

УДК 618.146-085+616.993.1:618.1

© А. А. Квартальный, 2011.

ЛЕЧЕНИЕ ПРЕДОПУХОЛЕВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ШЕЙКИ МАТКИ В СОЧЕТАНИИ С УРЕАПЛАЗМЕННОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

А. А. Квартальный

*Кафедра акушерства и гинекологии (зав. кафедрой – проф. А. Я. Сенчук),
Киевский медицинский университет УАИМ, г. Киев.*

TREATMENT OF CERVICAL PRETUMOUR IN COMBINATION WITH UREAPLASMATIC INFECTION O. O. Kvartalny

SUMMARY

To determine clinical and laboratory effectiveness of complex use of cryodestruction and drug therapy for treatment of cervical pretumour in combination with ureaplasmatic infection 58 patients have been examined and treated.

Carried out into practice complex method of treatment of cervical pretumour in combination with ureaplasmic.

Infection es safe and highly effective (clinical and laboratory effectiveness makes up 98,2%).

ЛІКУВАННЯ ПЕРЕДПУХЛИННИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ШИЙКИ МАТКИ В ПОЄДНАННІ З УРЕАПЛАЗМАТИЧНОЮ ІНФЕКЦІЄЮ

А. А. Квартальный

РЕЗЮМЕ

З метою визначення клінічної і лабораторної ефективності комплексного застосування криодеструкції та медикаментозної терапії для лікування передпухлинних захворювань шийки матки у сполученні з уреаплазменою інфекцією обстежено та проліковано 58 пацієнток. Розроблений і впроваджений у клінічну практику комплексний метод лікування передпухлинних захворювань шийки матки у сполученні з уреаплазменою інфекцією є безпечним і високоефективним (клінічна та лабораторна ефективність становить 98,2%).

Ключевые слова: предопухоловые заболевания шейки матки, криодеструкция, уреаплазма.

К наиболее часто встречающимся заболеваниям, передающимся половым путём, относится уреаплазменная инфекция.

По статистике частота колонизации уреаплазми мочеполовых органов здоровых людей составляет: у мужчин – 25%, у женщин – до 80%. По данным литературы, уреаплазмы выделены у 95% женщин, имеющих несколько сексуальных партнеров, у 80% гинекологических больных – при воспалительных заболеваниях гениталий, у 51% – при бесплодии; у 35-45% беременных; до 74% – при угрозе прерывания беременности [3, 7-10].

Существует ряд факторов, обуславливающих патогенность микоплазм (уреаплазм):

- способность прикрепляться к клеткам;
- наличие специфических рецепторов, которые обеспечивают механизмы абсорбции;
- структурное сродство мембран микоплазм и клеток макроорганизма (аутоиммунизация макроорганизма).

Патогенные свойства уреаплазм определяются их адгезивностью, т.е. способностью прикрепляться к эпителию слизистых оболочек, лейкоцитам, сперматозоидам, образованием эндо- и экзотоксинов. При-

крепившись к поверхности клеток пораженного органа, они разрушают клеточные мембраны, внедряются в цитоплазму с деструкцией пораженных клеток и развитием сосудистых и других проявлений – острой воспалительной реакции. Уреаплазмы не обладают высокой инвазивной способностью, их жизнедеятельность ограничена поверхностно расположенными эпителиальными клетками.

В хронической стадии сосудистые реакции выражены менее значительно, однако превалирует нарушение барьерных и регуляторных функций пораженных тканей. Латентная уреаплазменная инфекция может оказать влияние на хромосомный аппарат клеток, проникать через плаценту и поражать плод [2].

Факторами, усиливающими потенциальную патогенность уреаплазм и микоплазм, являются нарушение иммунобиологической реактивности организма, беременность, аборт, оперативное вмешательство, экстрагенитальная патология, стрессовые ситуации, переохлаждение.

Большинство исследований указывают, что единственным источником урогенитального микоплазмоза является больной человек или микоплазмонаси-

тель, заражение происходит преимущественно половым путем.

По клиническому течению выделяют микоплазменные инфекции свежие (острые, подострые, торпидные), хронические и бессимптомные. Бессимптомное течение уреаплазмоза ведет к снижению общего и местного иммунитета, что способствует более легкому присоединению других специфических или неспецифических инфекций.

Предрасполагающим фоном для развития воспалительных процессов является высокая частота эктопии шейки матки (10,0-15,0%) у молодых женщин и девушек-подростков, а также отягощенный акушерско-гинекологический и соматический анамнез: хроническая патология органов мочевыделительной системы – 46,9%, самопроизвольные выкидыши на разных сроках беременности [8]. Очень часто отмечается значительная устойчивость уреаплазм к проводимому лечению [1, 4, 6].

