

УДК 618.146-002.446

О ЛЕЧЕНИИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ШЕЙКИ МАТКИ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

В.Б. Ашырбекова, Г.В. Долгая

Рассматриваются различные методы лечения заболеваний шейки матки.

Ключевые слова: шейка матки; заболеваемость; лечение.

TREATMENT OF BENIGN DISEASES OF THE CERVIX UTERI (LITERATURE REVIEW)

V.B. Ashyrbekova, G.V. Dolgaya

The article discusses various methods of treatment of diseases of the cervix uteri.

Key words: cervix uteri; disease incidence; treatment.

Вопрос лечения доброкачественных заболеваний шейки матки более 70 лет является актуальной проблемой гинекологии, поскольку именно на фоне доброкачественных заболеваний возможно развитие злокачественного процесса. С 1924 г., когда Hinselmann изобрел первый кольпоскоп, началась эра диагностики и лечения патологии шейки матки. За это время неоднократно менялись представления о патологических процессах в эпителии шейки матки и предлагались новые средства лечения.

В процессе совершенствования методов диагностики, а также понимания сущности самого процесса цервикальной эктопии менялась и терминология. Собирательным понятием “эрозия” шейки матки до появления кольпоскопического метода диагностики называли гиперемированный участок цервикса, расположенный вокруг наружного зева. Термин “псевдоэрозия” впервые был введен С. Ruge и J. Veit (1878) применительно к участкам шейки матки, покрытым цилиндрическим эпителием. После опубликования работ Р. Майера (1910, 1911) указанный термин получил широкое распространение. И.Ф. Глазунов (1947), И.А. Яковлева (1969, 1978) предложили называть “псевдоэрозию” шейки матки “эндоцервикозом”, подчеркивая при этом ее дисгормональное происхождение. В.И. Бодяжина (1976), Я.В. Бохман (1985) и Л.М. Василевская (1987) в предложенных ими классификациях также использовали термин “псевдоэрозия” шейки матки. На сегодняшний день общепринятым в оте-

чественной и зарубежной литературе является термин “эктопия”, используемый в Международной номенклатуре болезней ВОЗ (1992, т. 8), под которым понимают выход из эндоцервикса и расположение высокого цилиндрического эпителия на влагалищной порции шейки матки [1]. В клинической практике (для статистического учета) повсеместно используют Международную классификацию болезней ВОЗ X пересмотра (1995), патологию шейки матки при этом относят к классу XIV (Болезни мочеполовой системы, № 00–99) [2].

Я.В. Бохман (1986, 1989) сформулировал общие принципы планирования лечения болезней шейки матки. Оно должно предусматривать ликвидацию патологического очага на шейке матки и тех изменений в организме, которые способствуют его возникновению и поддержанию длительного течения. Любой метод терапии должен обеспечивать надежное излечение, профилактику перехода в более выраженный патологический процесс. У женщин молодого возраста всегда желательно по возможности применять органосохраняющие и щадящие вмешательства. Необходимость тщательного соблюдения принципа онкологической настороженности при определении длительности лечения является обязательным правилом. При этом продолжительность консервативных воздействий не должна превышать 2–4 недели [3].

Почти два столетия назад проведена первая попытка удаления патологических процессов шейки матки с помощью скальпеля, которая ста-

ла началом хирургического лечения предраковых и раковых состояний шейки матки. До появления ДЭК и криодеструкции этот метод был самым распространенным в лечении некоторых заболеваний шейки матки, но чаще им пользовались с диагностической целью для проведения конусовидной биопсии шейки матки. Недостатками холодно-ножевой конизации шейки матки являются обильное кровотечение, большая травматизация шейки матки и, следовательно, длительное заживление, а также стеноз цервикального канала из-за разрушения большого количества эндоцервикальных желез.

В нашей республике уже в течение многих десятилетий приоритетное направление имеет метод диатермокоагуляции, который впервые был предложен в 1926 г.

