам патологии и нарушению репродуктивной функции женщин.

Цель исследования: повышение эффективности хирургического лечения и профилактика рецидивов предопухольных заболеваний шейки матки у пациенток с хроническими аднекситами за счет усовершенствования подходов к ведению послеоперационного периода путем использования в комплексной терапии антитромботических препаратов и препаратов, восстанавливающих микроэкологию влагалища.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Под нашим наблюдением и проспективным обследованием находились 100 пациенток (основная группа) с предопухольными заболеваниями шейки матки, которые были разделены на две группы. В 1-ю группу включено 50 пациен-

ток с предопухольными заболеваниями шейки матки на фоне хронического сальпингоофорита, которым в комплексе послеоперационной противовоспалительной терапии (антибиотик внутрь и комплексный противовоспалительный препарат во влагалище) был включен антитромботический препарат Дистрептаза (ректально по одной свече 3 раза в сутки в первые 3 дня, затем по одной свече 2 раза в сутки 3 дня и еще трое суток по одной свече на ночь). Для восстановления микроэкологии влагалища пациентки 1-й группы также в послеоперационный период использовали пробиотик Ellen в тампоне во время менструации в течение 3 менструальных циклов. Во 2-ю группу вошли 50 пациенток с предопухольными заболеваниями шейки матки на фоне хронического сальпингоофорита, которым в послеоперационный период назначали антибиотик и местно комплексные противовоспалительные препараты. В контрольную группу вошли 30 здоровых женщин, обследованных при обращении к врачу с целью выбора метода контрацепции.

Всем пациенткам для лечения патологии шейки матки были использованы со сравнительно одинаковой частотой хирургические методы лечения: электро- и радиохирургическая конизация шейки матки (1-я группа – соответственно 38 и 12, 2-я группа – 34 и 16).

Результаты наших исследований свидетельствуют, что больных хроническим сальпингоофоритом в стадии обострения выявлено нарушение системы гемостаза, при этом негативные изменения наблюдаются во всех его звеньях: сосудисто-тромбоцитарном гемостазе, плазменном гемостазе и фибринолитической системе. Обнаруженные нарушения мы считали патогенетическим обоснованием целесообразности включения в комплекс лечебных мероприятий у наших пациенток препаратов с фибринолитическим и антитромботическим действием. Из таких препаратов преимущество имеет Дистрептаза в форме ректальных суппозиториях, что дает возможность получить высокие концентрации препарата в малом тазу, минуя печень, благодаря попаданию активных компонентов препарата в прямокишечно-венозное сплетение. Патогенетическим обоснованием целесообразности назначения Дистрептазы являются компенсаторные и патологические процессы, которые происходят в очаге воспаления, а именно: в ответ на инфицирование и повреждение тканей в пораженном органе происходит спазм сосудов микроциркуляции, гипоксическое повреждение эндотелия сосудов, выход жидкой части крови в окружающие ткани, образование «сладжей» из форменных элементов крови и формирование тромбов в сосудах, отвечающих за локальный кровоток в пораженном органе. С одной стороны, такая защитно-приспособительная реакция предотвращает генерализацию воспалительного процесса, а с другой – это уменьшает приток крови (кислород, питательные вещества и др.), лекарственных препаратов, иммунокомпетентных (лимфоциты, моноциты и др.) и полипотентных плазматических клеток к месту поражения. Стрептокиназа и стрептодорназа способствуют восстановлению микроциркуляции в пораженном органе, полному лизису сгустков крови, гноя и их элиминации из очага воспаления.

Целесообразность и необходимость восстановления микроэкологии влагалища основана на большом клиническом опыте врачей и результатах огромного количества научных исследований. Без восстановления флоры влагалища эффективность лечения вагинитов и вагинозов значительно снижается, а процент рецидивов в первые 3–6 мес после терапии составляет от 30,0% до 80,0%. Нас в первую очередь заинтересовала форма, в которой предлагаются пробиотики, а именно – менструальные тампоны Ellen, содержащие лактобактерии (*L. gasseri* LN40, *L. fermentum* LN99, *L. rhamnosus* LN113). Результаты исследований в эксперименте и клини-

ке свидетельствуют, что находящиеся в тампоне в лиофилизированном виде лактобактерии при помещении во влажную среду с температурой человеческого тела активизируются, адгезируются к эпителиальным клеткам влагалища и начинают вырабатывать молочную кислоту, синтезируют перекись водорода. Это приводит к снижению уровня pH, подавлению грибов и угнетению размножения условно-патогенной и патогенной микрофлоры.

