

УДК 618.146-002-055.25-059:615.849.19+615.838

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЛАЗЕРНОГО ФОТОФОРЕЗА БАЛЬНЕОЛОГИЧЕСКОГО СРЕДСТВА «ЭЛЬТОН» В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИХ ЦЕРВИЦИТОВ У НЕРОЖАВШИХ ЖЕНЩИН

Е.В. Лемякина, Н.А. Жаркин, Б.Ю. Гумилевский, Н.А. Бурова,
ГБОУ ВПО «Волгоградский государственный медицинский университет»

Лемякина Елена Викторовна – e-mail: elenalemyakina@mail.ru

Оценена эффективность лечения неспецифических цервицитов у 96 нерожавших женщин. Применялась стандартная схема лечения, а также схема с добавлением лазеротерапии, с включением вагинальных тампонов с бальнеологическим средством «Эльтон» и сочетанием этих воздействий. Выявлено, что сочетанный комплексный метод оказался более эффективным и позволяет сохранить анатомо-физиологическую структуру шейки матки.

Ключевые слова: цервицит, лазерный фотофорез, бальнеологическое средство «Эльтон».

Evaluated the efficacy the treatment of nonspecific cervicitis in 96 nulliparous women. Used the standard treatment regimen, as well as with the addition of laser therapy, with the inclusion of vaginal swabs balneological means «Elton» and the combination of these effects. It is revealed that the combined complex method is more effective and allows you to save anatomical and physiological structure of cervix.

Key words: cervicitis, laser photophoresis, balneological means «Elton».

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, 6, 7]. Среди больных с гинекологической патологией частота неспецифических цервицитов составляет 60–70% [7]. Цервициты выявляют у 70% женщин, обращающихся в амбулаторные отделения [6]. Для воспаления шейки матки характерно отсутствие четко выраженной клинической картины, склонность к длительному течению, рецидивированию, что приводит к формированию морфологических изменений как на поверхности шейки матки, так и в ее толще [2, 7]. Частота рецидивов достигает 40% [1, 6]. Невысокая эффективность различных методов терапии хронических неспецифических цервицитов диктует необходимость разработки новых, более эффективных подходов в лечении и реабилитации данной патологии.

Цель исследования: повысить эффективность лечения хронических неспецифических цервицитов у нерожавших женщин.

Материалы и методы

Для решения поставленных задач на базе центра планирования семьи и репродукции ГБУЗ «ВОКБ № 1» и женской консультации ГУЗ «Клинический родильный дом № 2» г. Волгограда проведено комплексное клинко-

лабораторное и инструментальное обследование 96 нерожавших женщин в возрасте от 23 до 30 лет с хроническим неспецифическим цервицитом. Исследования у больных обеих групп проводились при наличии информированного согласия, соответствовали этическим принципам, предъявляемым Хельсинской декларацией Всемирной медицинской ассоциации (World Medical Association Declaration of Helsinki, 2000).

Испытуемые в зависимости от проводимого метода лечения были разделены на 2 идентичные группы – сравнения (n=32) и основную (n=64). На первом этапе лечения пациентки обеих групп получали идентичную терапию, направленную на ликвидацию инфекционного агента. Этиотропная терапия была проведена в строгой зависимости от выявленного патогена. Назначались препараты группы цефалоспоринов (цефиксим 400 мг в сутки), линкозамин (клиндамицин 450 мг в сутки), макролидов (азитромицин 1000 мг в сутки), фторхинолонов (левофлоксацин 500 мг в сутки) 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-го этапа лечения была разделена на 3 подгруппы. В 1-й подгруппе (n=16) было применено 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) были назначены 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, стерин. Средство обладает противовоспалительными, репаративными, антиоксидантными, мембраностабилизирующими, иммуномодулирующими свойствами [3, 8].

В 3-й подгруппе (n=32) был применен 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 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. Статистическая обработка данных проводилась с использованием ППП Statistica 6.0 (StatSoft Inc., США). 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 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 об их сопоставимости. Средний возраст пациенток составил в группе сравнения $26,2 \pm 2,4$ года, в основной группе – $26,6 \pm 2,2$ года ($p = 0,76$). Большинство обследованных, а именно 31 женщина 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 $17,6 \pm 1,4$ года, в основной группе – $18,1 \pm 1,6$ года ($p = 0,84$). 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 таблице 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 $3,0 \pm 1,1$ года, в основной группе – $3,1 \pm 1,2$ года ($p = 0,89$).

При бактериологическом исследовании до лечения у всех обследованных обеих групп наблюдался рост условно-патогенных микроорганизмов (E. coli, стрептококки, стафилококки, бактероиды, кандиды, уреаплазмы, 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 (таблица 2).

ТАБЛИЦА 2.
Кольпоскопическая картина шейки матки до лечения

Кольпоскопическая картина	Группа сравнения	Основная группа
ovulae nabothi	9 (28,1%)	17 (26,5%)
Йоднегативные участки	14 (43,7%)	29 (45,3%)
гиперемия и отечность экзоцервикса	29 (90,6%)	57 (89,0%)

Данные кольпоскопические картины интерпретированы как проявления хронического воспалительного процесса в связи с нарушением естественного процесса регенерации.

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 том числе 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, проведённые 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 ($\chi^2=4,26$, $p=0,03$). Изучение изменений бактериологических показателей содержимого влагалища показало, что после проведенного лечения у пациенток произошли существенные изменения состава микрофлоры влагалища (таблица 3).

ТАБЛИЦА 3.

Биоценоз влагалища пациенток после лечения

Типы биоценоза	Группа сравнения	Основная группа	1 подгруппа основной группы	2 подгруппа основной группы	3 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.

Рецидивы в течение 6 месяцев после лечения наблюдались у 9 больных группы сравнения (28,1%), в то время как в основной группе они отсутствовали ($\chi^2=15,36$, $p=0,0001$).

Выводы

Применение на втором этапе лечения неспецифических цервицитов у нерожавших женщин интравагинальной лазеротерапии, грязелечения, а особенно комбинации этих немедикаментозных воздействий на шейку матки обеспечило регрессию клинических симптомов заболевания и позволило избежать рецидивов заболевания. Разработанная методика с применением лазерного фотофореза бальнеологического средства «Эльтон» способствовала активации процессов репарации и регенерации, что привело к более полноценной эпидермизации измененного эпителия шейки матки. Комплексный метод оказался более эффективным, безопасным, позволил сохранить анатомо-физиологическую структуру шейки матки и может быть применим в амбулаторной практике.

МА

ЛИТЕРАТУРА

1. Василькова Е.В., Тетюлина Ф.К., Жуковская И.Г. Использование различных методов лечения хронического неспецифического цервицита: Материалы X юбилейного Всероссийского 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. С. 47-51.
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. доктора мед. наук. Санкт-Петербург, 1995. С. 40-45.
5. Манухин И.Б., Крапошина Т.П., Захарова Г.П. Лазерная терапия в комплексном лечении рецидивирующего герпетического цервицита. 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. С. 9-39.
8. Щетинина Т.А., Жаркин Н.А., Симонян А.В. Новый комплексный метод лечения цервицитов с использованием бальнеологического средства «Эльтон». Вестник ВолГМУ. 2007. № 4. С. 15-17.