Диатермокоагуляция – это метод хирургического лечения, который в народе называют прижиганием шейки матки, весьма популярен из-за технической простоты выполнения операции. Его применяют практически во всех странах мира в течение последних 25–30 лет. В Кыргызстане с приобретением независимости финансирование медицины оставляет желать лучшего, во многих поликлиниках медоборудование приобретено еще в советское время и для лечения заболеваний шейки матки применяют в основном диатермокоагулятор. Диатермокоагуляция является основным методом лечения эктопий в нашей стране, особенно на периферии.

При ДЭК трудно регулировать глубину коагуляции биотканей – в этом состоит главный недостаток этого лечения. После первого контакта электрода с поверхностью шейки матки на ней образуется коагуляционная пленка, которая не позволяет врачу определить, на какую глубину распространяется электрическая энергия [4]. На сегодняшний день проведено очень большое число исследований по изучению осложнений диатермокоагуляции как в ранние, так и в отдаленные сроки лечения [1, 5–10].

Накоплен большой опыт изучения осложнений диатермокоагуляции, свидетельствующий о большой травматичности данного метода и риске развития многих осложнений. В свете современных данных этот метод можно считать неприемлемым для лечения молодых нерожавших женщин, а при лечении женщин репродуктивного возраста необходимо учитывать возможность развития осложнений и адекватно оценивать срочность и необходимость лечения патологии шейки матки диатермокоагуляцией [6, 8–11]. Частота возможных осложнений, по данным разных авторов, составляет от 40 до 80 % [4, 5, 8, 12, 13].

В 50-е гг. псевдоэрозии шейки матки рассматривали как следствие воспаления и основным направлением лечения считали ликвидацию воспалительного процесса. С этой целью широко использовали:

1. Антибактериальные препараты: синтомициновую эмульсию, глобулин с левомецетином, тетрациклиновую мазь, мазь Вишневского.
2. Прижигающие, или коагулирующие средства: азотное серебро, жидкость Гордеева, ваготил.
3. Вещества, улучшающие регенерацию: пентоксил, метилурациловую, мазь, облепиховое масло, масло шиповника.

По современным представлениям, мазевые тампоны для лечения патологии шейки матки не рекомендуются [14]. Следует отметить, что все медикаментозные методы основаны на общем или локальном воздействии лекарственных средств на измененный покровный эпителий шейки матки. Опираясь на эти данные, можно с уверенностью сказать, что использовавшиеся ранее медикаментозные средства (антибактериальные, ускоряющие процессы регенерации) способствуют развитию пролиферативных процессов, малоэффективны и поэтому не должны применяться [4, 10, 12, 14, 15].

В советское время, когда женские консультации функционировали отдельно от поликлиник, здоровью женщин уделялось большое внимание. Проводились профосмотры, диспансеризация, использовались многочисленные и разнообразные естественные и преформированные физические факторы – лечебные грязи (вагинальные тампоны), минеральные воды (влагалищные орошения), лекарственный электрофорез, УФ и КУФ-лучи, электрополе УВЧ, микроволны различного диапазона и др. с применением внутрисполостных проводников энергии. Химическая же коагуляция используется и в настоящее время.

В нашей стране и во многих странах Европы очень долго применялся такой препарат, как ваготил. В начале 90-х гг. появляется препарат для местного лечения доброкачественных поражений эпителия влагалищной части шейки матки – солковагин. По данным М.Н. Костава (1997), эффективность лечения при “неосложненных” формах псевдоэрозии шейки матки солковагином составляет 80–90 %. Препараты коагулирующего действия не обладали специфичностью к патологическому эпителию и при коагуляции повреждался нормальный многослойный плоский эпителий. Все это способствовало развитию множества осложнений, таких как лейкоплакия на месте коагуляции, множественные кисты, появление цервикальной интраэпите-

лиальной неоплазии (ЦИН) при длительно протекающей эпителизации [1, 4, 14].