Учитывая недостаточную эффективность используемых в настоящее время медикаментозных методов лечения уреаплазменной инфекции, и, в частности, случаев сочетания предопухолевых заболеваний шейки матки и уреаплазмоза, проведен поиск в направлении сочетанного использования криодеструкции шейки матки и медикаментозных препаратов для лечения данной патологии.

Целью нашего исследования было изучить клиническую эффективность комплексного использования криодеструкции шейки матки и медикаментозной терапии для лечения предопухолевых заболеваний шейки матки в сочетании с уреаплазменной инфекцией.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Под нашим наблюдением находились 57 больных с предопухолевыми заболеваниями шейки матки в сочетании с уреаплазменной инфекцией. При диагностике наличия уреаплазмоза и патологии шейки матки мы исключали наличие всех инфекций, а также простейших, которые могут вызывать подобную клинику. В данной группе женщин проведено комплексное исследование на инфекции методами ИФА, ПЦР. Исследовались бактериоскопические выделения из влагалища [5].

Для уточнения и подтверждения патологических изменений шейки матки проводилось цитологическое, кольпоскопическое исследования, в некоторых случаях биопсия шейки матки. Исследование пациенток с уреаплазмозом дало следующие результаты. У 34 (59%) пациенток выявлены доброкачественные изменения эпителия шейки матки – эктопия цилиндрического эпителия, папиллярная эрозия, простой эндоцервикоз, законченная (фолликулярная эрозия, эпидермизирующий эндоцервикоз, ретенционные кисты) и незаконченная (железистая эрозия, пролиферативный эндоцервикоз) зона доброкачественной

трансформации. У 24 (41%) больных выявлен полиморфизм кольпоскопических картин и, кроме изменений, характерных для эндоцервикоза, определялись незаконченная зона предопухолевой трансформации, папиллярная дисплазия, поля дисплазии, простая и пролиферирующая лейкоплакия. Цитологически и, по показаниям, гистологически выявлена легкая и умеренная степень дисплазии эпителия шейки матки.

Для терапии данной патологии использовалось комплексное лечение, включающее криодеструкцию шейки матки и цервикального канала, антибактериальные (Доксициклин, Ципрофлоксацин), десенсибилизирующие (Супрастин, Диазолин), иммуномодуляторы (Протефлазид, Неовир, Лаферон, Амиксин), средства для лечения и профилактики кандидоза (Клотримазол, Флуконазол).

Одним из мест расположения микоплазм и уреаплазм при поражении половых органов является цервикальный канал. При местном лечении цервикальный канал плохо доступен для лекарственных препаратов в любых лекарственных формах.

Учитывая данные особенности, целесообразно разрушить поверхностные слои цилиндрического эпителия цервикального канала.

При лечении патологического процесса шейки матки методом криодеструкции одновременно разрушаются поверхностные слои эндоцервикса, пораженные уреаплазменной инфекцией.

На современном этапе криодеструкция является одним из эффективных методов лечения доброкачественных и предопухолевых процессов шейки матки.

При воздействии холода в тканях возникает значительная дегидратация клеток в процессе экстра- и интрацеллюлярного образования льда, что приводит к созданию летальной концентрации электролитов. Одномоментно происходит механическое повреждение клеточных мембран вследствие сдавливания клеток кристаллами льда. Процесс сопровождается денатурацией белков, фосфолипидов с последующими разрушениями клеточных структур, прекращением подвижности протоплазмы, что возникает в результате развития термального шока. Вследствие прекращения кровообращения в очаге криовоздействия образуется очаг ишемического некроза.

Особенностью комплексного лечения являлось его одновременное проведение.

Криодеструкция шейки матки проводилась с использованием различных криозондов, подбирившихся по размерам патологического участка. Использовался температурный режим -170°C.

Общая антибактериальная, иммуностимулирующая, десенсибилизирующая терапия и профилактика кандидоза начиналась со дня проведения криодеструкции шейки матки. Местное лечение медикаментозными препаратами назначалось на 10 день после

криодеструкции, сразу после уменьшения водянистых выделений сроком на 10-12 дней.

Пациенткам амбулаторно предлагалось вводить во влагалище на ночь тампоны с антибиотиком, Метронидазолом, Клотримазолом на йодной основе.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Выраженный лечебный эффект (исчезновение отека и гиперемии шейки матки, отсутствие слизистогнойных выделений из канала шейки матки, полная эпителизация коагулированной поверхности шейки матки) мы отметили у 57 (98,2%) больных.

