

# Цервикальная интраэпителиальная неоплазия (CIN). Современные подходы к диагностике, лечению и реабилитации

**Е.П. Манжура**

Киевский городской клинический онкологический центр  
Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца, г. Киев

**Цель исследования:** оценка клинической эффективности препарата Ревитакса в виде вагинальных свечей в послеоперационном лечении шейки матки.

**Материалы и методы.** Для оценки клинической эффективности было исследовано 2 препарата в группе пациенток после хирургического воздействия на шейку матки, а именно – свечи Ревитакса и свечи Метилурацил. Исследование было открытым, в исследуемую группу вошли 50 женщин, 25 из которых были назначены свечи Ревитакса, а 25 – свечи Метилурацил. Всем пациенткам была выполнена конизация шейки матки единым методом – электрохирургическим и в послеоперационный период назначены свечи один раз в день на ночь № 14 с 3-го послеоперационного дня. Осмотр пациенток проводили на 30–35-й дни и 60–65-й дни после операции. Оценивали степень эпителизации, стриктуры канала шейки матки и бактериоскопию мазка, а также субъективное ощущение женщиной комфорта по 10-балльной системе.

**Результаты.** Как видно из полученных результатов, пациентки, получавшие препарат Ревитакса в виде вагинальных свечей, имели более высокий процент эпителизации, в отличие от пациенток, получавших вагинальные свечи Метилурацил. Так, в группе Ревитакса на 30–35-й дни обследования эпителизация была выше на  $13 \pm 2,3\%$ , а на 60–65-й дни – на  $12 \pm 3,4\%$ . При бактериоскопии отмечено, что раневая поверхность очищалась эффективнее при применении препарата Ревитакса, количество стриктур через 2 мес было на 25% меньше, а уровень комфорта был выше на 35,6%, что очень значимо для качества жизни женщины. Такое действие в целом обусловлено рациональными составляющими препарата Ревитакса.

**Заключение.** Таким образом, о препарате Ревитакса можно с полной ответственностью сказать, что он рекомендовал себя на протяжении многих лет как эффективный, надежный препарат, улучшающий репаративные процессы при операциях на шейке матки. Не оказывает повреждающего действия на эпителий, не имеет противопоказаний ввиду отсутствия агрессивных реагентов. Показан в репродуктивный, пери- и постменопаузальный периоды женщины.

**Ключевые слова:** патология шейки матки, дисплазия, рак, классификация, Ревитакса.

Патология шейки матки – одна из серьезнейших проблем визуальной локализации наряду с патологией грудных желез у женщин. По определению, она должна быть хорошо диагностируемой и высококурабельной патологией, однако сегодня существует масса трудностей в области своевременной диагностики. На то есть несколько причин: первая – нежелание женщины обращаться к врачу без клинической симптоматики; вторая – проблематичная

диагностика ввиду разнообразия терминов и некорректной их трактовки; третья – снижение онконастороженности среди врачей и среднего медперсонала.

Цервикальная интраэпителиальная неоплазия (CIN), или дисплазия шейки матки (ДШМ) – процесс статистически малоконтролируемый и нет достоверных сведений о точной цифре заболеваемости различной степени этой патологии. Однако, исходя из показателей заболеваемости раком шейки матки (в Украине ежегодно регистрируется 5 тысяч новых случаев [3], в мире – 500 тысяч), можно предположить, что минимум в два раза, а это 10 тысяч женщин в Украине ежегодно диагностируют ДШМ.

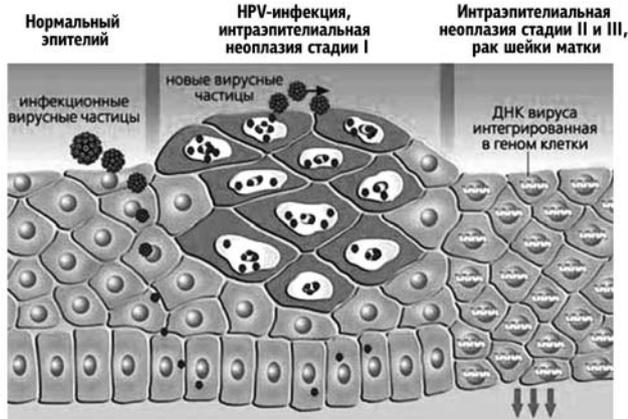
Что же делать и как повлиять на сложившуюся ситуацию?

Что такое дисплазия? Какие виды дисплазии существуют и всегда ли они приводят к РШМ? Как своевременно установить диагноз ДШМ? Как сократить сроки реабилитации и восстановительного периода после хирургических воздействий на шейку матки?