Эффективность проведенной терапии оценивали через 1 и 3 мес после хирургического лечения предопухоловой патологии шейки матки. Для определения критериев эффективности проводили бактериоскопическое, бактериологическое и иммунологическое исследование.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Группы были репрезентативны по возрасту, паритету, основным показателям акушерского, гинекологического и соматического анамнеза.

При изучении анамнеза пациенток основной группы установлено, что ведущими этиопатогенетическими факторами в возникновении предопухоловых заболеваний шейки матки у пациенток с хроническим сальпингоофоритом является высокая частота нарушений менструального цикла (нерегулярные менструации – 12,0%, альгоменоррея – 27,0%), раннее начало половой жизни, наличие двух и более половых партнеров у каждой третьей больной, высокая частота искусственных абортов (64,0%) и первичного бесплодия (у каждой третьей), несовершенный выбор метода контрацепции (85,5% прерванный половой акт и календарный метод) у молодых сексуально активных женщин. Для данной категории пациенток характерен отягощенный гинекологический анамнез, а именно – воспалительные заболевания органов малого таза (ВЗОМТ) в 100,0% случаев, эктопии и эндоцервициты на шейке матки (70,0%), эндометриты (у каждой четвертой), внематочная беременность (8,0%), апоплексия яичника (5,0%). Среди экстрагенитальных заболеваний преобладала патология, которая имеет воспалительный генез (ОРВИ, хронические бронхиты, тонзиллиты, холециститы).

Воспалительный процесс у обследованных нами пациенток имел хронический характер. Об этом свидетельствуют данные анамнеза и признаки спаечного процесса в зоне придатков матки, которые обнаружены у 56,0% больных. Ультразвуковое исследование (УЗИ) органов малого таза выявило увеличение пораженных хроническим воспалением придатков в 100,0% случаев. Кистозные образования в яичниках мы наблюдали у 28,0% пациенток. УЗ-признаки гидросальпинкса (расширенный просвет трубы, заполненный жидкостью) приблизительно одинаково часто выявляли справа и слева. В частности, изменения правой маточной трубы выявлены у 38,0%, левой маточной трубы – у 30,0% пациенток.

При первичном кольпоскопическом обследовании у 100% больных основной группы отмечены явления эндоцервицита и дисплазии эпителия влагалищной части шейки матки. Среди кольпоскопических картин у пациенток с хроническим сальпингоофоритом заключения папиллярная дисплазия, «поля» дисплазии, простая и пролиферирующая лейкоплакия, незаконченная зона предопухоловой трансформации, регистрировались в 1,5–2 раза, а атипичная васкуляризация в 3 раза чаще, чем у пациенток с патологией шейки матки без сопутствующего хронического сальпингоофорита.

У больных с предопухоловой патологией шейки матки на фоне хронического сальпингоофорита цитологически дисплазия умеренной и тяжелой степени диагностирована соответственно в 66,0% и 34,0% случаев. Этот показатель у пациенток с дисплазиями без сопутствующего сальпингоофорита составил соответственно 82,0% и 18,0%.

Согласно результатам полимеразной цепной реакции (ПЦР) у 12 (24,0%) пациенток с дисплазиями на фоне сальпингоофорита определены вирусы папилломы человека (ВПЧ) только 6-го и 11-го типов (низкого онкогенного риска) и у 38 больных (76,0%) обнаружено сочетание вирусов высокого и низкого онкогенного риска – 16, 18, 31, 33-го и 6-го, 11-го типов. Частота инфицирования ВПЧ у пациенток с дисплазиями шейки матки без сопутствующего сальпингоофорита составила соответственно 36,0% (6-й и 11-й типы) и 64,0% (16, 18, 31, 33-й и 6-й, 11-й типы) пациенток.

