
ВРАЧЕБНОЕ ДЕЛО

Научно-практический журнал
Основан в декабре 1918 г.
Выходит 8 раз в год

Награждён Почётной грамотой

Президиума Верховного Совета Украинской ССР



1-2 (1146)

ЯНВАРЬ–МАРТ
2018

Киев, ИНЦ «Лікарська справа», 2018

Учредитель: **ООО "Информационно-научный центр "Лікарська справа"**

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Главный редактор **Г. А. СОЛОВЬЁВА**

*Е. Н. Амосова, Н. В. Банчук, Т. Д. Бахтеева, А. Н. Беловол, Е. В. Богомолец, Д. А. Василенко, С. П. Весельский, С. В. Выдыборец, Ж. И. Возианова, А. П. Волосовец, Ю. В. Вороненко, Л. Г. Воронков, А. И. Гоженко, Е. Н. Горбань, Н. Г. Горовенко, И. Н. Емец, И. С. Зозуля, В. Н. Коваленко, С. И. Коровин, А. И. Костюков, П. В. Куц, В. В. Лазоришинец (председатель редакционной коллегии), В. П. Лакатош, В. Г. Лизогуб, В. П. Лысенюк, И. Р. Малыш, О. С. Мусий, Т. Д. Никула, В. А. Олейник, Е. Г. Педаченко, Л. А. Пыриг, Ю. В. Поляченко, Р. Г. Процюк, С. А. Рыков, А. Н. Сердюк, В. П. Сильченко, **Г. А. Соловьёва** (главный редактор, ответственная за выпуск издания), А. К. Толстанов, Н. Д. Тронько, Е. А. Федоровская, Ю. И. Фещенко, Н. В. Харченко, К. М. Хачик, М. К. Хобзей, И. С. Чекман, Л. М. Шаповал, В. П. Широбоков, Е. Е. Шуныко*

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

В. В. Безруков (Киев), В. Н. Буряк (Донецк), Т. Н. Бойчук (Черновцы), П. В. Волошин (Харьков), Н. А. Горчакова (Киев), Е. И. Гусев (Москва), Г. В. Дзяк (Днепр), Джулио Тарро (Франция), Ю. В. Думанский (Донецк), В. И. Козьякин (Трускавец), Л. В. Кравчук (Киев), М. В. Кузько (Киев), А. А. Лобенко (Одесса), М. В. Лобода (Киев), М. Н. Матяш (Киев), Л. В. Новицкая-Усенко (Днепр), Л. Н. Павловский (Киев), В. П. Полевая (Черновцы), С. Г. Полевая (Черновцы), Я. Ф. Радыш (Киев), И. Н. Сорока (Киев), В. Б. Ференец (Киев), И. Д. Шкробанец (Черновцы)

Рекомендован к изданию редакционной коллегией журнала

Материалы журнала не обязательно отображают взгляды редакции, если это специально не оговорено. Редакция также не несёт ответственности за последствия, связанные с использованием поданной в журнале информации

ЛІКАРСЬКА СПРАВА
(ISSN 1019-5297)

Передплатний індекс — 74088

Засновник: **ТОВ "Інформаційно-науковий центр "Лікарська справа"**

Адреса редакції та видавця:

01103, Київ-103, вул. Підвисоцького, 4а,
поліклініка № 1, каб. 402

Тел./факс (044) 529-75-56, 067-302-86-10, 095-16-44-775, 063-99-38-276

E-mail: liksprava@i.ua, gala.sol@i.ua, liksprava@ukr.net

Internet: <http://www.vrachebnoedelo.com>

Розрахунковий рахунок: ФОП Ференець В. Б., інд. код. 2389316095,
Столична філія ПАТ КБ "ПриватБанк", р/р 26006056202893, МФО 380269, ЄДРПОУ банку 4360570
для журналу "Врачебное дело" (це вказати обов'язково)

Свідцтво про державну реєстрацію: серія КВ 22945-12845 ПР від 06.10.2017 р.
Цитується у Scopus, Medline, Publine, Index Medicus, EBSCO Information Services,
входить до переліку наукометричних видань
Опубліковані в номері статті прорецензовані

Здано до набору 15.02.2018. Підписано до друку 25.03.2018. Формат 70×108/16.