Дисплазия – это нарушение дифференцировки, созревания, старения и апоптоза эпителиальных клеток, выстилающих шейку матки. В зависимости от степени выраженности диспластических изменений морфологически различают легкую (CIN I), умеренную (CIN II) и тяжелую (CIN III) дисплазию. CIN I характеризуется полиморфизмом клеточных элементов с выраженной гиперхромностью ядер и высоким ядерно-цитоплазматическим соотношением, причем все это наблюдается в нижней трети пласта многослойного плоского эпителия [1], то есть наиболее удаленно от базальной мембраны, что важно знать практикующему акушеру-гинекологу для понимания патогенеза данного заболевания. В случае CIN II определяют клеточный атипизм и многочисленные митозы уже в 1/2 нижней части эпителиального пласта, то есть процесс продвигается вглубь, к базальной мембране. CIN III характеризуется клеточным атипизмом в 2/3 толщины эпителия, в отличие от карциномы *in situ*, когда атипизм выражена во всем пласте эпителия вплоть до базальной мембраны. Согласно классификации ВОЗ (1982) и Бетесда (2001, 2004, 2014), понятия тяжелая дисплазия и рак *in situ* объединены в один патологический процесс (CIN III и HSIL соответственно), однако для клинициста важно эти понятия по возможности разграничивать, хотя бы для того, чтобы верно оценить фактор времени для себя и пациентки.

Причины возникновения дисплазий разнообразны и делятся на три основные группы:

1. Экзогенные (любая длительно персистирующая инфекция (Р. Вирхов, 1867), вирус папилломы человека (ВПЧ), разрывы шейки матки вследствие частых родов, травмы и т.д.).



**Рис. 1. Этапы проникновения, репликации и синтеза ВПЧ в эпителии шейки матки**

2. Эндогенные (ослабление иммунной системы, нарушение гормонального гомеостаза и т.д.).

3. Смешанные (неудовлетворительные экологические условия, нарушение питания, курение, стрессы, нейроэндокринно-обменные нарушения и т.д.).

Если говорить о популярном сейчас пути развития дисплазии, а именно – инфицировании ВПЧ, то следует отметить, что (по мнению В.А. Молочкова и соавт., 2004) инфицирование эпителиальных клеток ВПЧ является необходимым, но недостаточным событием для развития рака. Для формирования необратимой неоплазии необходимы следующие факторы: во-первых, активная экспрессия генов Е6 и Е7, причем высокоонкогенных типов ВПЧ-16 и 18; во-вторых, индукция метаболических механизмов конверсии эстрадиола в 16-ОН; в-третьих, индукция множественных повреждений хромосомной ДНК в инфицированной клетке, которая завершает процесс перерождения.

Предрасполагающими факторами риска для развития заболевания могут быть: неблагоприятный социально-экономический статус и некорректное сексуальное поведение, нарушения клеточного и гуморального иммунитета, сопутствующие сексуально-трансмиссивные заболевания (гонорея, сифилис, трихомониаз, хламидиоз и т.д.), молодой возраст, курение, беременность, дисбиоз вагинального биоценоза, гипо- и авитаминозы (Марченко Л.А., 2001). Поэтому не следует забывать, что дисплазия эпителия шейки матки (так же, как и РШМ) является мультифакторным заболеванием, что необходимо учитывать при лечении пациенток.

Схематически инфицирование ВПЧ показано на рис. 1.

Карцинома *in situ*, как правило, прогрессирует до инвазивного рака при отсутствии лечения. Отмечены редкие случаи спонтанной регрессии карциномы *in situ*. В некоторых случаях небольшие участки плоскоклеточной карциномы *in situ* могут быть полностью удалены при выполнении биопсии или соскоба. В других случаях механизм регрессии карциномы *in situ* остается неизвестным. Едва ли его можно связать с фенотипической нормализацией атипического клона клеток, скорее всего, атипический клон погибает вследствие активизации местного и общего иммунитета, выработки собственных интерферонов и усиления процессов фагоцитоза.

Степень распространения опухолевого процесса имеет основное значение в определении прогноза заболевания. По данным Я.В. Бохмана [2], пятилетние результаты лечения больных ДШМ составляют 100%, преинвазивным ра-

ком – 99,1%, микроинвазивным раком – 96,8%. При инвазивном раке эти результаты существенно ниже. В 19-м томе издаваемых под эгидой FIGO в Стокгольме сборников, посвященных результатам лечения гинекологического рака, 120 сотрудничающих центров представили показатели 5-летней выживаемости 32 428 больных РШМ, лечившихся в 1976–1978 гг. Показатели пятилетней выживаемости составили: I стадия – 78,1%; II стадия – 57,0%; III стадия – 31,0%; IV стадия – 7,8%; все стадии – 55,0% (рис. 2).

Конечно, эти данные устарели в отношении РШМ. В настоящее время мы имеем значительно более высокие показатели выживаемости больных РШМ. Так, по сводным данным популяционных раковых регистров стран Европы, однолетняя выживаемость больных РШМ всех стадий в 90-х годах прошлого века составила 84%, трехлетняя – 66%, пятилетняя – 62% [24]. В Киеве пятилетняя выживаемость составляет 62,7%, в Украине – 56,7%. Важную роль в определении пятилетней выживаемости больных играет стадия заболевания, размер и морфологический тип опухоли, качество специализированной помощи, осложнения после специального лечения. Однако результаты лечения дисплазий, преинвазивного (карцинома *in situ*) и микроинвазивного, или преклинического РШМ остаются неизменно высокими, вот почему наша цель – это ранняя диагностика диспластических процессов, преинвазивного и преклинического РШМ и их своевременное адекватное лечение.