По результатам бактериоскопического исследования вагинальных мазков у 70,0% пациенток мы выявили III и IV степень чистоты влагалищной флоры. При III степени в мазке определялось небольшое количество палочек Додерлейна, много лейкоцитов, умеренное количество эпителия, значительное количество кокковой флоры. Реакция выделений была слабощелочной. При IV степени чистоты палочки Додерлейна отсутствовали, определялось большое количество лейкоцитов и кокковой флоры. Реакция выделений в 90,0% случаев была щелочная, у остальных – нейтральная.

Бактериологические исследования показали, что у больных с дисплазиями шейки матки на фоне хронического аднексита преобладают аэробные (*Staphylococcus aureus*, *Corinebacterium species*, *Echerichia coli*, *Candida albicans*) и анаэробные (*Gardnerella vaginalis* *Bacteroides species*, *Corinebacterium species*, *Bacteroides Melaninosenicus*, *Peptococcus species*) возбудители. По частоте выявления преобладают анаэробные возбудители (до 46,0% случаев) над аэробными (до 30,0% больных). В большинстве случаев (до 56,0%) воспалительный процесс обусловлен факультативными аэробами и в большей степени анаэробными микроорганизмами. Высокая частота высевания микробных ассоциаций свидетельствует о полиэтиологичности воспаления при сочетании дисплазии шейки матки и хронического сальпингоофорита. Значительная роль в этиологии данной сочетанной патологии принадлежит простейшим (*Chlamidia tr.*, *Ureaplasma ur.*, *Trichomonas vag.*), поскольку частота их выявления колебалась от 16,0% до 24,0%. Для пациенток с дисплазиями эпителия шейки матки на фоне хронического сальпингоофорита характерно резкое снижение представителей нормальной микрофлоры влагалища (*Lactobacillus species* *Bifidobacterium species*), которые выявляются менее чем у трети пациенток (28,0%).

У большинства пациенток (94,0%) в течение 1–3 сут после хирургического лечения патологии шейки матки мы отмечали признаки обострения хронического аднексита. Обострение проявлялось повышением температуры тела (до 37,5–38,5 °C) в течение 3–5 дней, болью в нижних отделах живота в течение 5–7 дней, незначительным нарушением общего состояния и снижением работоспособности пациенток.

Мы также отмечали УЗ-признаки обострения хронического сальпингоофорита: во внематочном пространстве было выявлено небольшое количество (до 15–20 мл) воспалительного экссудата, по структуре яичники стали гипэхогенными (76,0%) и с размытыми, нечеткими контурами (83,0%).

Сравнительный анализ уровней иммуноглобулинов в цервикальном секрете у здоровых женщин (Контрольная группа) и больных с дисплазиями шейки матки на фоне хронического сальпингоофорита (Основная группа) указывает на утрату пациентками основной группы тех закономерностей, которые были отмечены в контрольной группе в динамике менструального цикла. Концентрации IgG сывороточного происхождения (IgA и IgG) были одинаково достоверно ($p < 0,05$) высокими во всех фазах менструального цикла (табл. 1). Во всех трех фазах были обнаружены значительные уровни IgM.

Таблица 1

Концентрация иммуноглобулинов (г/л) в цервикальном секрете у здоровых небеременных женщин и женщин, страдающих предопухолевыми заболеваниями шейки матки на фоне хронического сальпингоофорита (M±m)

Класс	Фаза цикла					
	Пролиферативная		Овуляция		Секреторная	
IgG	Контрольная группа, n=30	Основная группа, n=100	Контрольная группа, n=30	Основная группа, n=100	Контрольная группа, n=30	Основная группа, n=100
Ig A	0,06±0,005	0,12±0,005*	0,04±0,005	0,11±0,01*	0,08±0,01	0,16±0,01*
IgM	0	0,15±0,01	0	0,09±0,01	0	0,12±0,003
IgG	0,55±0,05	0,9±0,01*	0,005±0,0001	0,53±0,09*	0,46±0,03	0,88±0,02*
sIgA	0,5±0,05	0,17±0,008*	0,47±0,04	0,15±0,09*	0,62±0,06	0,16±0,08*

* – различия показателей между контрольной и основной группами достоверны (p<0,05).

