

Клинический опыт в оптимизации репаративных процессов шейки матки после деструктивно-хирургических вмешательств

О. А. Таран, О. В. Булавенко, Д. Г. Коньков, Т. В. Лобастова
Винницкий национальный медицинский университет им. Н. И. Пирогова

Цель исследования: оценить терапевтическую схему, направленную на улучшение регенерации эпителия слизистой оболочки шейки матки после проведения лазерной вапоризации у женщин репродуктивного возраста с ЦИН 1, с включением вагинального геля на основе декаметоксина и гиалуроновой кислоты.

Материалы и методы. Обследовано 60 женщин репродуктивного возраста с ЦИН 1, подтвержденной гистологическим исследованием, которым была выполнена лазерная вапоризация. В основную клиническую группу вошли 30 женщин, которым назначали вагинальный гель на основе декаметоксина и гиалуроновой кислоты (Гинодек®) 5 мл на 7–10-е сутки после проведения лазерной вапоризации курсом 14 дней. В группу сравнения вошли 30 пациенток, которым после лазерной деструкции шейки матки была назначена стандартная терапия. При помощи кольпоскопии проводили визуальный контроль репаративных процессов шейки матки. По результатам микробиологического исследования проводили оценку биоценоза влагалища. Определяли профиль безопасности терапевтической схемы с включением в нее вагинального геля на основе декаметоксина и гиалуроновой кислоты (Гинодек®).

Результаты. Было доказано, что использование вагинального геля Гинодек® у пациенток с ЦИН 1 после лазерной вапоризации приводило к более быстрой и полноценной эпителизации раневой поверхности, чем использование стандартной терапии (ОР 1,56; 95% ДИ: 1,08–2,26; $p=0,02$). Через 2 мес. после применения вагинального геля на основе декаметоксина и гиалуроновой кислоты определяли достоверное увеличение количества случаев нормализации вагинальной микрофлоры (ОР 1,44; 95% ДИ: 1,04–2,00; $p=0,03$), увеличение количества лактобацилл в вагинальном секрете (ОР 1,50; 95% ДИ: 1,03–2,19; $p=0,04$) и уменьшение количества случаев вагинального кандидоза (ОР 1,27; 95% ДИ: 1,005–1,61; $p=0,045$). Не было отмечено ни одного побочного действия на организм женщины по время использования вагинального геля Гинодек® как за время проведения терапии, так и в более поздний период.

Заключение. Полученные результаты свидетельствовали об ускорении репаративных процессов шейки матки, снижении микробного эффекта и безопасности во время использования вагинального геля Гинодек® после проведения лазерной вапоризации у женщин с ЦИН 1.

Ключевые слова: цервикальная неоплазия, лазерная вапоризация, вагинальная микрофлора, эпителизация, Гинодек®.

За последние 15 лет заболеваемость раком шейки матки у женщин репродуктивного возраста повысилась более чем в два раза, занимая первое место среди всех онкологических заболеваний у женщин в возрасте до 30 лет. В структуре смертности от злокачественных новообразований женщин младше 30 лет рак шейки матки составляет 9,8%, а в возрасте 30–39 лет – 21,7% [6].

В гинекологической практике большое значение имеют предраковые внутриэпителиальные поражения высокой и низкой степени, ранняя диагностика которых позволяет провести своевременное и адекватное лечение. Цервикальная интраэпителиальная неоплазия (ЦИН) – это изменения эпителия шейки матки, состоящие в нарушении стратификации среднего и базального слоя с нарушением слоистости. Благоприятным фоном для формирования предраковой неоплазии шейки матки является длительное инфицирование ВПЧ, нарушение тканевого гомеостаза в результате взаимосвязанных дисбалансов резидентной микрофлоры, местного

иммунитета и клеточных изменений эпителиального слоя [1, 5].

Исходя из того что цервикальная неоплазия представляет собой этап до малигнизации плоского эпителия, основной задачей врача-гинеколога становится предупреждение прогрессирования неоплазии в преинвазивный и инвазивный рак шейки матки. Последние данные свидетельствуют о том, что тајог-классы поражения шейки матки (ЦИН 2, ЦИН 3) следует рассматривать с позиции хирургического лечения, тогда как поражения легкой степени (ЦИН 1) могут быть пролечены путем консервативной терапии. Но при отсутствии эффекта от консервативной терапии у пациенток с ВПЧ в течение 2 лет рекомендованы хирургические методы лечения, поскольку у 12–25% женщин с ВПЧ и ЦИН 1 в течение 4 лет может произойти прогрессия цервикальной неоплазии [4].