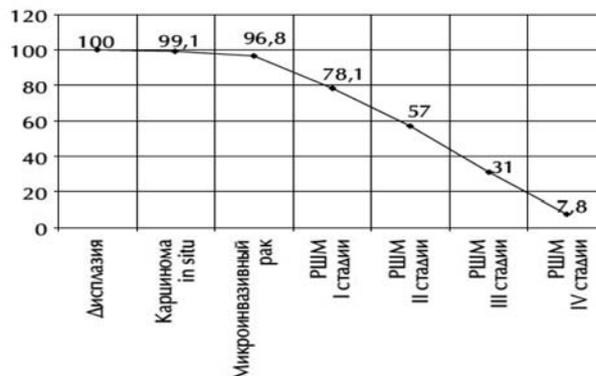
По данным V.T. DeVita и соавторов (1997), средняя длительность существования карциномы *in situ* оценена в 10 лет. Наиболее короткий период перехода карциномы *in situ* в инвазивный рак составляет 3 года, однако примерно у 5% больных с карциномой *in situ* инвазивный рак может развиваться менее чем через 3 года. Средний возраст больных с CIN на 15,6 года меньше, чем больных с инвазивным раком [15]. Средний возраст больных с преинвазивным РШМ (42,1 года) на 6 лет меньше, чем больных РШМ I стадии [10].

Однако следует отметить, что за последнее десятилетие отмечается резкое сокращение сроков до возникновения инвазивного РШМ, что обусловлено всплеском инфекционных заболеваний (вирусные гепатиты, ВИЧ-инфицирование и т.д.), а также множеством стрессогенных факторов.

Приведенные выше факты свидетельствуют о том, что дисплазия эпителия шейки матки является действительно предраковым состоянием, а больные, у которых ее диагностируют, относятся к группе высокого риска развития РШМ.

Итак, диагностические проблемы, существующие на сегодняшний день для раннего установления диагноза, это:

- «путаница» в терминах;
- смешивание врачами понятий цитологическая и кольпоскопическая классификация;



**Рис. 2. Пятилетняя выживаемость больных ДШМ и РШМ, %**

- отсутствие в 40–60% случаев грамотной интерпретации кольпоскопической картины;
- отсутствие в 30% случаев адекватного цитологического заключения.

Для решения проблемы и понимания вопроса практикующему акушеру-гинекологу необходимо обязательно провести параллель между кольпоскопическими классификациями Е.В. Коханевич, К.П. Ганиной (1970), а также классификациями CIN, PAP и Рио-де-Жанейро (2011) (рис. 3), что значительно облегчит диагностический процесс.

Для наглядности классификация Е.В. Коханевич представлена в условных обозначениях – рис. 4.

Как видно из приведенных двух классификаций, существенным отличием является то, что лейкоплакия в классификации Рио-де-Жанейро отнесена к неспецифическим признакам, не требующим лечения. Это заставляет врача игнорировать данное патологическое состояние, что может привести к более тяжелому и обширному поражению.

Существующие на сегодня споры лечить или не лечить CIN I основаны в большинстве случаев на экономической рентабельности лечебного процесса, и решение должно приниматься врачом с полной мерой ответственности.

*Лейкоплакия (гиперкератоз)* является патологическим очагом, клетки которого утратили способности к апоптозу, а это уже начало неоплазии; поэтому в данном месте вместе 20 слоев многослойного плоского эпителия (МПЭ) будет 40 и т.д. (рис. 5).

Обращает на себя внимание следующий клинический случай:

**Пациентка В., 32 года**, направлена к нам в клинику с CIN I, а именно – лейкоплакией в I зоне, очаг 8 мм; ВИЧ-инфицирована, в момент обращения имела вирусный энцефалит в стадии суб-, декомпенсации.

Можно было провести эксцизию – и на этом, скорее всего, все закончилось бы, однако пациентка была направлена к инфекционисту для лечения основного заболевания.

После повторного обращения через 2 мес установлен диагноз CIN III с переходом на влажные своды – прогрессия и манифестация процесса.

Данный пример ярко доказывает, что если пациентка ослаблена тяжелыми хроническими заболеваниями, то самопроизвольной регрессии лейкоплакии ждать не приходится и ее следует лечить.