Таблица 2

Концентрация иммуноглобулинов (г/л) в цервикальном секрете у обследованных пациенток в фазе секреции через 3 мес после хирургического лечения (M±m)

Класс иммуноглобулинов	Контрольная группа, n=30	Основная группа ¹ , n=100	1-я группа, n=50	2-я группа, n=50
Ig A	0,08±0,01	0,16±0,01*	0,07±0,01**	0,12±0,01***
Ig M	0	0,12±0,003*	0	0,07±0,05***
Ig G	0,46±0,03	0,88±0,02*	0,51±0,02**	0,67±0,03***
sIgA	0,62±0,06	0,16±0,08*	0,58±0,04**	0,11±0,04***

* – разница показателей в контрольной и основной группе достоверна (p<0,05); ** – разница показателей в основной и 1-й группе достоверна (p<0,05); *** – разница показателей в 1-й и 2-й группе достоверна (p<0,01).

Выявленные изменения можно трактовать как ответную реакцию лимфоидной ткани шейки матки на антигенную стимуляцию микрофлоры и значительное повышение проницаемости стенок кровеносных сосудов шейки матки при предопухолевых заболеваниях шейки матки, которые сочетаются с генитальной инфекцией и хроническим сальпингоофоритом.

Значительное снижение концентраций местно-синтезируемого sIgA свидетельствует о том, что при воспалительных и диспластических процессах в эпителии нарушаются процессы синтеза апикальными отделами эпителиальных клеток секреторного компонента.

Результаты исследования концентраций иммуноглобулинов обследованных женщин в фазе секреции до и через 3 мес после хирургического лечения приведены в табл. 2.

Анализ приведенных в табл. 2 данных свидетельствует о том, что у пациенток, которые в комплексе послеоперационной терапии получали Дистрептазу и пробиотик Ellen в тампоне (1-я группа), уровни иммуноглобулинов классов A (0,07±0,01 г/л) и G (0,51±0,02 г/л) практически не отличались от аналогичных показателей у здоровых женщин в фазе секреции, что можно расценивать как результат нормализации проницаемости сосудистых стенок в шейке матки после проведенной терапии (p<0,05). Об исчезновении воспалительных и диспластических процессов в шейке матки и во влагалище свидетельствовало отсутствие в смывах иммуноглобулина класса M (p<0,05). Уровень sIgA после проведенного лечения вырос с 0,16±0,08 г/л у больных с дисплазиями шейки матки на фоне хронического сальпингоофорита до 0,58±0,04 г/л, что практически не отличается от аналогичного показателя у здоровых женщин (p<0,05). Данные показатели можно расценивать как положительный эффект терапии, включающей фибринолитические, протеолитические препараты и эубиотики. Противовоспалительный комплекс, включающий Дистрептазу, способствует восстановлению способности эпителиоцитов канала шейки матки продуцировать секреторный компонент, необходимый для синтеза sIgA. Восстановление функции эпителия канала шейки мат-

ки указывает также на то, что в присутствии фибринолитических и протеолитических препаратов эпителизация очага некроза происходит без образования рубцовой не функционирующей ткани.

У пациенток 2-й группы, которые в комплексе послеоперационной терапии не получали тромболитического препарата Дистрептазу, показатели местного иммунитета значительно отличались от аналогичных в 1-й группе.

Рецидив заболевания на фоне обострения хронического аднексита не приводил к нормализации проницаемости сосудов микроциркуляции в шейке матки. Об этом свидетельствуют высокие уровни сывороточных иммуноглобулинов классов A (0,12±0,01 г/л) и G (0,67±0,03 г/л). У данных пациенток в секрете шейки матки определялись иммуноглобулины класса M, что свидетельствовало о персистенции воспалительного процесса в тканях шейки матки.