Папір офсетний № 1. Друк офсетний. Ум.-друк. арк. 15,58.

Ум. фарбо-відб. 16,46. Обл.-вид. арк. 16,76. Тираж 800 прим. Зам. 24-17.

Виготовлення оригінал-макета та друк ТОВ «ДІА».

03022, Київ-22, вул. Васильківська, 45, оф. 400

Свідцтво про внесення суб'єкта видавничої справи до Державного реєстру видавців
ДК № 1149 від 12.12.2002 р.

Е. І. КРУТІКОВА, Д. М. ГРОМОВА (Полтава)

ПРОФІЛАКТИКА УСКЛАДНЕНЬ ПРИ МІКРОІНВАЗИВНИХ ВТРУЧАННЯХ З ПРИВОДУ ПОСТТРАВМАТИЧНИХ СТАНІВ ШИЙКИ МАТКИ

Кафедра акушерства і гінекології 1 (зав. – проф. А. М. Громова)
ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія» <ellakrutikov1968@gmail.com>

Стаття присвячена оптимізації лікування посттравматичної патології шийки матки. Спостерігали 192 пацієнтки з ерозованим ектропіоном шийки матки (67 із них з CIN I). Зіставляли результати традиційного лікування (64 особи – група контролю) з результатами ведення за запропонованим алгоритмом (128 осіб – основна група). Алгоритм включає мікрохірургічне втручання згідно з гістологічною верифікацією діагнозу, пролонговане використання комбінованих оральних контрацептивів або дієногесту (6–12 тиж), нестероїдних протизапальних засобів відразу після ексцизії, регенеруючих засобів не раніше 4-го тижня після ексцизії. Через 6 міс після малої операції позитивний терапевтичний ефект констатували в 1,7 раза частіше в основній групі, ніж в контрольній. Частота ускладнень виявилась достовірно нижчою: імплантаційного ендометріозу – в 3,6 раза, ретенційної кісти – в 4,2 раза, аномального рубцювання – в 3,8 раза, рецидивів ендоцервікальної ектопії та CIN – в 2,2 раза, посткоагуляційної кровотечі – в 2,75 раза та лейкоплакії – в 2,6 раза. Клінічно обгрунтовано доцільність комплексного алгоритму в лікуванні ерозованого ектропіону шийки матки.

Ключові слова: ерозований ектропіон шийки матки, гормонотерапія, післяопераційне ускладнення, імплантаційний ендометріоз.

Вступ. Посттравматичні ураження шийки матки (ШМ) спостерігаються у 50–66 % жінок, які народжують. Травматизація підвищує ризик cervical intraepithelial neoplasia (CIN) та малігнізації ШМ у 3 рази [3, 4]. Ерозований ектропіон (виворіт ендоцервіксу з порушенням замикальної та захисної функцій) становить 63 % посттравматичних процесів ШМ та супроводжується передраковими та фоновими процесами у 91,4 % [2]. Відновлення морфологічної структури ШМ після травматичних пологів чи маніпуляцій є актуальним клінічним завданням, яке залишається невирішеним у кожної другої пацієнтки, незважаючи на тривале лікування [12]. Поширені ексцизії, конізації як ножові, так і апаратами радіохвильової, лазерної, аргоноплазменної, діатермоелектричної хірургії [3, 13, 14]. Рана після мікрохірургічних втручань гоїться до 90 днів з ускладненнями до 30 %. До ускладнень належать: ендометріодна гетеротопія (33,7–55 %), рецидив ектопії та CIN (5,5–54 %), атипове рубцювання (15–30 %), цервікальний стеноз (1,3–8,6 %), лейкоплакія (10,5 %), множинні ретенційні кісти ШМ (28 %), посткоагуляційна кровотеча (3,2–30 %) [1, 7, 12, 17]. Найчастішим ускладненням є імплантаційний ендометріоз ШМ (ІЕ ШМ), який клінічно проявляється у кровомазанні, диспареунії, прогресує через регулярні менструації та погіршує якість життя. Атипове рубцювання ШМ спричинює «рання» менструація (до 20 днів після втручання) та нераціональне використання регенеруючих засобів, що прискорює незрілу плоскоклітинну метаплазію. Неповне видалення патологічних ділянок призводить до рецидивів цервікальної ектопії чи CIN. [5]. Глибоке висікання ендоцервіксу викликає цервікальний стеноз або протрузію залоз ендоцервіксу [7]. Розриви та деформація ШМ технічно утруднюють оперативні втручання через анатомічну близькість кровоносних судин до лінії висікання, навіть при радіохвильовому впливі, який має найнижчий ризик інтра- та постопераційної кровотечі (до 1,2 %) [10]. Тактику ведення патології ШМ постійно удосконалюють та переглядають. Так, якщо нормалізація мікрофлори піхви стала обов'язковим етапом лікування, то гормональний «супровід» залишається дискусійним. Ряд авторів вважають, що комбіновані оральні протизаплідні засоби (ПЗЗ) оптимізу-