Контрольные исследования в данной группе женщин проводились через 4 и 8 недель после криодеструкции шейки матки и через 4 недели после окончания медикаментозного лечения.

Полная эпителизация шейки матки через 4 недели после криодеструкции наступила у 31 (53,0%) женщины. У 27 (46,0%) женщин отмечались промежуточные стадии эпителизации. Окончательная эпителизация наступила у 19 (33,0%) женщин через 8 недель и у 7 (10,0%) через 10 недель. В одном случае (1,7%), эпителизация в полной мере не наступила, что потребовало дополнительных исследований и лечения. Более длительно проходила эпителизация у 6 женщин (10,0%) от общего числа, страдавших хроническими воспалительными заболеваниями матки и придатков.

В случае не наступления эпителизации у женщины был в анамнезе самопроизвольный выкидыш и хронический двухсторонний сальпингоофорит.

Обследование на уреоплазменную инфекцию проводилось через 4 недели после окончания медикаментозного и общего лечения методом ПЦР. У 57 (98,2%) уреоплазмы не обнаруживались. В одном случае после лечения обнаружена уреоплазма. Это требовало повторного проведения антибактериальной терапии. В данном случае эпителизация шейки матки наступила через 8 недель после криодеструкции.

Проведенные бактериоскопические исследования влагалищной микрофлоры через 4 недели соответствовали I степени чистоты – у 25 (83,0%). У 5 (16,0%) выявлен кольпит, требующий дополнительного лечения. При бактериоскопическом исследовании через 8 недель влагалищная микрофлора соответствовала II ст. чистоты у 57 (98,2%) женщин. У одной женщины бактериоскопическое исследование не проводилось в связи с проведением повторного курса лечения по поводу уреоплазмоза. Проведенные цитологические и кольпоскопические исследования через 8 и 12 недель после лечения подтвердили отсутствие патологического процесса шейки матки в 57 (98,2%) случаях.

Таким образом, методом выбора лечения предопухолевых заболеваний шейки матки в сочетании с уреоплазмозом следует считать применение криодеструкции патологического очага на шейке матки с последующим применением медикаментозной терапии.

Успешная терапия зависит от своевременной диагностики и адекватной терапии обоих партнеров. На всех этапах лечение должно быть комбинированным, до полного излечения запрещаются половая жизнь, употребление алкоголя, острой пищи, чрезмерные физические нагрузки. Необходимо проводить лечение сопутствующих заболеваний и тщательную профилактику кандидоза, курс лечения начинать сразу после окончания менструации.

ВЫВОДЫ

Таким образом, на основании результатов исследования можно сделать вывод о том, что комплексная терапия предопухолевых заболеваний шейки матки в сочетании уреоплазмозом является безопасной и высокоэффективной, а именно клиничко-лабораторная эффективность составляет 98,2%.

ЛИТЕРАТУРА

1. Актуальные вопросы гинекологии / под ред. проф. Е. В. Коханевич. – К.: Книга-плюс, 1998. – 198 с.
2. Диагностика и лечение инфекций половых органов у беременных : метод. рекомендации. – К., 2007. – С. 7–9; 24–27.
3. Кейт Л. Г. Редкие инфекции / Кейт Л. Г., Бергер Г. С., Эдельман Д. А. – М.: Медицина, 1988. – С. 155–165.
4. Контактные инфекции, передающиеся половым путем / [под ред.: И. И. Маврова, М. Н. Бухарович, Б. Т. Глухенький и др.]. – К.: Здоровье, 1989. – 245 с.
5. Коханевич Е. В. Кольпоцервикоскопия : Атлас / Е. В. Коханевич, К. П. Ганина, В. В. Сулинко. – К.: Гидромакс, 2004.
6. Методи лікування і профілактики інфекцій які передаються статевим шляхом / за ред. І. І. Маврова. – Харків, 2004. – 297 с.
7. Невынашивание беременности: этиопатогенез, диагностика, клиника и лечение / под ред. проф. Э. К. Айламазяна. – СПб., 2002.
8. Патология шейки матки и генитальные инфекции / под ред. проф. В. Н. Прилепской. – М.: Мед. Пресс-информ, 2008. – С. 193–202.
9. Руденко А. В. Роль інфекційних факторів у формуванні порушень репродуктивного здоров'я сім'ї / А. В. Руденко, О. В. Романенко // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2003. – № 2. – С. 83–86.
10. Руководство по клинической лабораторной диагностике / под ред. М. А. Базарновой и А. И. Воробьева. – К.: Вища школа, 1991. – С. 412–614.