

УДК 616.97

РЕКОНСТРУКТИВНО-ПЛАСТИЧЕСКАЯ ОПЕРАЦИЯ НА ШЕЙКЕ МАТКИ КАК ИММУНОКОРРЕГИРУЮЩАЯ ПРОЦЕДУРА

© 2011 г. С.В. Мураков¹, А.И. Будаев¹, В.В. Фисенко², А.В. Вередченко³, Д.А. Пустовалов³, С.А. Попков¹¹Дорожная клиническая больница на ст. Люблино ОАО РЖД,
Спортивный пр., 3, г. Москва, 109386¹Clinical Hospital on Lublino Station OAS RR,
Sportivny Way, 3, Moscow, 109386²Азовская центральная районная больница,
ул. Ленина, 266, г. Азов, Ростовская обл., 346783²Azov Central Regional Hospital,
Lenin St., 266, Azov, Rostov Region, 346783³Московский государственный
медико-стоматологический университет,
ул. Долгоруковская, д. 4, стр. 7, г. Москва, 127473³Moscow State Medical
and Dental University,
Dolgorukovskaya, St., 4, build. 7, Moscow, 127473

Отражены аспекты иммунокорректирующей терапии хронических цервицитов на фоне деформации шейки матки с применением реконструктивно-пластических операций. На основе клинко-лабораторного исследования 132 больных с хроническим рецидивирующим хламидийным цервицитом было доказано, что эффективность консервативного лечения хронического рецидивирующего хламидийного цервицита на фоне деформации шейки матки в 1,7 раз ниже, чем эффективность консервативного лечения хронического рецидивирующего хламидийного цервицита при интактной шейке матки. Было установлено, что для предотвращения рецидивирования хронической хламидийной инфекции на деформированной шейке матки необходимо проведение пластических операций на деформированной шейке матки. Были оценены иммунологические показатели (уровни иммуноглобулинов и цитокинов цервикальной слизи) до лечения и спустя 6 и 12 мес. после проведенного лечения.

Ключевые слова: шейка матки, иммунокоррекция, хронический цервицит, реконструктивно-пластическая операция.

The paper describes aspects of immunocorrective therapy for chronic cervicitis in case of cervix deformity using restorative plastic surgery. Clinical research including 132 patients with chronic recurrent chlamydial cervicitis has proved that conservative treatment effectiveness for chronic recurrent chlamydial cervicitis in case of cervix deformity is 1,7 times lesser ($p \leq 0,001$) than conservative treatment effectiveness for chronic recurrent chlamydial cervicitis with intact cervix. It was established that plastic surgery in case of cervix deformity is required to prevent recurrence of chronic chlamydial infection in patients with the uterine cervix deformations. Immunological parameters (immunoglobulins and cytokines levels in cervical mucus) were obtained prior to the treatment and 6 and 12 months following the treatment.

Keywords: cervix uteri, immunocorrection, chronic cervicitis, restorative plastic surgery.

Иммунологический гомеостаз шейки матки (ШМ) обеспечивается комплексом факторов неспецифической и специфической иммунной защиты, обеспечивающих в большинстве случаев надёжный барьер на пути проникновения инфекционных агентов: 1) свойствами слизистой пробки; 2) специфическим иммунитетом (лимфоидной тканью, ассоциированной со слизистыми оболочками); 3) защитно-приспособительными реакциями слизистой и подслизистого слоя цервикального канала; 4) биофизикой движения различных слоев слизистой пробки [1]. При деформации ШМ развивается хронический неспецифический цервицит, являющийся следствием иммунологической некомпетентности ШМ при нарушении нормальной архитектоники цервикального канала. Присоединение специфической инфекции приводит к рецидивированию патологического процесса при применении стандартных схем лечения хронического цервицита (ХЦ), что ставит вопрос о совершенствовании методов лечения в данных случаях. Основопологающим компонентом патогенетической терапии становится восстановление иммунологической компетентности ШМ и слизистой оболочки цервикального канала.