ють результати лікування, інші вказують на прогресію СІН на фоні тривалого прийому гормонів [8, 13]. Стаття присвячена оптимізації алгоритму ведення жінок репродуктивного віку з посттравматичними станами ШМ з урахуванням можливих ускладнень.

Мета дослідження – клінічне обґрунтування поетапного використання лікарських засобів (гормональні, нестероїдні протизапальні і регенеруючі) у комбінованому лікуванні посттравматичних уражень шийки матки на основі аналізу післяопераційних ускладнень та рецидивних явищ.

Матеріали і методи. На клінічній базі кафедри акушерства і гінекології 1 ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія» обстежено і проліковано 192 пацієнтки 18–45 років (середній вік – 29,2 року \pm 4,5 року) з ерозивним ектопієм ШМ. У 67 з них був супутній діагноз СІН I. Всі пройшли цервікальний скринінг (дослідження мікрофлори піхви, кольпоскопічне, цитологічне, вірусологічне та гістологічне дослідження ШМ). Жінок розподілено на дві групи: I (контрольна) – 64 жінки проліковані за чинними клінічними протоколами без корекції; II (основна) – 128 жінок, пролікованих за наступним алгоритмом. **I етап** – нормалізація мікрофлори піхви, противірусна та імунomodуюча терапія (у разі високого навантаження вірусом папіломи людини (ВПЛ) на фоні прийому ПЗЗ за контрацептивною схемою. Використовували низькодозовані монофазні ПЗЗ (етинілестрадіол 20–30 мг + гестоден або дезогестрел, або дієногест, або дросперинон). Хворим на ендометрійну хворобу в анамнезі (26 осіб) призначали «чистий» прогестин (дієногест) у безперервному режимі. Контроль мікрофлори, ПАП- та ВПЛ-тести, кольпоскопія та точкова біопсія завершували I етап алгоритму. **II етап** (VII–IX дні менструального циклу) – радіохвильова ексцизія або конізація з урахуванням гістологічної верифікації та ступеня деформації ШМ. Висота висікання ендocerвіксу – до 1,5 см на глибину 6–7 мм із захопленням 3 мм здорової тканини. **III етап** – безперервний прийом ПЗЗ (6–9 тиж за схемою 42–7 або 63–7) чи дієногесту (12 тиж) для пролонгування періоду без менструації, уникнення контакту раневої поверхні ШМ з ендометрієм та впливу прозапальних медіаторів. Паралельно призначали нестероїдні протизапальні засоби НПЗЗ (диклофенак натрію або мелоксикам, переважно ректально, № 5). **IV етап** – з 4-го тижня після ексцизії (за відсутності опікового струпа) вагінальні супозиторії для регенерації, що містять декспантенол, лонгідазу, гіалуронову кислоту, № 20. Контрольний огляд проводили через 6–9 тиж після втручання. Відновлення менструації досягали переходом на стандартну схему прийому ПЗЗ (21–7 або 24–4) або відміною дієногесту. Цервікальний скринінг щодо ефективності даного алгоритму проводили через 6 міс після операції. Різницю між групами оцінювали за методом Хі-квадрат. Статистично достовірною вважали різницю при $P < 0,05$.