Эпителизация очага хирургического некроза на шейке матки у пациенток, которые в комплексе послеоперационной терапии не получали Дистрептазу, заканчивалась образованием рубцовой ткани в шейке матки. Свидетельством рубцовых изменений, а также рецидивирования диспластического процесса на шейке матки является функциональная неполноценность эпителия канала шейки матки, о которой свидетельствуют низкие концентрации sIgA.

Таким образом, полученные нами результаты иммунологического исследования через 3 мес после комплексной терапии предопухолевых заболеваний шейки матки на фоне хронического сальпингоофорита свидетельствуют о положительном влиянии указанных методов лечения на состояние местного иммунитета шейки матки. Положительные сдвиги показателей местного иммунитета у пациенток после лечения можно объяснить полным заживлением очага некроза уже на 6–8-й неделе после операции у этих пациенток.

Свидетельством нормализации показателей местного иммунитета у пациентов 1-й группы следует считать также полученные нами результаты бактериологических исследований, которые были выполнены через 3 мес после лечения.

¹- на фоне хронического сальпингоофорита.

По результатам наших бактериологических исследований обнаружено отсутствие микробных ассоциаций, *Lactobacillus species* выявлены нами у 90% больных, а *Bifidobacterium species* были обнаружены в 98,0% случаев, в то время как во 2-й группе эти показатели были достоверно ниже: 69,0% и 72,0% соответственно ($p < 0,05$).

При УЗИ пациенток 1-й группы через 1 и 3 мес после курса терапии мы наблюдали положительные признаки: отсутствие свободной жидкости во внутриматочном пространстве, яичники имели правильную структуру (соответственно 96,0% и 100,0%) и четкие контуры (соответственно 88,0% и 100,0%). УЗ-показатели у пациенток 2-й группы отличались от больных, которые получали Дистрептазу, а именно: даже через 3 мес после хирургического лечения дисплазий шейки матки яичники у 80,0% женщин не имели правильной структуры и четких контуров.

Результаты доплерометрии кровообращения в яичниковых артериях до и через 1 мес после окончания курса комплексной терапии, включающей Дистрептазу, свидетельствует о значительном улучшении доплерометрических показателей кровообращения. Достоверные ($p < 0,05$) положительные изменения касались прежде всего СДС ($2,5 \pm 0,2$ до лечения и $3,6 \pm 0,4$ после терапии) показателей скорости кровообращения: МССК и ССК соответственно $10,3 \pm 1,5$ и $6,6 \pm 1,2$ до $15,4 \pm 1,2$ и $11,8 \pm 1,2$ после использования предложенной нами терапии.

Контрольное обследование через 3 мес после операции включало в себя оценку жалоб, кольпоскопию, взятие и микроскопию вагинального мазка, исследование методом ПЦР на наличие ВПЧ.

Результаты исследования показали высокую эффективность предложенного нами подхода к лечению предопухолевых заболеваний шейки матки, в сочетании с генитальной инфекцией и хроническими сальпингоофоритами (комплексная терапия с препаратом Дистрептаза и вагинальным пробиотиком Ellen в тампоне). Полный клинический, кольпоскопический и цитологический эффект был достигнут нами в 96,0% случаев. В одном случае мы диагностировали рецидив лейкоплакии шейки матки, не сочетавшейся с бактериальным вагинитом. Еще в одном случае на фоне отсутствия клинических и лабораторных признаков бактериального вагиноза, а также при цитологическом заключении мазка типа I кольпоскопически выявлена законченная зона доброкачественной трансформации. Случаи рецидива лейкоплакии и формирование кист на шейке матки, по-видимому, связаны с индивидуальными особенностями эпителизации очага некроза, а не с негативным влиянием флоры влагалища.

В группе больных, которые не использовали в послеоперационный период фибринолитический и протеолитический препарат Дистрептаза и пробиотик Ellen в тампоне, эффективность лечения через 3 мес после оперативного лечения дисплазий шейки матки составила 62,0%. Рецидивы заболеваний в виде кольпоскопически выявляемой простой и пролиферирующей лейкоплакии, папиллярной дисплазии диагностированы в 38,0% случаев. Такой достаточно низкий эффект от проведенной терапии мы можем объяснить тем фактом, что обострение хронического сальпингоофорита в группе данных пациенток мы отметили в 70,0% случаев.