По данным литературы, наиболее распространены методы, в основе которых лежит использование в качестве лечебного воздействия методов диатермокоагуляции, радиоволнового воздействия,

энергии квантового излучения (лазеры) и низких температур (криодеструкция) [2, 4, 7].

Диатермокоагуляция до недавнего времени была наиболее распространенным методом лечения. Фактором воздействия диатермокоагуляции является тепло, образующееся во время прохождения тока через ткань. Частота рецидивов заболеваний при использовании данного метода доходит до 60%. Высокая травматичность метода создает опасность кровотечения, рубцовой деформации шейки матки, что является возможной причиной отмены применения диатермокоагуляции для лечения заболеваний шейки матки у женщин репродуктивного возраста.

Механизмом действия криодеструкции шейки матки является мгновенная и интенсивная кристаллизация воды в зоне воздействия [7]. В результате все мембранные структуры клеток разрушаются, происходят нарушение микроциркуляции на тканевом уровне и ишемия. Однако указанный метод лечения поражений шейки матки также имеет недостатки: относительно небольшая и недостаточно контролируемая глубина лечебного воздействия, необходимость захвата больших участков прилегающей ткани, кроме того, невозможность локального удаления патологического участка с минимальной травматизацией прилегающих тканей. Относительно высокая частота рецидивов заболеваний шейки матки после проведения данной терапии наблюдается в 15–40% случаев [2].

К преимуществам лазерной терапии относятся:

- незначительная травматизация тканей,
- отсутствие стеноза канала шейки матки,
- стерилизующий эффект лазерного излучения,
- относительно редкие случаи кровотечения,
- контроль глубины воздействия,
- возможность захвата больших по площади поражений.

Заживление «лазерных» ран происходит быстро за счет меньшей лейкоцитарной инфильтрации, возникающей при формировании лазерного дефекта тканей, сокращения фаз экссудации и пролиферации [3].

Принцип работы радиоволновой хирургии состоит не в коагуляции ткани, а в ее испарении путем нарушения стабильности собственных электромагнитных диполей воды, из которых состоит ткань. Отмечаются высокая атравматичность, значительная легкость вскрытия тканей и хороший гемостаз, отсутствие грубого струпа, менее выраженные рубцовые изменения шейки матки. К преимуществам метода относятся: минимальный отек тканей, сокращающий фазу экссудации, отсутствие боли во время операции и в послеоперационный период, стерилизующий эффект излучаемых радиоволн [4].

Однако следует отметить, что любая послеоперационная травма шейки матки является причиной повреждения физиологического барьера. Цервикальная слизь в канале не удерживается, что сопровождается снижением местного иммунитета и дальнейшим проникновением инфекции. Предраковые состояния, представляющие большой риск

возникновения рака шейки матки, зачастую формируются на фоне рубцовой деформации шейки матки, когда происходит нарушение иннервации, рецепции и трофики шейки [3]. Именно поэтому повышение частоты хирургических вмешательств на шейке матки в Украине при предраковой и фоновой патологии у женщин репродуктивного возраста подтверждает необходимость исследований оптимизации репаративных процессов шейки матки с использованием высокоэффективных мультикомпонентных лекарственных средств.

Указанным выше характеристикам соответствует вагинальный гель Гинодек®, в состав которого входят декаметоксин и гиалуроновая кислота. Гинодек® поддерживает pH и влажность слизистой оболочки влагалища и шейки матки, благодаря чему помогает формировать нормальную микрофлору, защищает от различных инфекционных агентов, устраняет дискомфорт и сухость в половых органах. Декаметоксин оказывает антимикробное, противогрибковое действие и концентрируется на цитоплазматической мембране (ЦПМ) микробной клетки и соединяется с фосфатидными группами липидов мембран, нарушая проницаемость ЦПМ микроорганизмов. Декаметоксин высокоактивен по отношению к микроорганизмам, устойчивым к антибиотикам. Декаметоксин не всасывается слизистыми оболочками, неповрежденной кожей и раневой поверхностью. Гиалуроновая кислота обладает свойством связывать воду, чем обеспечивает поддержание влажности в слизистой оболочке влагалища, проявляет регенерирующие и ранозаживляющие свойства, а также улучшает восстановительные процессы в слизистой оболочке влагалища и шейки матки.