Результати та їх обговорення. За даними цервікального скринінгу, серед 64 пацієнток контрольної групи досягнуто позитивного лікувального ефекту у 33 (51,5 %). В основній групі, пролікованій за вказаним алгоритмом, успішно оздоровлено 112 (87,5%) із 128, що в 1,7 раза більше ($P < 0,05$). Достовірної різниці між результатами лікування ПЗЗ і дієногестом не виявлено. Частота ускладнень через 6 міс після мікрохірургічного втручання, незалежно від методу лікування ($n = 192$), зображена на діаграмі 1: ІЕ ШМ мав місце майже у кожній п'ятій пацієнтки, посткоагуляційна кровотеча – у кожній десятій, цервікальний стеноз – у 1,5 % (рис. 1).

ІЕ ШМ розвинувся протягом 6 міс у 45,3 % жінок групи контролю, що у 3,6 раза частіше, ніж в основній (12,5 %; $P < 0,05$). Протягом перших 3 міс після мікрохірургічного втручання ШМ стає органом-мішенню для ендометрію, що десквамується під час менструації, і «занурюється» в слизову оболонку без певного епітеліального та імунного захисту (імплантаційна теорія патогенезу ендометріозу). Безперервний прийом ПЗЗ або дієногесту блокує клітинну проліферацію та синтез прозапальних цитокінів у зоні ектопії, спричинює формування оригінального сквамозного епітелію, витонченню ендометрію та ендocerвіксу. Підтвердженням останнього є мізерна менструація після відміни гормонів у 75 % пацієн-

ток основної групи. Схожі дані наводять інші автори: на фоні прийому ПЗЗ частота післякоагуляційного ендометріозу знижується від 11 до 3,4 % [12]. Згідно з глобальним консенсусом з ведення пацієток з ендометріозом – ПЗЗ, прогестини, НПЗЗ є терапією «вибору» як на етапі доопераційної підготовки, так і після хірургічного лікування [15]. Крім того, зворотна пролонгована контрацепція зберігає оваріальний резерв та запобігає раку яєчників [9]. Застосування НПЗЗ покращує мікроциркуляцію і нівелює запалення в післяопераційній рані, купує тазовий біль протягом перших 10 діб. На це вказували й інші клініцисти [11].

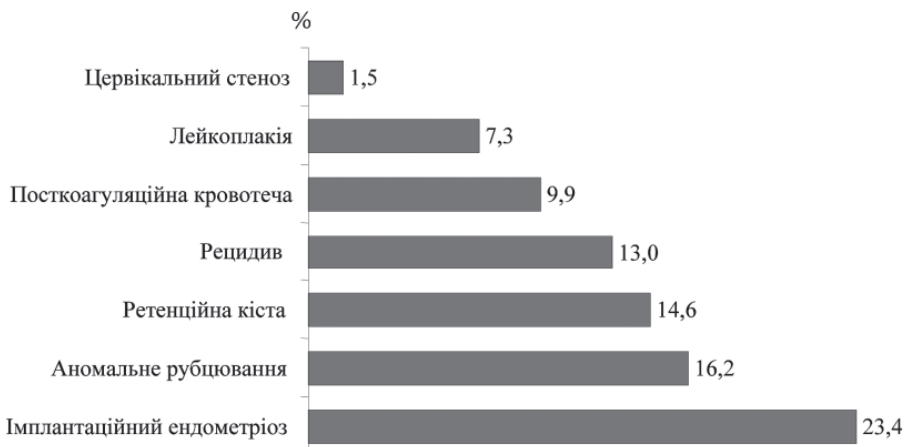


Рис. 1. Ускладнення після мікрохірургічного лікування ерозованого ектропіону шийки матки, % (n = 192)

Проаналізовано кожний вид ускладнень. Відмінності отриманих результатів між групами зображено на рис. 2.