По результатам ПЦР элиминация ВПЧ произошла у 92,0% пациенток из группы больных, страдающих дисплазиями шейки матки на фоне хронического сальпингоофорита, которым в комплекс послеоперационной терапии были включены фибринолитические и протеолитические препараты (Дистрептаза) и пробиотик Ellen в тампоне. В группе, которая не получила предопухолевую терапию, элиминация ВПЧ составила 74% ($p < 0,05$).

Более положительные результаты мы можем объяснить тем, что мы использовали комплексный метод лечения, который включал хирургическое лечение патологического очага на шейке матки и назначение Дистрептазы ректально. Хирургическая ликвидация очага дисплазии на шейке матки с последующей комплексной противовоспалительной, противовирусной и иммуномодулирующей терапией, а также действие Дистрептазы (тромболитическое, улучшающее микроциркуляцию, доступ к очагу воспаления медикаментозных средств, иммунокомпетентных и полипотентных клеток) позволяют профилактировать обострение хронического сальпингоофорита, благоприятно влиять на механизмы элиминации ВПЧ, улучшить процессы эпителизации очага хирургического некроза и значительно повысить эффективность лечения, а также снизить частоту рецидивов предопухолевых заболеваний шейки матки.

Таким образом, для повышения эффективности лечения и профилактики рецидивов предопухолевых заболеваний шейки матки целесообразно использовать следующие подходы.

1. Проводить комплексное клинико-лабораторное обследование больных для диагностики состояния экосистемы влагалища и с целью выявления сопутствующего хронического сальпингоофорита.

2. Наличие дисплазии шейки матки средней или тяжелой степени в сочетании с ВПЧ и хроническим сальпингоофоритом является показанием для электрохирургической или радиохимирургической конизации шейки матки с последующим назначением в послеоперационный период комплексной противовоспалительной терапии, включающей фибринолитический и протеолитический препарат Дистрептаза и пробиотик Ellen в тампоне во время менструации.

3. Эффективность (элиминация ВПЧ, отсутствие кольпоскопических и цитологических признаков дисплазии эпителия шейки матки, ультразвуковые и доплерометрические признаки отсутствия сальпингоофорита) комплексной терапии, включающей хирургическое лечение очага дисплазии и назначение консервативной терапии с использованием ректальных суппозиторий Дистрептаза и пробиотика Ellen у пациенток с предопухолевыми заболеваниями шейки матки на фоне хронического сальпингоофорита, составляет 96,0%.

Профілактика запальних ускладнень та рецидивів захворювань шийки матки після їхнього хірургічного лікування

А.Я. Сенчук, С.С. Саврун, В.В. Самсонова, І.О. Доскоц, І.І. Чермак

З метою підвищення ефективності хірургічного лікування і профілактики рецидивів передпухлинних захворювань шийки матки у пациенток із хронічними аднекситами проведено комплексне обстеження 100 жінок із даною патологією. Результати досліджень дозволили розробити патогенетично-обґрунтований підхід до ведення післяопераційного періоду, який включає призначення протизапальних препаратів, Дистрептази, яка діє фибринолітично і антитромботично, і вагінальних тампонів Ellen, які містять пробіотики.

Комплексне обстеження пациенток через 3 міс після хірургічного лікування патології шийки матки показало, що ефективність (елімінація ВПЧ, відсутність кольпоскопічних і цитологічних ознак дисплазії епітелію шийки матки, ультразвукові і доплерометричні ознаки відсутності сальпінгоофориту) комплексної терапії, яка включає хірургічне лікування вогнища дисплазії і призначення консервативної терапії з використанням ректальних супозиторіїв Дистрептаза і пробіотика Ellen у пацієнток із передпухлинними захворюваннями шийки матки на фоні хронічного сальпінгоофориту, складає 96,0%.