Итак, в чем же еще возникает путаница и сложности диагностики ДШМ? В первую очередь – в терминологии. Акушер-гинеколог должен четко для себя понимать, как выглядит то или иное патологическое состояние. Например, что такое *нежная* мозаика или *нежная* пунктация согласно классификации Рио-де-Жанейро? В ходе проверки первичной диагностики было выяснено, что довольно часто это понятие интерпретируется врачами как слабо окрашенный красный компонент мозаики или пунктации. Напротив, термин «*грубая*» (по классификации Рио-де-Жанейро) трактовался как довольно интенсивное, выраженное окрашивание. Но если провести параллель между двумя классификациями (см. рис. 3, 4), то выходит, что *нежная* мозаика и *нежная*

Общие положения	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Адекватная/неадекватная картина (с указанием причины, например объективная оценка цервикса затруднена из-за воспаления, кровотечения, рубцовых изменений и т.д.)</li> <li>• Граница между многослойным плоским и цилиндрическим эпителием: визуализируется полностью; частично; не визуализируется</li> <li>• Зона трансформации: тип I, II, III</li> </ul>		
Нормальные кольпоскопические картины	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Многослойный плоский эпителий: <ul style="list-style-type: none"> <li>□ З □ Зрелый</li> <li>□ А □ Атрофический</li> </ul> </li> <li>• Цилиндрический эпителий: <ul style="list-style-type: none"> <li>□ □ Эктопия</li> </ul> </li> <li>• Метапластический эпителий: <ul style="list-style-type: none"> <li>□ □ Наботовые кисты</li> <li>□ □ Открытие железы (крипты)</li> </ul> </li> <li>• Децидуоз (при беременности)</li> </ul>		
Аномальные кольпоскопические картины	Общие принципы	Локализация поражения: в пределах или вне зоны трансформации; соответствие с циферблатом Размеры области поражения в процентном соотношении с цервиксом	
	Степень I (слабовыраженное поражение)	Тонкий ацетобелый эпителий с неровными нечеткими краями	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Нежная мозаика</li> <li>• Нежная пунктация</li> </ul>
	Степень II (выраженное поражение)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Плотный ацетобелый эпителий с четкими контурами</li> <li>• Быстрое побеление</li> <li>• Ацетобелый плотный ободок вокруг открытых желез (крипт)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Грубая мозаика</li> <li>• Грубая пунктация</li> <li>• Внутри поражения – контуры более плотного ацетобелого участка</li> <li>• Признак бугристости</li> </ul>
	Неспецифические признаки	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Лейкоплакия (кератоз, гиперкератоз)</li> <li>• Эрозия</li> <li>• Окрашивание раствором Люголя (проба Шиллера); йодопозитивное/йоднегативное</li> </ul>	
Другие кольпоскопические картины	Подозрение на инвазию	Атипические сосуды Дополнительные признаки: «ломкие» сосуды; неровная поверхность Неэкзофитное поражение; области некроза, изъязвления	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Врожденная зона трансформации</li> <li>• Кондиломы</li> <li>• Последствия раннего проведенного лечения</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Стеноз</li> <li>• Врожденные аномалии</li> <li>• Воспаление</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Полипы</li> <li>• Эндометриоз</li> </ul>