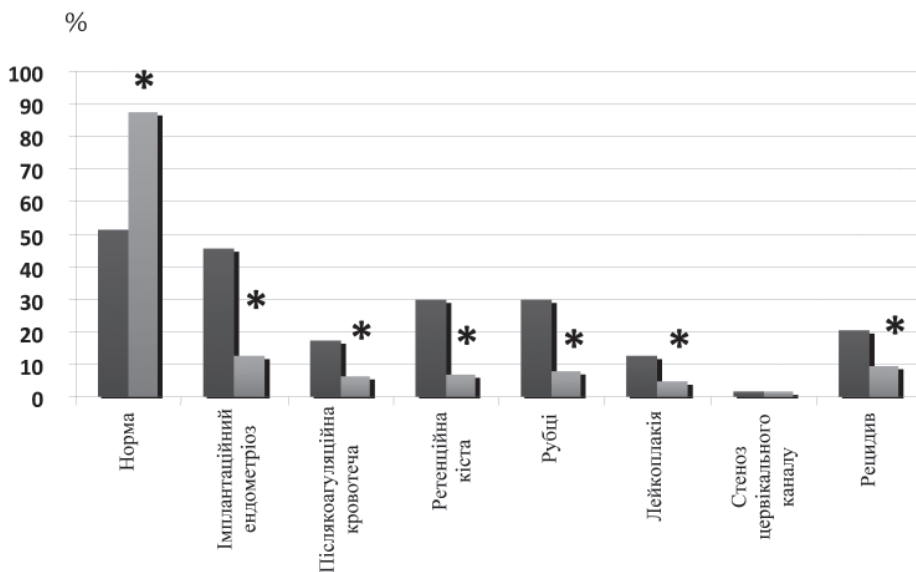


Рис. 2. Стан шийки матки після лікування ерозованого ектропіону:

■ – без корекції; ▒ – з корекцією

* Різниця статистично достовірна між контрольною та основною групами

Небезпечним ускладненням після конізації була посткоагуляційна кровотеча: в контрольній групі – у 17,2 %, в основній – у 6,25 %, всього – у 19 із 192. Кровотеча починалась переважно на 10–16-ту добу після маніпуляції (під час відтор-

гнення струпа), в 1 випадку на 2-гу добу через недостатній інтраопераційний гемостаз. Серед 19 жінок з кровотечею 5 були госпіталізовані. Це випадки з вираженою посттравматичною деформацією або розривами ШМ (в основному на 3-тю і 9-ту годину умовного циферблату). Десяти пацієнткам з розривами ШМ II ступеня накладали профілактичні гемостатичні шви у верхній 1/3 цервікального каналу на початку операції. На фоні прийому ПЗЗ і дієногесту післякоагуляційну кровотечу реєстрували в 2,8 раза рідше. Враховували гіперкоагуляційні властивості зазначених препаратів [16].

Для покращання епітелізації ектоцервіксу призначали вагінальні регенеруючі супозиторії. Використовували декспантенол для нормалізації клітинного метаболізму, укріплення колагенових волокон і лонгідазу з гіалуронідазною активністю. Традиційно такі засоби призначають через 10–14 діб після операції на ШМ, що ініціює «швидку» незрілу метаплазію епітелію та утворення множинних ретенційних кіст. Пацієнтки основної групи застосовували їх не раніше 4-го тижня після ексцизії ovulae Nabothi і атипове рубцювання слизової оболонки ШМ у них спостерігали рідше, ніж в групі контролю, у 4,2 та 3,8 раза відповідно ($P < 0,05$).

Як післядеструктивне ускладнення розглядали лейкоплакію (7,3 %, $n = 192$). Ця патологія полягає в процесах гіпер-, паракератозу, акантозу оригінального сквамозного епітелію, які неминуче активуються при епідермізації [6]. Патогенез кератинізації до кінця не з'ясовано. Існує думка про стимуляцію ороговіння лускатого епітелію естрогенами, тоді як гестагени підсилюють кровообіг та десквамацію епітеліоцитів [13]. Ми спостерігали лейкоплакію в поєднанні з «німими» йодонегативними зонами ШМ. Частота її була у 2,6 раза нижчою в контрольній групі ($P \leq 0,05$), що можна пояснити певним зниженням естрогенового впливу на ШМ на фоні прийому ПЗЗ чи дієногесту.

Резидуальні явища та рецидиви цервікальної ектопії відмічали у 2,2 раза менше у жінок основної групи, ніж контрольної ($P < 0,05$). Вважаємо, що антипроліферативна дія прогестинів сприяла витонченню цервікальних псевдозалоз і зміщенню зони трансформації вглиб ендцервіксу. Резидуальні явища CIN діагностовано у 2 (5 %) із 40 осіб основної групи (у випадках з «нечистими» межами резекції). За даними масштабних досліджень, ризик раку ШМ на фоні прийому ПЗЗ протягом 5 років не збільшувався [8]. Головним чинником малігнізації вважають ВПЛ-інфекцію [18]. Запропонований алгоритм передбачає застосування ПЗЗ чи дієногесту протягом 6–12 міс за умов відсутності статевих контактів протягом перших 2 міс, що, до речі, мінімізує ВПЛ-інфікування.