Целью нашего исследования явилось изучение возможностей применения реконструктивно-пласти-

ческих операций, восстанавливающих нормальную архитектуру цервикального канала, при лечении ХЦ на фоне деформации ШМ.

Материалы и методы

В основу работы были положены результаты лечения хронического рецидивирующего хламидийного цервицита (ХРХЦ) у 132 больных. На основании результатов клинко-лабораторной диагностики, а также применяемых методик лечения пациентки были разделены на три группы: в 1-ю было включено 50 больных ХРХЦ на фоне деформированной ШМ, получавших консервативное лечение; во 2-ю группу – 52 больных ХРХЦ на фоне деформированной ШМ, которым на фоне консервативной терапии проводились реконструктивно-пластические операции, восстанавливающие нормальную архитектуру цервикального канала; в 3-ю (контрольную) группу – 30 пациенток с ХРХЦ при нормальной архитектонике цервикального канала, получавших консервативное лечение.

Chlamydia trachomatis была идентифицирована с применением полимеразной цепной реакции (ПЦР) с использованием специфических праймеров в сочетании с методом прямой иммунофлюоресценции (ПИФ).

Критерием, определяющим эффективность проводимого лечения, служила динамика клинических проявлений (уменьшение слизистого отделяемого, исчезновение отёчности тканей), а также определение цитокинового профиля и иммуноглобулинов слизистой пробки шейки матки. Уровень цитокинов (ИЛ-1 β , ИЛ-6, ФНО- α) определяли с помощью иммуноферментного анализа (ИФА), используя иммуноферментные тест-системы «ProCon» (Санкт-Петербург) и «Amersham Pharmacia Biotech» (Букингемшир, Великобритания). Иммуноглобулины цервикальной слизи (sIg A, Ig A, Ig G, IgE, IgM) определяли с помощью твердофазного ИФА, используя биотинилированные антитела.

В своей работе мы применяли комплексную терапию ХРХЦ. В качестве этиотропной терапии использовали вильпрафен (джозамицин) – макролидный антибиотик, действующий бактерицидно. Связываясь с 50S-субъединицей рибосомальной мембраны и блокируя транслокацию пептидов из А-центра, он препятствует фиксации транспортной РНК и подавляет синтез белка. Препарат применяется при инфекциях дыхательных путей, уха, горла и носа, хламидийных и других инфекциях, передаваемых половым путем. Концентрация вильпрафена в клетках более чем в 20 раз выше, чем во внеклеточной жидкости, поэтому особое значение ему придают при лечении инфекций с внутриклеточной персистенцией возбудителя [2]. Для лечения ХРХЦ мы применяли вильпрафен по 500 мг 3 раза в сутки в течение 21 дня, начиная за 7–10 дней до проведения операции.

Системная антибиотикотерапия комбинировалась с назначением в профилактических целях антимикотика пимафуцина (натамицина), обладающего фунгицидным действием. Он связывает стеролы клеточных мембран, нарушая их целостность и функции, что приводит к гибели микроорганизмов. К натамицину чувствительно большинство патогенных дрожжеподобных грибов, особенно *Candida albicans*. Он не всасывается из желудочно-кишечного тракта, с поверхности кожи, слизистых оболочек. В отличие от многих других противогрибковых средств этот препарат не угнетает нормальную микрофлору и не имеет значимых побочных эффектов [3]. Пимафуцин выпускается в различных лекарственных формах для местного (вагинальные свечи, крем, суспензия в виде капель) и энтерального (кишечно-растворимые таблетки) применения, что облегчает его использование.

В качестве патогенетической (иммунокорректирующей) терапии применялись следующие средства и методы: как основной этап – пластическая операция методом этапного расслоения, восстанавливающая архитектуру цервикального канала и создающая условия для ликвидации хронического воспаления, в послеоперационном периоде – иммуномодулирующие средства. На втором этапе, в послеоперационном периоде, применялись иммуномодулирующие средства, ферментные препараты, гепатопротекторы и средства, используемые для биокоррекции. Иммунокорректирующая терапия в послеоперационном периоде: генферон вагинально, суппозитории в дозировке 500 000 МЕ по 1 свече 2 раза в сутки ежедневно в течение 10 дней; внутривенное лазерное облучение крови (ВЛОК) низкоэнергетическим гелий-неоновым лазе-

ром с длиной волны 0,638 мкм с мощностью выхода 5–10 мВт, 10 сеансов.