Рис. 3. Кольпоскопическая классификация Рио-де-Жанейро, 2011

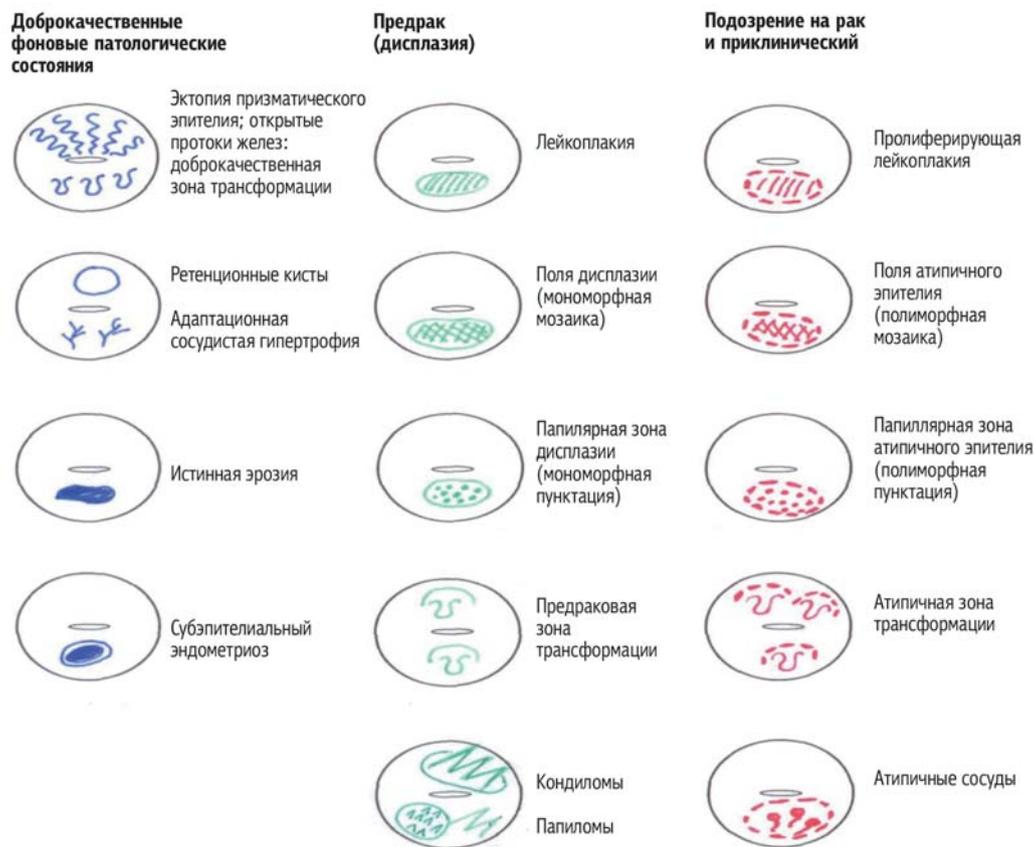


Рис. 4. Кольпоскопическая классификация Е.В. Коханевич

пунктация – это *мономорфные* поля и папиллярная *мономорфная* зона дисплазии соответственно согласно классификации Е.В. Коханевич; и наоборот, *грубая* мозаика и *грубая* пунктация – это поля атипичного эпителия и папиллярная зона атипичного эпителия (*полиморфизм*) (рис. 6). Таким образом, становится понятно, что *нежная*=*мономорфизм*, а *грубая*=*полиморфизм*. Следует помнить, что полиморфизм является проявлением атипичии эпителия и, как правило, соответствует цитологически CIN III с возможным разделением гистологически на дисплазию высокой степени (тяжелую) и карциному in situ (рис. 7).

Еще важно отметить тот факт, что практикующий врач, владеющий методом кольпоскопии, не должен упускать, что кольпоскопическая картина соответствует

CIN I или CIN II–III, а должен описать характерную *кольпоскопическую* картину того или иного патологического состояния шейки матки, что свидетельствует о знании терминологии.

Итак, мы подошли к вопросам лечения патологических процессов шейки матки. Все предраковые состояния требуют незамедлительного лечения. Исключение составляют только случаи установления диагноза во время беременности в различные сроки. Такую пациентку необходимо направить к онкогинекологу для решения вопроса о пролонгировании беременности.

Следующий важный момент – все пациентки с CIN III должны лечиться только в специализированном онкологическом учреждении.

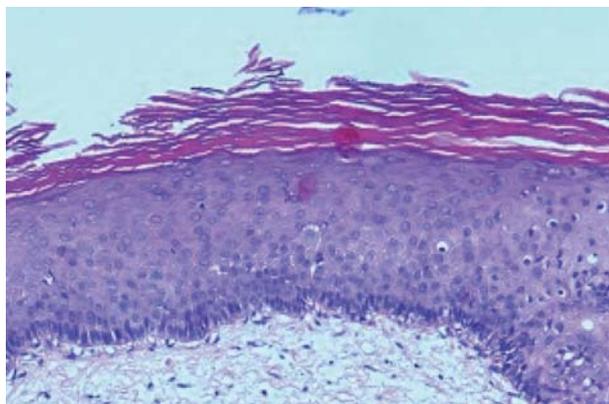


Рис. 5. Лейкоплакия МПЗ шейки матки



Рис. 6. Полиморфные (атипичные) поля дисплазии, грубая мозаика

Современные морфологические и цитологические классификации

Морфологические классификации		Цитологические классификации	
Морфологические изменения	CIN-system	Папаниколау	Бетеста (2004)
Норма, изменения отсутствуют	Норма	1-й класс	Доброкачественные клеточные изменения, воспаление, Признаки различных инфекций
Незначительные клеточные изменения	Незначительные клеточные изменения	2-й класс	ASCUS (АПНЗ) Плюс полиморфные изменения
Плоскоклеточная атипия плюс полиморфные изменения (воспаление, инфекции и т.п.)	Плоскоклеточная атипия плюс полиморфные изменения (воспаление, инфекции и т.п.)	2-й класс	LSIL (НПИП)
Папилломавирусные изменения (койлоцитоз)	Папилломавирусные изменения (койлоцитоз)	2-й класс	LSIL (НПИП)
Слабая дисплазия	CIN I	3-й класс	LSIL (НПИП)
Дисплазия средней степени	CIN II	3-й класс	HSIL (ВПИП)
Дисплазия высокой степени	CIN III	3-й класс	HSIL (ВПИП)
Карцинома in situ (CIS)	CIN III	4-й класс	HSIL (ВПИП)
Инвазивный рак шейки матки	Инвазивный рак шейки матки	5-й класс	Инвазивный рак шейки матки
Атипия клеток железистого (эндоцервикального) эпителия	Атипия клеток железистого (эндоцервикального) эпителия		Атипия клеток железистого (эндоцервикального) эпителия ACUS
Аденокарцинома	Аденокарцинома		Аденокарцинома

Рис. 7. Объединенная таблица морфоцитологических классификаций патологии шейки матки

Пациентки с CIN I (лейкоплакией) могут наблюдаться при условии отсутствия хронических инфекционных заболеваний и наличия нормального состояния иммунной системы, но не более 6–9 мес, и если нет признаков самостоятельной регрессии, показана лечебная процедура.

Методы лечения могут быть различными: воздействие физическими и химическими факторами, электрохирургические, радиоволновые и аргоноплазменные, ножевая ампутация.

Целью данных методов является надежное излечение пациентки путем деструкции эпителия с различной глубиной проникновения, а также полное удаление патологического очага с подлежащими структурами в пределах здоровых тканей.