Таке ускладнення, як цервікальний стеноз, відмічали у 3 із 192 пацієнток. Воно, зазвичай, залежить від техніки втручання. При «високому конусі» зона трансформації зміщується у верхню 1/3 ендцервіксу, в якій відбуваються аномальне рубцювання і стриктура. Ми проводили бужування цервікального каналу, але результати кольпоскопії при цьому були незадовільними.

Висновки. Застосування ПЗЗ і дієногесту в пролонгованому режимі та адекватне призначення нестероїдних протизапальних і регенеруючих засобів поряд з мікрохірургічним втручанням в лікуванні ерозованого ектропіону шийки матки у жінок репродуктивного віку сприяло збільшенню кількості успішно оздоровлених пацієнток в 1,7 раза та зниженню частоти післяопераційних ускладнень, таких як імплантаційний ендометріоз, ретенційна кіста, атипове рубцювання, післякоагуляційна кровотеча, лейкоплакія та рецидив. Таким чином, запропонований поетапний терапевтичний комплекс ефективно доповнює мікрохірургічне втручання при посттравматичній патології ШМ.

Список літератури

1. Apha B. S., Brotsman H. L., Shpytser M. Klynycheskaia kolposkopyia. Yllustrirovannoe rukovodstvo: Per. s anhl. / Pod obshch. red. V. N. Prylepskoj. – M.: Prakt. medycyna, 2012. – 496 s.
1. Ангар Б. С., Броцман Г. Л., Шпциер М. Клиническая кольпоскопия. Иллюстрированное руководство: Пер. с англ. / Под общ. ред. В. Н. Прилепской. – М.: Практик. медицина, 2012. – 496 с.