Ключові слова: дисплазія шийки матки, хронічний сальпінгоофорит, лікування.

Prevention of inflammatory complications and recurrence of cervical diseases after surgical treatment

S. Senchuk, V. Savrun, I. Samsonova, I. Doskoch, I. Chermak

A comprehensive examination of 100 patients with chronic adnexitis was conducted to enhance the effectiveness of surgical treatment and prevent the recurrence of precancerous diseases of the cervix. The results allowed us to develop pathogenesis-based approach to managing postoperative period, which includes the prescription of anti-inflamma-

tory drugs Dystreptaza which have fibrinolytic and antithrombotic activity, and vaginal swabs Ellen, that contain probiotics.

Comprehensive patient's examination in 3 months after surgical treatment of cervical pathology showed that the effectiveness (elimination of HPV, absence of colposcopic and cytological signs of cervical dysplasia, absence of ultrasound and dopplerometry salpingoophoritis signs) of complex therapy, including surgical treatment of dysplasia focus and prescription of conservative therapy using rectal suppositories Dystreptaza and probiotic Ellen in patients with precancerous cervix diseases on the background of chronic salpingoophoritis, is 96.0 %.

Key words: cervical dysplasia, chronic salpingoophoritis, treatment.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Волошина Н.Н. Комбинированное лечение преинвазивного рака шейки матки у пациенток репродуктивного возраста / Н.Н. Волошина, О.Ю. Петрова, Ю.А. Шатовский // Репродуктивное здоровье женщины. – № 1 (21). – 2005. – С. 86–88.
2. Грищенко О.В. Пути стимуляции процесса репарации после удаления фоновых процессов эктоцервикса / О.В. Грищенко, А.В. Сторчак, В.И. Останина // Здоровье женщины. – № 4 (28). – 2006. – С. 1–6.
3. Комплексне органозберігаюче лікування цервікальних інтраепітеліальних неоплазій та початкового раку шийки матки у молодих пацієнток / Воробйова Л.І., Лігірда Н.Ф., Воронцова А.Л. та ін.: Метод. рекомендації. – К., 2006. – 23 с.
4. Зотиков Л.О. Клініко-морфологічні особливості ураження шийки матки при папіломавірусній інфекції / Л.О. Зотиков, І.Б. Вовк, А.О. Калюта // Репродуктивное здоровье женщины. – № 6. – 2003. – С. 3–6.
5. Исакова Л.М. Современные аспекты диагностики и лечения патологических процессов шейки матки, ассоциированных с ВПЧ-инфекцией / Л.М. Исакова, В.Б. Рымаренко // Вісник асоціації акушерів-гінекологів України. – № 3 (8). – 2000. – С. 18–22.
6. Комплексне органозберігаюче лікування цервікальних інтраепітеліальних неоплазій та початкового раку шийки матки у молодих пацієнток / Воробйова Л.І., Лігірда Н.Ф., Воронцова А.Л. // Метод. рекомендації. – К., 2006. – 23 с.
7. Применение препаратов интерферона при лечении плоскоклеточных интраэпителиальных поражений шейки матки низкой степени / [Г.Т. Сухих, В.Н. Прилепская, С.И. Роговская и др.] // «АГ-инфо». – № 3. – 2008. – С. 3–11.
8. Роговская С.И. Папилломавирусная инфекция гениталий: роль интерферонов в патогенезе и лечении / С.И. Роговская // Гинекология. – 2003. – Т. 5, № 5. – С. 195–198.
9. Роговская С.И. Папилломавирусная инфекция у женщин и патология шейки матки. – Изд. 2-е. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 192 с.
10. Уджуху В.Ю. Опыт применения геноферона и криодеструкции при лечении поражений аногенитальной области вирусом папилломы человека / В.Ю. Уджуху // Инфекционные болезни. – 2005. – № 3. – С. 1–3.
11. Щербіна І.М. До питання хірургічного лікування ектопій шийки матки / І.М. Щербіна, О.П. Ліпко, Л.В. Потапова // Акушерство та гінекологія. – № 3. – 2002. – С. 95–98.