Однако кроме излечения пациентки необходимо также учитывать качество ее жизни, репродуктивный потенциал, сексуальную функцию. Все это достигается грамотным и адекватным ведением восстановительного периода после хирургического вмешательства. Очень часто, когда мы имеем дело с CIN III, шейка матки иссекается с 3-й зоной включительно, и раневая поверхность довольно обширная. Здесь важно подобрать арсенал медицинских препаратов, действие которых направлено на скорейшую эпителизацию без нанесения ущерба естественному биоценозу влагалища. Назначение антибактериальных средств в длительном режиме неоправданно (достаточно однократного введения в день процедуры), так как угнетаются факторы

местного иммунитета, которые так необходимы для лизиса краев резекции и полноценных процессов эпителизации.

**Цель исследования:** оценка клинической эффективности препарата Ревитакса в виде вагинальных свечей в послеоперационном лечении шейки матки.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ**

Для оценки клинической эффективности было исследовано 2 препарата в группе пациенток после хирургического воздействия на шейку матки, а именно – свечи Ревитакса и свечи Метилурацил. Исследование было открытым, в исследуемую группу вошли 50 женщин, 25 из которых были назначены свечи Ревитакса, а 25 – свечи Метилурацил. Всем пациенткам была выполнена конизация шейки матки единым методом – электрохирургическим и в послеоперационный период назначены свечи один раз в день на ночь № 14 с 3-го послеоперационного дня. Осмотр пациенток проводили на 30–35-й дни и 60–65-й дни после операции. Оценивали степень эпителизации, стриктуры канала шейки матки и бактериоскопию мазка, а также субъективное ощущение женщиной комфорта по 10-балльной системе (таблица).

Степень эпителизации оценивали субъективно следующим образом:

- высокая – выраженная эпителизация 80-100% раневой поверхности;
- средняя – 50–60% эпителизации раневой поверхности;
- низкая – 20–30% эпителизации раневой поверхности.

**Результаты, полученные в ходе исследования**

Группа пациенток	Среднее количество лейкоцитов на 10 <sup>9</sup> полей зрения	Средний процент степени эпителизации	Количество пациенток со стриктурами канала шейки матки, n	Ощущение комфорта, баллы
Ревитакса, n=25 (30-35-й дни)	30-40	47	3	4,2
Ревитакса, n=25 (60-65-й дни)	15-20	87	1	8,7
Метилурацил, n=25 (30-35-й дни)	40-60	34	7	4,3
Метилурацил, n=25 (60-65-й дни)	30-40	75	4	5,6

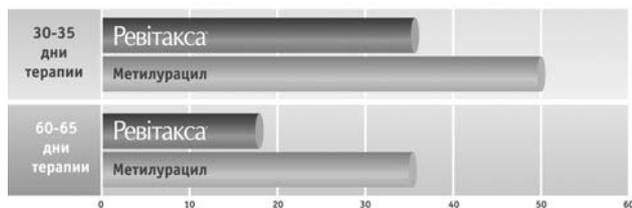


Рис. 8. Среднее количество лейкоцитов на 10 полей зрения (уточнить инфо про поля зрения)

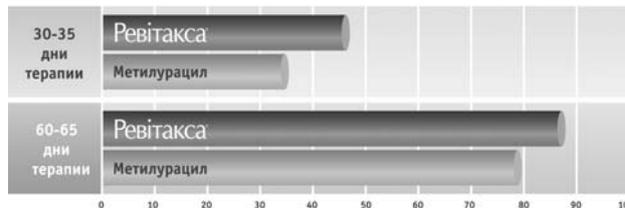


Рис. 9. Средний процент степени эпителизации

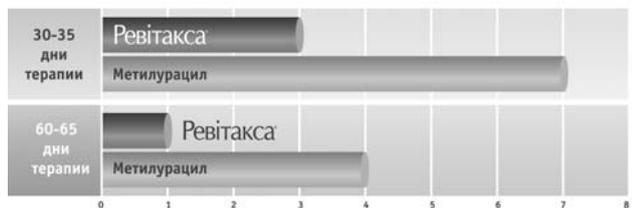


Рис. 10. Количество пациенток со стриктурами канала шейки матки, n

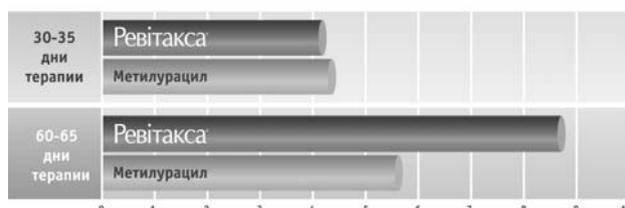


Рис. 11. Ощущение комфорта, баллы

Те же данные для наглядности представлены в виде диаграмм (рис. 8–11).

### РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Как видно из полученных результатов, пациентки, получавшие препарат Ревитакса в виде вагинальных свечей, имели более высокий процент эпителизации, в отличие от пациенток, получавших вагинальные свечи Метилурацил. Так, в группе Ревитакса на 30–35-й дни обследования эпителизация была выше на  $13 \pm 2,3\%$ , а на 60–65-й дни – на  $12 \pm 3,4\%$ . При бактериоскопии отмечено, что раневая поверхность очищалась эффективнее при применении препарата Ревитакса, количество стриктур через 2 мес было на 25% меньше, а уровень комфорта был выше на 35,6%, что очень значимо для качества жизни женщины.