2. *Badretdynova F. F., Hlebova N. N., Korotkova L. A.* y dr. Akusherskaia travma y rubtsovaia deformatsiia sheiky matky. Nekotorye spornye voprosy problemy (obzor lyteratury) // Med. nauky. – 2016. – № 5. – S. 23–31.
3. *Hromova A. M., Krutikova E. I., Nesterenko L. A., Martynenko V. B.* Dvokhetapna ekstsyziiia – metod vyboru pry likuvanni dobroiakisnykh epidermizuiuchykh protseviv na shyitsi matky // Zb. nauk. prats Asotsiatsii akusheriv-hinekologiv Ukrainy. – K.: Intermed, 2011. – S. 224–229.
4. *Kyzhaev Yu. E.* Kompleksnoe lechenye bolnykh s rubtsovoi deformatsiei sheiky matky. Avtoref. ... dys. kand. med. nauk. – M., 2009. – 23 s.
5. *Korolenkova L. Y.* Konyzatsyy sheiky matky v ambulatornoi praktyke u bolnykh CIN ti-azheloi stepeny – kak povыsyt эффеktyvnost operatsyy // Материалы всерос. конг. s mezhdunar. uchastyem «Ambulatorno-polyklynicheskaiа praktyka – v эpыtsentre zhen-skoho zdorovia». – M., 2012. – S. 255–256.
6. *Lyhyrda N. F., Krotevych M. S., Svyntsytskyi V. S., Skovoroda L. V.* Do pytannia diahnos-tyky ta likuvannia dysplazii epiteliiu shyiky matky, shcho suprovodzhuiutsia kerato-zom // Zdorove zhenshchyny. – 2016. – Vyp. 112, № 6. – S. 62–69.
7. *Marshetta Zh., Dekamp F.* Kolposkopiya. Me-tod y dyagnostyka: Per. s fr. / Pod obshch. red. prof. V. N. Prylepskoi. – M.: MEDpress-ynfom, 2009. – 200 s.
8. *Mynkyna H. N.* Tservykalnyi rak y hormonal-nye kontratseptyvy (obzor lyteratury) // Doktor Ru. – 2014. – Vyp. 5, № 1. – S. 56–59.
9. *Prolonhyrovannaiаkontratseptsyia.* Udobst-vo kak zaloh nadэzhnomy // Pod red. V. E. Radzynskoho. – M.: StatusPaesens, 2014. – 24 s.
10. *Radyovolna y arhonovalа plazma v prak-tyke akushera-ginekoloга* / Pod red. V. E. Radzynskoho, E. Yu. Hlukhova. – M.: Status Praesens, 2016. – 216 s.
11. *Cenchuk A. Ya., Savrun S. S., Samsonova V. V.* y dr. Profylaktyka vospalytelnykh oslozh-nenyi y retsydyvov zabolevanyi sheiky mat-ky posle ykh khyrurhycheskoho leche-nyia // Zdorove zhenshchyny. – 2014. – Vyp. 87, № 1. – С. 157–161.
12. *Fyrychenko S. V., Manukhyn Y. B., Mynkyna H. N.* y dr. Nekrasvaia sheika matky. Chto delat? (kolposkopycheskaiа kartyna bez pryznakov VPCh-assotsyyrovannoho pora-zheniia) // Hynekologhiya. – 2013. – № 4. – S. 39–44.
13. *Sheika matky vlahalyshche, vulva.* Fyzy-ologhiya, patologhiya, kolposkopiya, 2. *Бадретдинова Ф. Ф., Глебова Н. Н., Корот-кова Л. А.* и др. Акушерская травма и руб-цовая деформация шейки матки. Некото-рые спорные вопросы проблемы (обзор литературы) // Мед. науки. – 2016. – № 5. – С. 23–31.
3. *Громова А. М., Крутікова Е. І., Нестерен-ко Л. А., Мартиненко В. Б.* Двохетапна ексцизія – метод вибору при лікуванні доброякісних епідермізуючих процесів на шийці матки // Зб. наук. праць Асоціації акушерів-гінекологів України. – К.: Інтермед, 2011. – С. 224–229.
4. *Кижаяев Ю. Е.* Комплексное лечение боль-ных с рубцовой деформацией шейки мат-ки. Автореф. ... дис. канд. мед. наук. – М., 2009. – 23 с.
5. *Короленкова Л. И.* Конизации шейки матки в амбулаторной практике у больных CIN тяжелой степени – как повысить эффеk-тивность операции // Материалы всерос. конг. с междунар. участием «Амбулаторно-поликлиническая практика – в эпицентре женского здоровья». – М., 2012. – С. 255–256.
6. *Лигирда Н. Ф., Кротевиц М. С., Свиниц-кий В. С., Скворода Л. В.* До питання діа-гностики та лікування дисплазій епітелію шийки матки, що супроводжуються кера-тозом // Здоровье женщины. – 2016. – Вип. 112, № 6. – С. 62–69.
7. *Маршетта Ж., Декамп Ф.* Кольпоскопия. Метод и диагностика: Пер. с фр. / Под общ. ред. проф. В. Н. Прилепской. – М.: МЕДпресс-инфom, 2009. – 200 с.
8. *Минкина Г. Н.* Цервикальный рак и гормо-нальные контрацептивы (обзор литера-туры) // Доктор Ру. – 2014. – Вип. 5, № 1. – С. 56–59.
9. *Пролонгированная* контрацепция. Удоб-ство как залог надёжности // Под ред. В. Е. Радзинского. – М.: StatusPaesens, 2014. – 24 с.
10. *Радиоволна и аргоновая плазма в практи-ке акушера-гинеколога* / Под ред. В. Е. Радзинского, Е. Ю. Глухова. – М.: Status Praesens, 2016. – 216 с.
11. *Сенчук А. Я., Саврун С. С., Самсонова В. В.* и др. Профилактика воспалительных ослож-нений и рецидивов заболеваний шей-ки матки после их хирургического ле-чения // Здоровье женщины. – 2014. – Вип. 87, № 1. – С. 157–161.
12. *Фириченко С. В., Манухин И. Б., Минки-на Г. Н.* и др. Некрасивая шейка матки. Что делать? (кольпоскопическая картина без признаков ВПЧ-ассоциированного поражения) // Гинекология. – 2013. – № 4. – С. 39–44.
13. *Шейка* матки влагалище, вульва. Фи-зиология, патология, кольпоскопия,