Пионерами в применении жидкого азота в холодовой хирургии пораженных дисплазией участков шейки матки были Крисп и Остергард (1971). Криодеструкция (замораживание пораженной зоны жидким азотом) является наиболее оптимальным методом криотерапии для лечения эрозии шейки матки у нерожавших женщин. Положительный эффект лечения достигается за счет необратимого разрушения путем замораживания воды патологических, измененных клеток. Как и при ДЭК, регулирование глубины промерзания тканей с высокой точностью провести невозможно. При соблюдении правил проведения холодовой деструкции шейки матки и правильного подбора больных успех лечения составляет от 88 до 94 %, при лечении тяжелой дисплазии в 7,1–39 % случаев патологический процесс возникает повторно. Сравнивая криохирургический метод с электрокоагуляцией следует отметить, что в первом случае послеоперационный период протекает легче, без кровотечений (или они крайне незначительны), образуется нежный рубец без деформации тканей, рецидивирование патологического процесса наблюдается значительно реже [4, 9, 16].

Источники оптического когерентного излучения – лазеры – созданы более 50 лет назад. В лазерах используется новый метод усиления и генерации электромагнитных колебаний при помощи вынужденного излучения квантовых систем. Само слово лазер (laser) является аббревиатурой английской фразы: “Light Amplification by Stimulated Emission of Radiation”, что означает “усиление света с помощью вынужденного излучения”. В создании лазеров определяющую роль сыграли работы русских ученых под руководством Н.Г. Басова и А.М. Прохорова и американских под руководством Ч. Таунса. Признанием этого факта является присуждение этим ученым Нобелевской премии по физике за 1964 г. за основополагающие работы в области квантовой физики.

Самым эффективным методом лечения патологии шейки матки является лазервапоризация. Она проводится с помощью высокоэнергетических лазеров (углекислотный, неодимовый, рубиновый, аргоновый и др.), которые позволяют резать, испарять и коагулировать биологические ткани за счет сильного поглощения ими лазерного излучения. Для лечения патологии шейки матки, как правило, используются углекислые лазеры, которые способны выпаривать ткань на заданную глубину и при этом не повреждать подлежащую ткань. Лазерный луч сопряжен с кольпоскопом, что дает возмож-

ность удалить всю патологически измененную ткань в пределах здоровой и на нужную глубину под визуальным контролем. При этом практически не образуется струп, и заживление в дальнейшем идет без образования рубцовой ткани [4, 6, 17].

Фотодинамическая терапия (ФДТ) – это сравнительно новый, уникальный метод лечения, основанный на применении лекарственных препаратов – фотосенсибилизаторов (веществ, чувствительных к свету) и низкоинтенсивного (терапевтического) лазерного излучения с определенной длиной волны, соответствующей пику поглощения фотосенсибилизатора. В России фотодинамическую терапию начали применять с 1992 г. при лечении опухолей кожи и внутренних органов, а затем при некоторых доброкачественных заболеваниях: трофических язвах, псориазе и т. д. В Кыргызстане подобных установок сегодня нет.

В основу лечебного действия фотонного зонда Коробова “Барва-ГСО” положена способность света видимого и инфракрасного диапазонов спектра нормализовать работу регуляторных систем организма человека: иммунной, эндокринной и центральной нервной. Несомненно, терапия имеет огромные преимущества перед привычными для многих способами лечения [5]. Однако данный метод находится в стадии изучения.

В настоящее время появилась возможность применять радиохирургический метод лечения, используя электрический ток с минимальной травматизацией шейки матки с помощью аппарата “Сургитрон” фирмы “ELLMAN International Inc.” (США), в основе которого лежит эффект преобразования тока в радиоволны. Деструкция достигается за счет тепла, выделяемого при сопротивлении тканей при проникновении в них высокочастотных радиоволн, исходящих из электрода. Благодаря этому клетки, встречающиеся на пути волн, подвергаются испарению. При этом не повреждается окружающая ткань. В России радиоволновой метод получает распространение с 1998 г. и даже имеются методические рекомендации, посвященные преимуществам этого метода при лечении эктопии шейки матки. По данным исследований В.Е. Радзинского, после проведенного радиохирургического лечения ни в одном случае не было грубых ожоговых струпов, заживление происходило под фибриновой пленкой, отторгнувшейся во время первой после операции менструации. Исследования Т.В. Бабинцевой и С.А. Дворянского подтверждают, что радиохирургический метод лечения патологии шейки матки вдвое сокращает сроки эпителизации и, благодаря форме конизатора, сохраняет архитектуру шейки матки. В исследовании

Х.Н. Song и Х.М. Yu был проведен сравнительный анализ результатов обработки псевдоэрозии с помощью углекислого лазера и радиоволновой коагуляции. Результаты показали, что радиоволновая коагуляция имеет большую эффективность и меньшее количество осложнений, чем углекислый лазер [2, 6, 14, 18].