Такое действие в целом обусловлено рациональными составляющими препарата:

- гиалуроновая кислота как природный полисахарид покрывает слизистую оболочку влагалища, создает защитный барьер, способствует заживлению, снимает воспалительную реакцию (уменьшает покраснение и раздражение), укрепляет стенки влагалища после диатермокоагуляции, лазерной терапии и криотерапии шейки матки или влагалища, оказывает увлажняющее действие при сухости влагалища;
- экстракт календулы обеспечивает противовоспалительный эффект, ускоряет процессы восстановления, оказывает противогрибковое, антибиотическое, защитное и иммуностимулирующее действие;
- экстракт алоэ усиливает местный иммунитет, восстанавливает тканевый обмен веществ, благодаря чему оказывает ранозаживляющее, противомикробное и противовоспалительное действие, устраняет воспаление и раздражение, стимулирует восстановление слизистой оболочки влагалища. Алоэ содержит витамин

- С, который подавляет рост патогенных бактерий, обеспечивает снижения рН влагалища, способствует восстановлению оптимальных показателей рН и поддержки нормального состава микрофлоры влагалища;
- экстракт масла чайного дерева оказывает сильное бактерицидное, противовоспалительное, противогрибковое действие. Биологически активные вещества чайного дерева увлажняют слизистую оболочку влагалища;
- экстракт центеллы азиатской оказывает антиоксидантное, регенеративное и антисептическое действие, стимулирует синтез коллагена, содействует восстановлению эпителия и укреплению стенок влагалища.

### ВЫВОДЫ

Таким образом, о препарате Ревитакса можно с полной ответственностью сказать, что он зарекомендовал себя на протяжении многих лет как эффективный, надежный препарат, улучшающий репаративные процессы при операциях на шейке матки.

Не оказывает повреждающего действия на эпителий, не имеет противопоказаний ввиду отсутствия агрессивных реагентов.

Показан в репродуктивный, пери- и постменопаузальный периоды женщины.

Кроме того, если говорить о диспластических процессах шейки матки, то здесь незаменимую роль играет препарат Эпигалин в блокировании путей образования патологической фракции эстрадиола, а именно – 16-гидроксистерон за счет индол-3-карбинола. Весомым преимуществом данного препарата является то, что его состав полностью натуральный и не вызывает грубого повреждающего действия на организм. Поскольку фитокомпоненты оказывают мягкое накопительное действие, применять его целесообразно не менее 1,5–2 мес, с дальнейшим контролем эффективности лечения.

**Цервікальна інтраепітеліальна неоплазія (CIN).  
Сучасні підходи до діагностики, лікування та  
реабілітації**  
**О.П. Манжура**

**Мета дослідження:** оцінювання клінічної ефективності препарату Ревітакса у вигляді вагінальних свічок у післяопераційному лікуванні шийки матки.

**Матеріали та методи.** Для оцінювання клінічної ефективності було досліджено 2 препарати у групі пацієнток після хірургічного впливу на шийку матки, а саме – свічки Ревітакса і свічки Метилурацил. Дослідження було відкритим, у досліджувану групу увійшли 50 жінок, 25 з яких були призначені свічки Ревітакса, а 25 – свічки Метилурацил. Усім пацієнткам була виконана конізація шийки матки єдиним методом – електрохірургічним і в післяопераційний період призначені свічки один раз на добу на ніч № 14 з 3-го післяопераційного дня. Огляда пацієнток проводили на 30–35-у добу і 60–65-у добу після операції. Оцінювали ступінь епітелізації, стриктури каналу шийки матки і бактеріоскопію мазка, а також суб'єктивне відчуття жінкою комфорту по 10-бальній системі.

**Результати.** Як видно з отриманих результатів, пацієнтки, які отримували препарат Ревітакса у вигляді вагінальних свічок мали більш високий відсоток епітелізації, на відміну від пацієнток, які використовували вагінальні свічки Метилурацил. Так, у групі Ревітакса на 30–35-у добу обстеження епітелізація була вище на 13±2,3%, а на 60–65-у добу – на 12±3,4%. У разі бактеріоскопії відзначено, що ранова поверхня очищувалася ефективніше при застосуванні препарату Ревітакса, кількість стриктур через 2 міс було на 25% менше, а рівень комфорту був вище на 35,6%, що дуже значуще для якості життя жінки. Така дія в цілому зумовлене раціональними складовими препарату Ревітакса.

**Заключення.** Таким чином, щодо препарату Ревітакса можна з повною відповідальністю сказати, що він зарекомендував себе протягом багатьох років як ефективний, надійний препарат, що поліпшує репаративні процеси при операціях на шийці матки. Не має шкідливої дії на епітелій, не має протипоказань через відсутність агресивних реагентів. Показаний в репродуктивний, пери- та постменопаузальний періоди жінки.