- эстетическая коррекция: Руководство для практикующих врачей / Под ред. С. И. Роговской, Е. В. Липовой. – М.: Status Praesens, 2014. – 832 с.
14. *Cuzick J., Bergeron C., von Knebel Doeberitz M.* et al. New technologies and procedures for cervical cancer screening // *Vaccine*. – 2012. – Vol. 30, N 5. – P. 107–116.
15. *Johnson Neil P.* Hummelshoj Lone Reply for the World Endometriosis Society Montpellier. Consensus on current management of endometriosis // *Consortium. Hum. Reprod.* – 2013. – Vol. 28, N 11. – P. 1143–1150.
16. *Lidegaard O.* Hormonal contraception and thromboembolic risk in midlife women // *Maturitas*. – 2013. – Vol. 74, N 1. – P. 1–2.
17. *Parikh R., Brotzman S., Anasti J. N.* Cervical lacerations: some surprising facts // *Am. J. Obstet. Gynecol.* – 2007. – 196. – N 5. – P. 7–8.
18. *Rogovskaya S. I., Shabalova I. P., Mikheeva I. V.* et al. Human Papillomavirus Prevalence and Type-Distribution, Cervical Cancer Screening Practices and Current Status of Vaccination Implementation the Russian Federation, The Western Countries of the former Soviet Union, Caucasus region and Central Asia // *Vaccine*. – 2013. – Vol. 31S. – P. 46–58.

ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ МИКРОИНВАЗИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ ПО ПОВОДУ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ ШЕЙКИ МАТКИ

Э. И. Крутикова, А. М. Громова (Полтава)

Статья посвящена оптимизации лечения посттравматической патологии шейки матки. Наблюдали 192 пациентки с эрозированным эктропионом шейки матки (у 67 из них – с CIN I). Сопоставляли результаты традиционного лечения (64 женщины – группа контроля) с результатами ведения по предложенному алгоритму (128 женщин – основная группа). Алгоритм включал микрохирургическое вмешательство, пролонгированное применение комбинированных оральных противозачаточных средств либо диеногеста (6–12 нед), нестероидных противовоспалительных средств сразу после эксцизии и регенерирующих средств не ранее 4-й недели после эксцизии. Через 6 мес после малой операции позитивный терапевтический эффект констатировали в 1,7 раза чаще в основной группе, чем в контрольной. Частота осложнений была достоверно ниже: имплантационного эндометриоза – в 3,6 раза, ретенционных кист – в 4,2 раза, аномального рубцевания – в 3,8 раза, рецидивов эндоцервикальной эктопии и CIN – в 2,2 раза, послекоагуляционного кровотечения – в 2,75 раза и лейкоплакии – в 2,6 раза. Клинически обоснована целесообразность комплексного алгоритма в лечении эрозированного эктропиона шейки матки.

Ключевые слова: эрозированный эктропион шейки матки, пролонгированная гормонотерапия, послеоперационные осложнения, имплантационный эндометриоз.

POSTTRAUMATIC CERVICAL CONDITIONS: PREVENTION OF THE COMPLICATIONS AFTER MICROINVASIVE INTERVENTIONS

E. I. Krutikova, A. M. Gromova (Poltava, Ukraine)

HSEEU “Ukrainian Medical Stomatological Academy”

The paper is aimed at optimal treatment of posttraumatic cervical pathology. 192 patients with cervical erosive ectropion (67 patients with CIN I) have been observed. The results of the conventional treatment made according to the clinical protocols (control group; $n = 64$) have been compared with the results of the patient's management according to the proposed algorithm (main group; $n = 128$). The algorithm includes microsurgical intervention, prolonged use of combined oral contraceptives or dienogest during 6–12 weeks, non-steroid anti-inflammatory drugs immediately after excision, and regenerative agents not earlier than at the fourth week after the excision. The six months after the minor operation the positive therapeutic effect was 1,7 times higher in the main group. The frequency of complications was significantly lower: implant cervical endometriosis – 3,6 times, retention cysts – 4,2 times, abnormal scarring – 3,8 times, relapses of endocervical ectopia and CIN – 2,2 times, postcoagulation hemorrhage – 2,75 times, leukoplakia – 2,6 times. The use of integrated algorithm in the treatment of the cervical erosive ectropion is clinical reasonable.

Key words: cervical erosive ectropion, hormonal therapy, postoperative complications, implant endometriosis.