

## РОЛЬ ПРЕФОРМИРОВАННЫХ ФАКТОРОВ В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ЦЕРВИЦИТА

*Е. В. Лемякина, Н. А. Жаркин, Н. А. Бурова*

Кафедра акушерства и гинекологии ФУВ ВолгГМУ

Хронические неспецифические цервициты играют существенную роль в развитии различных форм дисплазий, воспалительных заболеваний матки и придатков, бесплодия, невынашивания беременности, преждевременных родов, послеродовых гнойно-септических заболеваний [1, 2, 5–7]. Частота их составляет 60–70 % [7]. Воспаление шейки матки выявляется у 70 % женщин, обращающихся в амбулаторные отделения [6]. Лечение хронических цервицитов нередко малоэффективно, часто сопровождается рецидивами [3, 5]. Используются многочисленные медикаментозные и немедикаментозные методы, но, несмотря на это, частота неспецифических цервицитов в настоящее время не имеет тенденции к уменьшению, ввиду чего существует необходимость разработки новых более эффективных подходов в лечении данной патологии.

### **Цель работы**

Повысить эффективность лечения хронических неспецифических цервицитов.

### **Методика исследования**

Для решения поставленных задач на базе центра планирования семьи и репродукции ГБУЗ «ВОКБ № 1» и женской консультации ГУЗ «Клинического родильного дома № 2» Волгограда проведено комплексное клинко-лабораторное и инструментальное обследование 96 пациенток в возрасте от 23 до 30 лет с хроническим неспецифическим цервицитом. Исследования у больных обеих групп проводились при наличии информированного согласия.

Испытуемые в зависимости от проводимого метода лечения были раз-

делены на две идентичные группы – сравнения ( $n = 32$ ) и основную ( $n = 64$ ). На первом этапе лечения пациентки обеих групп получали идентичную терапию. Назначались антибактериальные препараты широкого спектра действия в сочетании с метронидазолом. С целью профилактики вульвовагинального кандидоза назначали флуконазол в дозе 150 мг однократно. В состав комплексной терапии для местной ликвидации условно-патогенных микроорганизмов и анаэробов был включен комбинированный препарат «Нео-пенотран форте» в виде вагинальных свечей (по 1 свече на ночь в течение 7 дней). С целью восстановления влагалищного микробиоценоза был назначен ацилакт по 1 свече интравагинально в течение 10 дней.

На втором этапе лечения в группе сравнения с целью коррекции иммунологических нарушений был назначен генферон 500 тыс. МЕ вагинально по 1 свече 2 раза в день в течение 10 дней.

Основная группа после 1 этапа лечения была разделена на три подгруппы. В 1-й подгруппе ( $n = 16$ ) применяли инфракрасное лазерное воздействие на шейку матки на аппарате «Мустанг-024». Время воздействия 3 мин, длина волны 0,9 нм, импульсная мощность 5 Вт, частота следования импульса 600 Гц. Курс составил 10 дней.

Во 2-й подгруппе ( $n = 16$ ) назначали вагинальные тампоны с бальнеологическим средством «Эльтон» в гелевой форме в течение 10 дней, время воздействия 2 часа. Основанием для выбора бальнеологического средства «Эльтон» явились его особенности воздействия на воспаленную ткань. Бальнеологическое средство «Эльтон»

представляет собой липидный комплекс из лечебной грязи озера Эльтон, содержащий глицериды, насыщенные и ненасыщенные органические кислоты, фосфолипиды (лецитины, кефалины), каратиноиды, ксантофилы, хлорофиллы, стерины. Средство обладает противовоспалительными, репаративными, антиоксидантными, мембраностабилизирующими, иммуномодулирующими свойствами [3, 8].

В 3-й подгруппе ( $n = 32$ ) применяли лазерный фотофорез бальнеологического средства «Эльтон». Зона поражения обрабатывалась бальнеологическим средством «Эльтон» в виде геля, после чего было применено инфракрасное лазерное облучение шейки матки. Облучение осуществлялось гинекологической насадкой, которая приводилась в контакт с облучаемой поверхностью. Характеристики лазерного излучения аналогичны 1-й подгруппе основной группы. Процедуры проводились ежедневно, начиная в первую фазу менструального цикла в течение 10 дней.