Цель исследования: оценить терапевтическую схему, направленную на улучшение регенерации эпителия слизистой оболочки шейки матки после проведения деструктивно-хирургического вмешательства — лазерной вапоризации у женщин репродуктивного возраста с ЦИН I, с включением вагинального геля на основе декаметоксина и гиалуроновой кислоты (Гинодек®).

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Объектом для исследования репаративных процессов шейки матки и восстановления биоценоза влагалища после проведения лазерной вапоризации стали 60 женщин репродуктивного возраста с ЦИН I, подтвержденной гистологически. Исследование было проведено на клинической базе кафедры акушерства и гинекологии № 1 ВНМУ имени Н. И. Пирогова за период март 2017 – апрель 2019 г.

Пациентам проводили обследование, включавшее кольпоскопию, цитологическое, гистологическое и микробиологическое исследования. Комплексное лечение состояло в проведении лазерной вапоризации шейки матки с дальнейшим назначением препарата для регенерации эпителия слизистой оболочки шейки матки.

Лазерную вапоризацию осуществляли с применением диодного лазера «Лика-хирург» (далее ЛГ), работающего в инфракрасном диапазоне, с

длиной волны 940 нм, терапевтической исходящей мощностью 18 Вт (свидетельство о государственной регистрации № 4710/2006). Во время обработки с помощью лазера патологического участка применяли воздействие расфокусированным лазером примерно 1 см². Лечение лазерным методом проводили в первую фазу менструального цикла при наличии мазков 2-й степени чистоты.

В зависимости от условий исследования больные были поделены на две группы:

- в основную клиническую группу вошли 30 женщин, которым назначали вагинальный гель Гинодек® 5 мл на 7–10-е сутки после проведения лазерной вапоризации курсом 14 дней;
- в группу сравнения вошли 30 пациенток, которым после лазерной вапоризации шейки матки была назначена стандартная терапия, не предусматривавшая использование 0,1% гиалуроновой кислоты и 0,02% декаметоксина.

Критерии включения в исследование:

1. Согласие и возможность принимать участие в исследовании
2. Возраст от 18 до 40 лет
3. Наличие ЦИН 1 (с гистологической верификацией).

Критерии исключения из исследования:

1. Клиническое подтверждение наличия инфекционного или воспалительного процесса в участке оперативного вмешательства
2. Наличие инфекционного процесса в организме больной, что может обусловить инфицирование раны
3. Наличие сахарного диабета
4. ВИЧ-инфекция, СПИД
5. Иммуносупрессивные состояния, не связанные с ВИЧ/СПИД
6. Возраст свыше 40 лет.

Всем женщинам было рекомендовано не применять спринцевание, интравагинальные или системные противомикробные препараты, кроме назначенной терапии, а также обязательно

воздерживаться от половой жизни.

Первоочередные критерии оценки эффективности:

- Визуальное определение состояния слизистой оболочки: эпителия, раневой поверхности, наличия/отсутствия воспалительного/некротического процесса.

Второстепенные критерии оценки эффективности:

- Определение биоценоза влагалища (согласно результатам микробиологического исследования).

Критерии оценки безопасности:

- Контроль за переносимостью и состоянием пациентов, получавших в схеме лечения вагинальный гель Гинодек®.

Материалом для бактериоскопического и бактериологического исследований было вагинальное отделяемое, забор которого осуществляли из заднего свода влагалища, а транспортирование проводили в анаэробных условиях.

Первичный осмотр после лечения проводили через 1 мес., в первую фазу менструального цикла, поскольку начальная эпителизация длится более 24 дней. Через 2 мес. было выполнено бактериоскопическое исследование. Через 3 мес. всем пациенткам была выполнена кольпоскопия и проведено бактериологическое и цитологическое исследование. Окончательный осмотр выполняли через 6 мес. после проведения терапии (кольпоскопия, цитологическое исследование и ВПЧ-тестирование).

Вариационно-статистическая обработка результатов исследования была выполнена при помощи программ SPSS Statistics 22 и StatSoft «Statistica 13» с определением основных вариационных показателей: средних величин (M), средних погрешностей (m), среднеквадратических отклонений (p). При различных видах статистического анализа критическое значение уровня значимости принимали равным 0,05.

