

Как видно из таблицы количество ПАП- мазков, негативных к интраэпителиальным неоплазиям, колеблется от 72,4% в Андижане до 96,3% в Навои. В г. Ташкенте эта цифра составила в среднем 91,5%. Следует отметить, что в каждом третьем мазке верифицированы признаки воспаления. Количество мазков с LSIL/CIN I составило от 1,2% в г.Ташкенте до 15,9% - в г.Андижане, HS1L/CIN II-III от 0.68% - в г.Навои до 10,9% - в г.Андижане.

В Ташкенте - HS1L/CIN II-III составило 4,6%. Инвазивный рак шейки матки диагностирован у 2 женщин, жительниц Навои. AGC верифицировано у 8(0,3%) женщин в г.Навои и 115(1,3%) - в г. Ташкенте.

Такая вариабельность в интерпретациях ПАП-мазков может быть объяснена как правильностью забора мазков, так и уровнем квалификации цитологов. В связи с этим в настоящее время проводится второе чтение мазков в Республиканском патоморфологическом Центре МЗРУз, которое позволит внести корректировки в интерпретацию результатов для проведения лечебно-профилактических мероприятий.

В целом по Республике женщин с ПАП- дованной тестами, негативными к интраэпителиальным неоплазиям оказалось подавляющее большинство - 19185(85,6%). У каждой восьмой обсле-

- 2748 (12,1%) верифицирована дисплазия многослойного плоского эпителия слизистой шейки матки низкой и высокой степени тяжести. Из них у большинства диагностирована дисплазия легкой степени LSIL/CIN I - 1717(7,7%). у остальных 1030(37,5%) - дисплазия высокой степени - HS1L/CIN II-III. Атипия клеток железистого эпителия шейки матки - AGO диагностирована у 123(0,5%), большинство - 115 из которых были жительницами г. Ташкента.

В заключении следует отметить, что цитологический метод - это основной метод скрининга цервикальной неоплазии. Улучшение ранней диагностики дисплазий шейки матки и как следствие - уменьшение числа запущенных процессов, а также уровня смертности среди пациенток с цервикальным раком, были основными аргументами в пользу внедрения этого теста. Частота обнаружения диспластических изменений при использовании цитологического метода варьирует по данным различных авторов от 30% до 90% [1,2,3,8]. Уровень ложнонегативных мазков составляет 5-40%, однако это не является свидетельством низких возможностей цитологического метода. Частота погрешности цитодиагностики зависят как от правильности забора мазка, так и от опыта и квалификации врачей цитологов.

### Литература

1. Болгова Л.С., Туганова Т.Н., Воробьева Л.И., Жилка Н.Я., Махортова М.Г. Цитологический скрининг рака шейки матки (Пособие для врачей). - Киев-2007 - 147 с. Волошина Н.Н., Кузнецова Т.П. 2. Н Волошина Современные аспекты скрининга патологии шейки матки. Жшочий л!кар №3 2008. стр. 16/ 3. Л.И. Воробьева. Рак шейки матки: пути усовершенствования диагностики и лечения номере 1/1 за февраль 2009 года, на стр. 15 г. Киев/ 4. Елизарова Л.И. Факторы повышения эффективности скрининга рака шейки матки // Репродуктивное здоровье женщины. - №3(32). - 2007. - С. 6-7. 5. Новик В.И. Эпидемиология рака шейки матки, факторы риска, скрининг // Практ. Онкология. - 2002. - Т.3. - №3. - С. 156-162. 6. В.Н.Прилепская Профилактика рака шейки матки: методы ранней диагностики и новые скрининговые технологии (Клиническая лекция) Гинекология Том 09/Н - 1/2007. 7. Прилепская В.Н., Кондриков Н.И., Бебнева Т.Н. Патология шейки матки. Диагностические возможности цитологического скрининга // Акуш. и гинекол. - 1999. - №3. - С. 45-50. 8. С.И.Роговская, В.Н.Прилепская Профилактика папилломавирусной инфекции и рака шейки матки Гинекология Том 07/Н 1/2005. 9. Franceschi S., Herrero R., La Vecchia C. Cervical cancer screening in Europe: what next? // Europ J Cancr. - 2000 - V.36 - 2272-2276.

Алиева<sup>1</sup> Д.А.,  
Икрамова<sup>1</sup> Л.У.Х.,  
Атаниязова<sup>1</sup> Г.Д.,  
Исамова У.Ш.

### ОРИГИНАЛ В ЛЕЧЕНИИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ГЕНИТАЛИЙ

Республиканский Специализированный Научно-практический Медицинский Центр  
Акушерства и гинекологии Республики Узбекистан - директор проф. д.м.н.

С. Н. Султанов<sup>1</sup>

Нукусский филиал Ташкентского Педиатрического Медицинского Института"

The clinical efficacy of Omigil studied in the complex of the therapy inflammatory' disease genitals in 135 women. Age of the patients at the average is 31.2±1,6. Omigil demonstrated good acceptability secondary to high effective on the treatment inflammatory disease of genitals.

Вопросы терапии генитальных инфекций в настоящее время не теряют своей актуальности, поскольку они представляют собой наибольший риск развития как гинекологических, так и акушерских осложнений. Как известно. в качестве этиологического фактора в подавляющем большинстве случаев этих заболеваний выступают ассоциации возбудителей [2]. В их структуре наряду с возбудителями инфекций, передающихся половым путем, оппортунистических кокков, энтеробактерий, псевдомонад определяющее значение имеют

неспоробразующие грамотрицательные и грамположительные анаэробы из состава условно-патогенной флоры влагалища [1,3].