Комплексное обследование включало в себя: сбор анамнестических данных, определение гинекологического статуса, проведение микроскопии влагалищного секрета, простой и расширенной кольпоскопии, бактериологического исследования и ПЦР диагностики цервикального секрета. Обработку полученных

результатов проводили путем непараметрического анализа с определением критерия Манна – Уитни, Хи-квадрата, расчета средней арифметической величины, среднего отклонения. Статистически значимыми считали различие между сравниваемыми рядами с уровнем вероятности  $p < 0,05$ .

### Результаты исследования и их обсуждение

В ходе клинико-лабораторного обследования до лечения было выявлено, что состояние и общая клиническая картина заболевания у испытуемых обеих групп были идентичными и достоверно не отличались ( $p > 0,05$ ), что свидетельствует о их сопоставимости. Средний возраст пациенток составил в группе сравнения –  $(26,2 \pm 2,4)$  лет, в основной группе –  $26,6 \pm 2,2$  ( $p = 0,76$ ). Большинство обследованных, а именно – 31, в группе сравнения (96,8 %) и 62 – в основной группе (96,8 %) жили регулярной половой жизнью ( $p = 1$ ). Средний возраст полового дебюта в группе сравнения составил –  $(17,6 \pm 1,4)$  лет, в основной группе –  $18,1 \pm 1,6$  ( $p = 0,84$ ). Среди пациенток обеих групп преобладали женщины, не состоявшие в зарегистрированном браке – 18 в группе сравнения (56,2 %) и 35 – в основной группе (54,6 %) ( $p = 0,23$ ). Длительность заболевания испытуемых представлена в табл. 1.

Таблица 1

### Длительность заболевания к моменту обследования

Длительность заболевания	Группа сравнения	Основная группа
1–2 года	12 (37,5 %)	23 (35,9 %)
3–4 года	14 (43,7 %)	27 (42,3 %)
5 лет и более	6 (18,8 %)	14 (21,8 %)

Средняя длительность заболевания составила в группе сравнения –  $3,0 \pm 1,1$ , в основной группе –  $3,1 \pm 1,2$  ( $p = 0,89$ ).

При бактериологическом исследовании до лечения у всех обследованных

обеих групп наблюдался рост условно-патогенных микроорганизмов (*E. coli*, стрептококки, стафилококки, бактероиды, кандиды, уреоплазмы, микоплазмы, гарднереллы). При микроскопическом

исследовании влагалищного содержимого, согласно классификации Е. Ф. Кира, выявлена картина дисбиоза в 13 мазках группы сравнения (40,6 %) и в 30 основной группы (46,8 %) ( $p = 0,56$ ) [4]. Микроскопическая картина вагинита была определена у 18 больных группы сравнения (56,2 %) и у 34 основной группы (53,2 %) ( $p = 0,77$ ). При проведении расширенной кольпоскопии у всех пациенток обеих групп выявлена неудовлетворительная кольпоскопическая картина.

Эффективность проведенного лечения оценивали по полноте исчезновения проявлений патологического процесса, на основании анализа динамики субъективных и объективных клинических, лабораторных, инструментальных данных через 2 месяца после окончания терапии.

Цитологическое исследование состояния экзо- и эндоцервикса после окончания комплексного воздействия ни в одном наблюдении в обеих группах не выявило возникновения дисплазий или нарушения клеточной дифференцировки. Кольпоскопическая картина через 2 месяца после лечения, соответствующая параметрам нормы здоровых женщин (оригинальный сквамозный

эпителий, цилиндрический эпителий, зона трансформации), констатирована у 12 пациенток (37,5 %) группы сравнения, а в основной группе – у 54 (84,3 %) ( $\chi^2 = 21,81$ ,  $p = 0$ ). В 1-й подгруппе нормальная кольпоскопическая картина наблюдалась у 13 обследованных (81,2 %) ( $\chi^2 = 8,18$ ,  $p = 0,004$ ), во 2-й подгруппе – у 10 (62,5 %) ( $\chi^2 = 2,68$ ,  $p = 0,1$ ) и в 3-й подгруппе – у 31 (96,8 %) ( $\chi^2 = 25,58$ ,  $p = 0$ ). Достоверность различий считалась относительно показателя группы сравнения.