**Ключові слова:** патологія шийки матки, дисплазія, рак, класифікація, Ревітакса.

**Cervical intraepithelial neoplasia (CIN).  
Modern approaches to the diagnosis, treatment  
and rehabilitation**  
**E. P. Manzhura**

**The aim of the study:** to evaluate the clinical efficacy of the drug Ravitax in the form of vaginal plugs in the postoperative treatment of the cervix.

**Materials and methods.** To evaluate the clinical efficacy were studied 2 medicines in the group of patients after surgical treatment of the cervix, namely, candle Ravitax and candle Methyluracil. The study was open, in the examined group consisted of 50 women, 25 of whom were appointed candle Ravitax, and 25 - Methyluracil candles. All the patients were performed cervical conization by the united method - electrosurgical and in the postoperative period assigned to the candles once a day for the night # 14 from the 3rd postoperative day. Examination of patients was carried out for 30-35 days and 60-65 days after surgery. There were evaluated the degree of epithelialization, stricture of the cervical canal and bacterioscopy stroke, as well as the subjective feeling of the woman of comfort on a 10-point system.

**Results.** As can be seen from the results, patients who received the drug Ravitax in the form of vaginal plugs had a higher percentage of epithelialization, in contrast to patients treated with vaginal suppositories Methyluracil. So, under Ravitax 30-35 days of examination of epithelialization was higher by 13±2.3%, and 60-65 days - 12±3.4%. When examination noted that the wound surface was cleaned more effectively with the use of the drug Ravitax, the number of strictures after 2 months was 25% less and the comfort level was higher by 35.6%, which is very important for the quality of life of women. This action is generally due to the rational components of the drug Ravitax.

**Conclusion.** Thus, the drug Ravitax an exaggeration to say that he established himself in the past many years as an effective, reliable drug which improves reparative processes after operations on the cervix. It has no damaging effect on the epithelium, has no contraindications due to the lack of corrosive reagents. It was shown in reproductive, before and postmenopausal women.

**Key words:** pathology of the cervix, dysplasia, cancer, classification, Ravitax.

**Сведения об авторе**

**Манжура Елена Петровна** – отделение гинекологии Киевского городского клинического онкологического центра, кафедра онкологии Национального медицинского университета им. А.А. Богомольца, 03115, г. Киев, ул. Верховинная, 69; тел.: (044) 409-18-31

**СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Патология шейки и тела матки : руководство для врачей / Под ред. Коханевич Е.В. – Нежин: Гидро-макс, 2009. – 350 с.
2. Бохман Я.В., Лютра У.К. Рак шейки матки. – Кишинев: Штиинца, 1991.
3. Федоренко З.П., Гулак Л.О., Михайлович Ю.Й., Горох Є.Л., Рижов А.Ю., Сумкина О.В., Куценко Л.Б. Национальний канцер-реєстр в Україні.
4. Молочков В.А., Киселев В.И., Рудых И.В., Щербо С.Н. Папиллома-вирусная инфекция: клиника, диагностика, лечение: пособие для врачей. – М.: МОНИКИ, 2004.
5. Марченко Л.А. Генитальный герпес. Новые клинические аспекты. Проблемы репродукции 2001; 4: 29–33.
6. Эпидемиология рака шейки матки, факторы риска, скрининг (В.И. Новик, д-р. мед. наук, НИИ онкологии им. проф. Н.Н. Петрова Минздрава РФ, Санкт-Петербург, HPV info.ru).
7. Урманчеева А.Ф., Мерабишвили В.М., Сельков С.А. и др. Эпидемиология и диагностика рака шейки матки // Акуш. и гин. – 2001. – Т. XLX. – Вып. 1. – С. 80–86.
8. Баткаев Э.А., Кицак В.Я., Корсунская И.М., Липова Е.В. Вирусные заболевания кожи и слизистых: учебное пособие. – М., 2001.
9. Подзолкова Н.М., Созаева Л.Г., Осадчев В.Б. Папилломавирусная и герпетическая инфекции в акушерстве и гинекологии. Учебно-методическое пособие. – М., 2007. – 46 с.
10. Прилепская В.Н. Заболевания шейки матки. Клинические лекции. – М., 1997.
11. Киселев В.И., Киселев О.И. Вирусные папилломы человека в развитии рака шейки матки. – СПб-М., 2003.
12. Kapp K., Stuecklschweiger G., Kapp D. (1997) Carcinoma of the cervix: analysis of complications after primary external beam radiation and Ir-192 HDR brachytherapy. Radiother.Oncol. – Vol. 42. – P. 143–153.
13. Richart R.M., Barron B.A. A follow-up study of patients with cervical dysplasia // Amer. J. Obstet. Gynecol. 1969. – Vol. 105. – P. 386–393.
14. Koutsky L.A., Kiviar N.B. Genital human papillomavirus. In:Sexual Transmitted Diseases/Ed. K.K. Holmes et al. 3rd ed.-Mc.Grow-Hill,1999. – NewYork. – P. 347–160.

Статья поступила в редакцию 13.06.2016