Таблица 1

Вагинальная микробиота у женщин с патологией шейки матки в зависимости от вида послеоперационной терапии через 2 мес. после лазерной вапоризации, абс. число/%

Лактобактерии	Основная группа, n=30	Группа сравнения, n=30
106–108	24/80,0*	16/53,3
105–106	3/10,0	9/30,0*
<105	3/10,0	5/16,7

Примечание. * – Отличия статистически значимые в пределах группы исследования (p<0,05).

Таблица 2

Состав анаэробной условно-патогенной флоры у женщин с патологией шейки матки через 3 мес после деструктивно-хирургической терапии

Показатель	Основная группа, n=30		Группа сравнения, n=30	
	Абс. число	%	Абс. число	%
Gard.vag./ Prev.bivia/ Porph.spp.	-	-	6	20,0
Eubacterium spp.	2	6,7	8	26,7
Sneathia spp/ Lepto.spp./ Fusobac.spp.	2	6,7	5	16,7
Megasphaera spp / Veillonella spp / Dialister spp.	-	-	3	10,0

Lachnobac.spp / Clostr.spp	-	-	4	13,3
Mobiluncus / Corynebac.spp	1	3,3	6	20,0
Peptostreptococcus	-	-	2	6,7
Atopobium vaginae	1	3,3	5	16,7

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Во время анализа результатов лечения ЦИН 1 выделяли следующие определения:

- полный эффект — наличие завершенного процесса эпителизации, характеризовавшегося кольпоскопическими признаками многослойного плоского эпителия по всей поверхности экзоцервикса через 1 мес. после лечения;

- отсутствие или неполный эффект — наличие неполной эпителизации шейки матки или сохранение патологического участка меньшего диаметра в течение 3 мес. после констатации неполного эффекта;

- рецидив — повторное появление того же заболевания шейки матки через 3 и более мес. после достижения полного эффекта.

Через 1 мес. после лазерной вапоризации шейки матки визуально было отмечено уменьшение зоны отека и гиперемии у пациенток основной клинической группы по сравнению с аналогичным пейзажем в группе сравнения. У пациенток с ЦИН 1 (основная клиническая группа) полную эпителизацию отмечали у 25 (83,3%) женщин, получавших вагинальный гель Гинодек®. Тогда как у пациенток группы сравнения полная эпителизация через 1 мес. была диагностирована в 16 (53,3%) случаях (ОР 1,56; 95% ДИ: 1,08–2,26; $p=0,02$). К тому же хотелось бы отметить, что обильные водянистые или сукровичные выделения у пациенток основной клинической группы продолжались $15,2 \pm 2,4$ суток, что было меньше, чем у женщин группы сравнения — $23,2 \pm 3,6$ суток, хотя и указанное отличие не было достоверным. В группе сравнения процессы репарации были несколько замедленными: у 5 женщин определены признаки воспаления шейки матки, в одном случае диагностированы некротические изменения.

Бактериологическое исследование, проведенное через 2 мес., выявило, что у большинства обследованных женщин клинических групп данного проспективного исследования качество вагинального содержимого соответствовало показателям нормоценоза. У 26 пациенток из основной группы отмечали нормальное состояние генитального биоценоза (86,7%), при этом подобный результат в группе сравнения был диагностирован только у 18 (60,0%) пациенток (ОР 1,44; 95% ДИ: 1,04–2,00; $p=0,03$).

Анализ вагинальной микробиоты групп клинического исследования помог установить изменения количества лактобацилл через 3 мес. после оперативного лечения (табл. 1).

В основной клинической группе (ЦИН 1) у 24 (80,0%) пациенток, использовавших вагинальный гель

Гинодек® после проведения лазерной вапоризации интраэпителиальных поражений шейки матки, выявлено достоверно большее количество лактобацилл в вагинальном секрете по сравнению с 16 (53,3%) представителями из группы сравнения (ОР 1,50; 95% ДИ: 1,03–2,19; $p=0,04$).

Во время исследования микробиоценоза влагалища мы также обращали внимание на количественный состав условно-патогенных микроорганизмов в цервикальной слизи (табл. 2). Было отмечено, что в результате использования вагинального геля Гинодек® курсом 14 дней произошло достоверное уменьшение показателей анаэробной условно-патогенной флоры по сравнению с такими у женщин из группы сравнения.