Повторный бактериальный посев и ПЦР-диагностика, проведенные после окончания второго этапа лечения, подтвердили устранение инфекционного агента у 28 больных (87,5 %) группы сравнения и у 60 (93,7 %) основной группы ( $p = 0,29$ ). В подгруппах показатели распределились следующим образом: в 1-й подгруппе отсутствие инфекционного агента выявлено у 14 пациенток (87,5 %) ( $\chi^2 = 0$ ,  $p = 1$ ), во 2-й подгруппе – у 14 (87,5 %) ( $\chi^2 = 0$ ,  $p = 1$ ), а в 3-й подгруппе – у всех испытуемых ( $\chi^2 = 4,26$ ,  $p = 0,03$ ). После проведенного лечения у пациенток произошли существенные изменения состава микрофлоры влагалища (табл. 2).

Таблица 2

Биоценоз влагалища пациенток после лечения

Типы биоценоза	Группа сравнения	Основная группа	1-я подгруппа основной группы	2-я подгруппа основной группы	3-я подгруппа основной группы
Нормоценоз	13 (40,6 %) **	45 (70,3 %) **	8 (50 %)	7 (43,7 %)	30 (93,7 %) ****
Промежуточный тип	12 (37,5 %) **	19 (29,7 %) **	8 (50 %)	9 (56,2 %)	2 (6,3 %) ***
Дисбиоз	7 (21,8 %) *	0 **	0 ****	0 ****	0 ****

Примечание:

\* – достоверность различий ( $p < 0,05$ ) показателя по отношению к исходному;

\*\* – достоверность различий ( $p < 0,001$ ) показателя по отношению к исходному;

\*\*\* – достоверность различий ( $p < 0,05$ ) показателя по отношению к показателю группы сравнения;

\*\*\*\* – достоверность различий ( $p < 0,001$ ) показателя по отношению к показателю группы сравнения.

Рецидив в течение 6 месяцев после лечения наблюдался у 9 больных группы сравнения (28,1 %), в то время как в основной группе наблюдался стойкий эффект от лечения с применением природных преформированных факторов ( $\chi^2 = 15,36, p = 0,0001$ ).

### **Заключение**

Применение интравагинальной лазеротерапии, грязелечения, а особенно комбинации этих воздействий на шейку матки обеспечило регрессию клинических симптомов и позволило избежать

рецидивов заболевания. Разработанная методика с применением лазерного фотофореза бальнеологического средства «Эльтон», способствовало активации процессов репарации и регенерации, что привело к более полноценной эпидермизации воспаленного эпителия шейки матки. Комплексный метод оказался более эффективным, безопасным, позволил сохранить анато-физиологическую структуру шейки матки и может быть применим в амбулаторной практике.

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Василькова Е. В., Тетюлина Ф. К., Жуковская И. Г. // Матер. X юбилейного Всерос. форума «Мать и дитя». – М., 2009. – С. 270.
2. Кондриков Н. И. Экзо- и эндоцервицит: морфологические аспекты // Поликлиническая гинекология / Под ред. В. Н. Прилепской. – М.: МЕДпресс-информ, 2005. – 640 с.
3. Жаркин Н. А., Симонян А. В. Бальнеологические средства озера Эльтон: Информационное письмо. – Волгоград, 2006. – С. 37.
4. Кира Е. Ф. Бактериальный вагиноз (клиника, диагностика, лечение): автореф. дисс. ... д-ра мед. наук. – СПб., 1995. – С. 40–45.
5. Манухин И. Б., Крапошина Т. П., Захарова Г. П. // Акушерство и гинекология. – 2001. – № 4. – С. 38–41.
6. Новиков А. И. Генитальные инфекции и патология шейки матки: клинические лекции / Под ред. В. Н. Прилепской, Е. Б. Рудаковой. – Омск: ИПЦ ОмГМА, 2004. – С. 12–22.
7. Прилепская В. Н., Кондриков Н. И., Гогаева Е. В. Патология шейки матки // Практическая гинекология: клинические лекции / Под ред. В. И. Кулакова, В. Н. Прилепской. – 3-е изд., доп. – М.: МЕДпресс-информ, 2006. – 736 с.
8. Щетинина Т. А., Жаркин Н. А., Симонян А. В. // Вестник ВолГМУ. – 2007. – № 4. – С. 15–17.