Результаты исследования и их обсуждение

В 1-й группе полная клиническая реконвалесценция была достигнута в 56,0 %, во 2-й – в 96,15, в 3-й – в 96,7 % наблюдений. При этом в 1-й группе отмечена высокая частота возникновения клинических рецидивов в отдалённые сроки. Полученные клинические результаты коррелируют с лабораторными данными: уровни провоспалительных цитокинов в слизистом секрете цервикального канала у пациенток 2 и 3-й групп через 6 и 12 мес. после начала лечения соответствовали норме, в то время как у пациенток 1-й группы было выявлено повышение уровней ИЛ-1 β , ИЛ-6 и ФНО- α в отдалённые сроки. Содержание иммуноглобулинов в цервикальной у больных из 2 и 3-й групп в отдалённом послеоперационном периоде также соответствовало норме, в то время как у больных 1-й группы через 6 и 12 мес. после проведённого лечения были выявлены выраженные изменения показателей sIg A, Ig A, Ig G, IgE и IgM шеечной слизи. Методика, использовавшаяся при лечении больных из 2-й группы с ХРХЦ на фоне деформированной ШМ, где проводилась хирургическая коррекция деформации на фоне этиотропной и иммуномодулирующей терапии, дала те же результаты, что и методика лечения больных из 3-й (контрольной) группы, где проводилось только консервативное лечение хламидийного цервицита при нормальной архитектонике цервикального канала, что подтверждено при анализе клинко-лабораторных показателей в отдалённые сроки (спустя 6 и 12 мес. после начала лечения). При этом методика, использовавшаяся при лечении больных из 1-й группы с ХРХЦ на фоне деформированной ШМ, где применялась только консервативная терапия, показала низкую эффективность при высокой частоте возникновения рецидивов заболевания в отдалённые сроки.

Мы имеем опыт успешного применения реконструктивно-пластических операций на ШМ при лечении бактериального вагиноза и ХЦ, вызванного вирусом папилломы человека (ВПЧ), протекающих на фоне деформации ШМ. Следовательно, восстановление анатомии ШМ – основной и определяющий шаг в восстановлении иммунологического гомеостаза ШМ, что является базисной частью патогенетического лечения хронических цервицитов на фоне деформации шейки матки.

Из вышеизложенного можно сделать следующие выводы:

1. Пластическая операция на шейке матки, восстанавливающая архитектуру цервикального канала, является иммунокорректирующей хирургией, лежащей в основе восстановления иммунологического гомеостаза шейки матки в целом.

2. Хирургическая коррекция деформации шейки матки с восстановлением ее архитектоники и, соответственно, иммунологического гомеостаза шейки матки как основной этап лечения особенно актуальна в случае комплексной терапии хламидийного цервицита, ВПЧ-инфекции и бактериального вагиноза.

Литература

1. Жайлыбаева А.С. Состояние общего и местного иммунитета у женщин с воспалительными заболеваниями шейки матки // Аллергология и иммунология. 2007. № 8 (1). С. 305–305.
2. Применение джозамицина (вильпрафена) у женщин с хламидийной инфекцией нижних и верхних отделов мочеполового тракта / М.М. Васильев [и др.] // Вестн. дерматол. и венерол. 2005. № 3. С. 78–80.
3. Шевяков М.А., Мирзабалаева А.К. Диагностика и лечение кандидоза слизистых оболочек пищеварительного и урогенитального трактов // Антибиотики и химиотерапия. 2004. № 49 (10). С. 26–29.

*Поступила в редакцию**22 апреля 2011 г.*