Во-первых, в основной группе отсутствовала *Gardnerella vaginalis* и др., тогда как в группе сравнения подобное было выявлено у 6 пациенток (20,0%). Количество случаев диагностики *Eubacterium* spp. было достоверно ниже после лечения гелем Гинодек® в группах женщин с ЦИН 1, чем у пациенток с ЦИН 1 после стандартной терапии (ОР 1,27; 95% ДИ: 1,005–1,61; $p=0,045$). Также хотелось бы отметить через 3 мес. от начала деструктивно-хирургической терапии сравнительное уменьшение случаев диагностирования комплекса *Mobiluncus/ Corynebac* spp. после лечения пациенток с ЦИН 1 (ОР 1,21; 95% ДИ: 1,00–1,46; $p=0,05$).

При анализе структуры возбудителей урогенитальной инфекции у больных женщин с ЦИН 1 привлекло внимание почти полное отсутствие патогенов в цервикальной слизи (табл. 3). Уреаплазменная инфекция была выявлена у 5 (16,7%) пациенток группы сравнения и только у 1 (3,3%) женщины, использовавшей в послеоперационный период вагинальный гель Гинодек® (ОР 1,16; 95% ДИ: 0,97–1,40; $p=0,09$).

Хотя и кандидоз был диагностирован у 10 (16,7%) больных ЦИН 1 женщин через 3 мес. после проведенной комбинированной терапии, хотелось бы отметить, что в большинстве случаев количество возбудителей (*Candida albicans*) было незначительно увеличено (102,5–104,0). Притом что межгрупповой анализ свидетельствовал о достоверном превалировании случаев вагинального кандидоза у пациенток, не получавших местно 0,1% гиалуроновой кислоты и 0,02% декаметоксина (ОР 1,27; 95% ДИ: 1,005–1,61; $p=0,045$).

Структура возбудителей урогенитальных инфекций у женщин с интраэпителиальной неоплазией шейки матки через 3 мес. после лазерной вапоризации

Возбудители урогенитальной инфекции	ЦИН 1			
	Основная группа, n=30		Группа сравнения, n=30	
	Абс. число	%	Абс. число	%
Chlamidia trachomatis	-	-	-	-
Trichomonas vaginalis	-	-	-	-
Herpes simplex virus II	-	-	-	-
Cytomegalovirus	-	-	-	-
Микоплазменная инфекция	-	-	1	3,3
Уреаплазменная инфекция	1	3,3	5	16,7
Кандидоз	2	6,7	8	26,7

Через три месяца после оперативного лечения одной из особенностей репаративных процессов после воздействия лазера, выявленных при помощи кольпоскопии, была выраженная васкуляризация эпителиальной поверхности. Нормальная кольпоскопическая картина (или полная эпителизация) характеризовалась наличием многослойного плоского эпителия по всем зонам и квадрантам шейки матки, эпителиальный стык сохранен, строма обычная, сосуды удовлетворительно реагировали на 3%-й раствор уксусной кислоты, проба Шиллера была положительной. Что касается времени полной репарации послеоперационных раневых дефектов шейки матки, то у пациенток групп клинического исследования они определялись в срок $31,4 \pm 3,6$ суток и $37,9 \pm 4,1$ суток соответственно для женщин основной группы и группы сравнения. Заживление операционной раны у пациенток основной клинической группы (с использованием вагинального геля Гинодек®) происходило на фоне формирования нежного струпа, без дальнейшего развития рубцовой ткани.

При проведении цитологического исследования после 3 мес. от завершения терапии в обеих группах отмечали достоверное улучшение качества цитологической картины: уменьшение количества наблюдений цитологической картины третьего класса и увеличение цитологических изменений, характерных для первого-второго классов.

Не было выявлено ни одного побочного действия на организм женщины при использовании вагинального геля Гинодек® как за время проведения терапии, так и в более поздний период.

По нашему мнению, хороший терапевтический эффект при использовании вагинального геля Гинодек® был связан с тем, что он поддерживает pH и

влажность слизистой оболочки влагалища и шейки матки, благодаря чему устраняются дискомфорт и сухость. Декаметоксин оказывает антимикробное, противогрибковое действие, концентрируется на цитоплазматической мембране микробной клетки и соединяется с фосфатидными группами липидов мембран, нарушает проницаемость мембраны микроорганизмов. Гиалуроновая кислота как природный полисахарид покрывает слизистую оболочку влагалища и шейки матки, создает защитный барьер, способствует заживлению, снимает воспалительную реакцию, обеспечивает поддержание влажности в слизистой оболочке влагалища и шейки матки.