К сожалению, современные методики диагностики не всегда достаточно эффективны для выбора оптимальной этиотропной терапии. Исходя из этого, обязательным компонентом комплексной терапии бактериальных ин

фекций гениталий являются препараты, воздействующие на анаэробные микроорганизмы и, в частности, 5-нитроимидазолы [3]. которые составляют важную группу высокоактивных антимикробных препаратов системного действия для лечения инфекций, вызванных облигатными анаэробными бактериями, и группы заболеваний, вызванных простейшими [2,4].

Орнигил является одним из представителей этой группы препаратов, он обладает высокой активностью к некоторым анаэробным бактериям (*Bacteroides* и *Clostridium* spp., др.), анаэробным коккам, к *Trichomonas vaginalis*, *Entamoeba histolytica* и к лямблиям - *Giardia lamblia*. что имеет важное значение при широком распространении последних.

В связи с этим целью исследования явилось изучение клинической эффективности и переносимости орнигила в комплексной терапии неспецифических воспалительных заболеваний гениталий.

**Материал и методы.** Под наблюдением находились 135 женщин с воспалительными заболеваниями гениталий. Возраст пациенток колебался от 21 до 42 лет (в среднем 31,2±1,6 года). Изучался анамнез, данные гинекологического осмотра, бактериоскопия влагалищных мазков, бактериальный посев из цервикального канала, результаты расширенной кольпоскопии. Критерием отбора пациенток в группу исследования явилось отсутствие хламидийной и уреаплазменной инфекции, определенное двумя методами: иммуноферментным с помощью диагностических иммуно- ферментных тест-систем "Вектор-Бест" (Россия) в сыворотке крови и методом прямой иммунофлюоресценции в соскобе из цервикального канала.

**Результаты и обсуждение.** Из числа обратившихся у 29(21,5%) диагностирована симптомная миома матки, у 19(14,1%) - недостаточность мышц тазового дна, опущение стенок влагалища. 75(55,6%) жаловались на вторичное бесплодие. Изучение репродуктивного анамнеза обследованных показало ее значительную отягощенность. У большинства в анамнезе отмечались хронические воспалительные заболевания: матки и придатков - 102(75,6%), шейки матки и влагалища - 68(50,4%).

При сборе жалоб 112(82,98%) пациенток

предъявляли жалобы на выделения из влагалища, сочетающиеся с неопределенными тупыми ноющими болями в пояснично- крестцовой области и внизу живота. Менструации в момент осмотра были регулярные у всех женщин, болезненные менструации у каждой 4-ой пациентки.

При гинекологическом осмотре у подавляющего большинства обследованных диагностировано воспаление матки и придатков, у каждой третьей - вульвовагинит в сочетании с хроническим цервицитом. При расширенной кольпоскопии у всех пациенток выявлены признаки экзоцервикита: отек и гиперемия слизистой экзоцервикса, расширенные сосуды, отечность и гиперемия вокруг отверстия цервикального канала, выделения слизистогнойного характера. У половины пациенток диагностированы эктопии с эктропионом. незаконченной зоной трансформации, ацетобелым эпителием, мозаикой и пунктуацией. При проведении пробы Шиллера отмечены йодне- гативные участки. В бактериальном посеве из цервикального канала у 48(35,6%) обследованных выявлен неспецифический вагинит, у каждой третьей пациентки верифицирован бактериальный вагиноз.

Всем пациенткам наряду с санацией влагалища назначено комплексное лечение с учетом выявленной патологии с обязательным включением орнигила по 1 табл 2 раза в день в течение 7 дней. Большинство пациенток - 98(72,6%) ко 2-3 дню отметили исчезновение болей внизу живота, а также значительное уменьшение выделений из половых путей. Результаты влагалищных мазков через 7-10 дней после окончания лечения свидетельствовали о их нормализации. При кольпоскопии отмечено значительное исчезновение отечности и гиперемии шейки матки. Следует отметить, что препарат лишен недостатков, свойственных родоначальнику 5-нитроимидазолов - метронидазолу. таких как сухость и горечь во рту. тошнота. Все пациентки отмечали хорошую переносимость препарата, ни одна не жаловалась на тошноту, снижение аппетита или горечь во рту.

Таким образом, орнигил продемонстрировал хорошую переносимость на фоне высокой эффективности, что. в свою очередь, отвечает требованиям ВОЗ к препаратам для лечения воспалительных заболеваний гениталий.

## Литература

1. Серов В.Н., Тихомиров А.Л., Лубин Д.М. Современные принципы терапии воспалительных заболеваний женских половых органов: Методическое пособие. М:2003, 23с. 2.Стрижаков А.Н., Давыдов А.И., Баев О.Р., Буданов П.В. Генитальные инфекции. Издательский дом «Династия», Москва, 2003; 140 с. 3.Краснопольский В.И., Серова О.В., Туманова В.А. Влияние инфекций на репродуктивную систему женщин. Росс, вестник акушера-гинеколога, 2004.,№5-С.26-29. 4. Практическая гинекология. Клинические лекции/ Под редакцией В.И.Кулакова. В.Н.Прилепской - М.:2006-736с.