ВЫВОДЫ

1. Использование вагинального геля на основе декаметоксина и гиалуроновой кислоты (Гинодек®) у пациенток с ЦИН 1 после лазерной вапоризации приводило к более быстрой и полноценной эпителизации раневой поверхности, чем использование стандартной терапии (ОР 1,56; 95% ДИ: 1,08–2,26; $p=0,02$), что соответствует терапевтическим целям врача.

2. Через 2 мес. после применения вагинального геля Гинодек® наблюдалось достоверное увеличение количества случаев нормализации вагинальной микрофлоры (ОР 1,44; 95% ДИ: 1,04–2,00; $p=0,03$), увеличение количества лактобацилл в вагинальном секрете (ОР 1,50; 95% ДИ: 1,03–2,19; $p=0,04$).

3. Не было отмечено ни одного побочного действия на организм женщин при использовании вагинального геля Гинодек®, как за время проведения терапии, так и в более поздний период, что свидетельствует о высоком профиле безопасности.

Клинический опыт в оптимизации репаративных процессов шейки матки после деструктивно-хирургических вмешательств

О. А. Таран, О. В. Булавленко, Д. Г. Коньков, Т. В. Лобастова

Цель исследования: оценка терапевтической схемы, направленной на улучшение регенерации эпителия слизистой оболочки шейки матки после проведения лазерной вапоризации у женщин репродуктивного возраста с ЦИН I, с включением вагинального геля на основе декаметоксина и гиалуроновой кислоты.

Материалы и методы. Обследовано 60 женщин репродуктивного возраста с ЦИН I, подтвержденной гистологическим исследованием, которым была выполнена лазерная вапоризация. В основную клиническую группу вошли 30 женщин, которым назначали вагинальный гель на основе декаметоксина и гиалуроновой кислоты (Гинодек®) 5 мл на 7–10-е сутки после проведения лазерной вапоризации курсом 14 дней. В группу сравнения вошли 30 пациенток, которым после лазерной деструкции шейки матки была назначена стандартная терапия. С помощью кольпоскопии проводили визуальный контроль репаративных процессов шейки матки. По результатам микробиологического исследования проводили оценку биоценоза влагалища. Оценивали профиль безопасности терапевтической схемы с включением в нее вагинального геля на основе декаметоксина и гиалуроновой кислоты (Гинодек®).

Результаты. Было доказано, что использование вагинального геля Гинодек® у пациенток с ЦИН I после лазерной вапоризации приводило к более быстрой и полноценной эпителизации раневой поверхности, чем использование стандартной терапии (ОР 1,56; 95% ДИ: 1,08–2,26; $p=0,02$). Через 2 мес после применения вагинального геля Гинодек® определяли достоверное увеличение количества случаев нормализации вагинальной микрофлоры (ОР 1,44; 95% ДИ: 1,04–2,00; $p=0,03$), увеличение количества лактобацилл в вагинальном секрете (ОР 1,50; 95% ДИ: 1,03–2,19; $p=0,04$) и уменьшение количества случаев вагинального кандидоза (ОР 1,27; 95% ДИ: 1,005–1,61; $p=0,045$). Не было отмечено ни одного побочного действия на организм женщин при использовании вагинального геля Гинодек®, как за время проведения терапии, так и в более поздний период.

Заключение. Полученные результаты свидетельствовали об ускорении репаративных процессов шейки матки, снижении микробного эффекта и о безопасности при использовании вагинального геля Гинодек® после проведения лазерной вапоризации у женщин с ЦИН I.

Ключевые слова: цервикальная неоплазия, лазерная вапоризация, вагинальная микрофлора, эпителизация, Гинодек®.

The clinical experience for optimizing the reparative processes of the cervix after destructive surgical interventions

O.A. Taran, O.V. Bulavenko, D.G. Konkov, T.V. Lobastova

The objective: to evaluate the therapeutic approach in order to improve regenerate the epithelium of the cervical mucosa and restore of the vaginal biocenosis after laser vaporization in women of reproductive age with CIN I with including the vaginal gel which consist of decametoxinum and hyaluronic acid.

Materials and methods. 60 women of reproductive age were examined with CIN I, confirmed by histological examination, which underwent laser vaporization. The main clinical group ($n=30$), for patients were prescribed 5 ml vaginal gel which consist of decametoxinum and hyaluronic acid (Ginodek®) for 7–10 days after laser vaporization with a course of 14 days. The comparison group were consisted of 30 patients who, after laser destruction of the cervix, were prescribed standard therapy. We were used colposcopy for visual inspection of the cervical reparative processes. According to the results of a microbiological study, the vaginal biocenosis was evaluated. The side effects that were associated with the use of Ginodek® vaginal gel were evaluated.

Results. It was proved that the use of vaginal gel Ginodek® in patients with CIN I after laser vaporization resulted in faster and more complete epithelialization of the wound surface than the standard therapy (RR 1,56; 95% CI: 1,08–2,26; $p=0,02$). 2 months after the application of vaginal gel Ginodek®, we found significant increasing cases of normalization of vaginal microbiota (RR 1,44; 95% CI: 1,04–2,00; $p=0,03$), increase in the number of lactobacilli in the vaginal secretion (RR 1,50; 95% CI: 1,03–2,19; $p=0,04$) and a decrease in the number of cases of vaginal candidiasis (RR 1,27; 95% CI: 1,005–1,61; $p=0,045$). Not a single adverse effects on were noted when using vaginal gel Ginodek®, both during the course of therapy and at a later date.

Conclusion. The obtained results were testified to the acceleration of the reparative processes of the cervix, the reduction of the microbial effect and safety when using vaginal gel Ginodek® after laser vaporization in women with CIN I.

Key words: cervical neoplasia, laser vaporization, vaginal microbiota, epithelization, Ginodek®.

Сведения об авторах:

Таран Оксана Анатольевна – Кафедра акушерства и гинекологии № 1 Винницкого национального медицинского университета имени Н. И. Пирогова, 21018, г. Винница, ул. Пирогова, 56; тел.: (097) 538-12-06. E-mail: admission@vsmu.vinnica.ua

ORCID: 0000-0002-8808-7539

Булавленко Ольга Васильевна – Кафедра акушерства и гинекологии № 2 Винницкого национального медицинского университета имени Н. И. Пирогова, 21018, г. Винница, ул. Пирогова, 56

ORCID: 0000-0003-1207-9046

Коньков Дмитрий Геннадьевич – Кафедра акушерства и гинекологии № 1 Винницкого национального медицинского университета имени Н. И. Пирогова, 21018, г. Винница, ул. Пирогова, 56

ORCID: 0000-0002-9375-7509

Лобастова Татьяна Валериевна – Кафедра акушерства и гинекологии № 1 Винницкого национального медицинского университета имени Н. И. Пирогова, 21018, г. Винница, ул. Пирогова, 56

ORCID: 0000-0002-4480-5957

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Сучасний погляд на оптимальну терапію ВПЛ-асоційованої патології шийки матки на тлі вагінального дисбіозу / О.А. Таран, О. В. Булаченко, Д. Г. Коньков, Т. В. Лобастова// Репродуктивна ендокринологія. – 2018. – № 6 (44). – С. 16–20.
2. Arbyn M, Redman CWE, Verdoodt F, [et al.]. 2017. Incomplete excision of cervical precancer as a predictor of treatment failure: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Oncol.* 18(12):1665–79.
3. Castanon A, Landy R, Brocklehurst P, [et al.]. 2014. Risk of preterm delivery with increasing depth of excision for cervical intraepithelial neoplasia in England: nested case-control study. *BMJ.* 349:g6223.
4. Ebisch RM, Rovers MM, Bosgraaf RP, [et al.]. 2016. Evidence supporting see-and-treat management of cervical intraepithelial neoplasia: a systematic review and meta-analysis. *BJOG.* 123(1):59–66.
5. Kwasniewski W., Wolun-Cholewa M., Kotarski J. [et al.]. 2018. Microbiota dysbiosis is associated with HPV-induced cervical carcinogenesis. *Oncol Lett.* 16(6):7035–47.
6. Siegel RL, Miller KD, Jemal A. 2016. Cancer statistics. *CA Cancer J Clin.* 66:7-30. Spinillo A, Gardella B, Iacobone AD, Dominoni M, Cesari S, Alberizzi P. 2016. Outcome of persistent low-grade cervical intraepithelial neoplasia treated with loop electrosurgical excision procedure. *J Low Genit Tract Dis.* 20(4):307–11.

Статья поступила в редакцию 22.04.2019