На сегодняшний день накоплен огромный опыт и изучены отдаленные результаты применения различных способов лечения заболеваний шейки матки.

Таким образом, в арсенале современного врача имеются различные методы лечения доброкачественной патологии шейки матки. При дифференцированном подходе к выбору метода лечения можно добиться очень хороших результатов.

Наиболее эффективными, дающими малое число осложнений, являются такие методы, как криодеструкция при обширных поражениях и длительно текущих процессах, и лазервапоризация у молодых, нерожавших женщин с небольшими участками поражения.

Литература

1. Прилепская В.Н. Фоновые заболевания шейки матки: патогенез, диагностика, лечение / В.Н. Прилепская, Т.А. Фокина // Акуш. и гин. 1990. № 6. С. 12–15.
2. Wright C., Lickrish G.M, Shier R.M. Basic and Advanced Colposcopy. 1995. 310 p.
3. Бохман Я.В. Репродуктивная функция и рак / Я.В. Бохман и др. // Пробл. репродукции. 1995. № 3. С. 42–47.
4. Роговская С.И. Новые технологии в профилактике рака шейки матки / С.И. Роговская, В.Н. Прилепская // Гинекология. 2008. Т. 10. С. 3–6.
5. Ежов В.В. Некоторые биофизические аспекты контактной ИК-лазерной терапии шейки матки / В.В. Ежов, А.М. Торчинов, А.В. Гейниц и др. // Лазерная медицина. 2008. Т. 12. Вып. 3. С. 15–17.
6. Ковалев М.И. Низкоинтенсивное и высокоэнергетическое лазерное излучение в акушерстве и гинекологии / М.И. Ковалев. М.: Фирма "Техника", 2000. 173 с.
7. Кулаков В.И. Профилактика рака шейки матки: руководство для врачей / В.И. Кулаков, Й. Паавонен, В.Н. Прилепская. М.: Медпресс-информ, 2007. С. 6–15.
8. Минкина Г.Н. Предрак шейки матки: современный взгляд на проблему / Г.Н. Минкина // Патология шейки матки. 2006. № 1 (3). С. 27–31.
9. Подистов Ю.И. Эпителиальные дисплазии шейки матки (диагностика и лечение) / Ю.И. Подистов, К.П. Лактионов, Н.Н. Петровичев и др. М.: ГОЭТАР-Медиа, 2006. 136 с.
10. Прилепская В.Н. Заболевания шейки матки, влагалища и вульвы / В.Н. Прилепская. М.: МЕДпресс, 2006. С. 7–65.
11. Шабалова И.П. Основы цитологической диагностики / И.П. Шабалова, Н.Ю. Полонская. М.: ГОЭТАР-Медиа, 2009. 136 с.
12. Кулаков Г.М. Гинекология: национальное руководство / Г.М. Кулаков и др. (ред.). М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. 1088 с.
13. Курцер М.А. Скрининг предраковых заболеваний и рака шейки матки в практическом здравоохранении г. Москвы / М.А. Курцер // Материалы науч.-практ. конф. "Папилломавирусная инфекция шейки матки: диагностика и профилактика – современный взгляд на проблему". М., 2005. С. 8–10.
14. Бургхардт Э. Кольпоскопия. Атлас и руководство / Э. Бургхардт, Г. Пикель, Ф. Жирарди; под ред. Л.Е. Радецкой. М.: Мед. литература, 2008. 199 с.
15. Seidl A., Bartl W. Erfahrungen mit einem neuen Präparat, Solcogyn, zur Behandlung von Portioerosionen. Gynec Runch 1982; 22(3):204–9.
16. Прилепская В.Н. Возможности терапии папилломавирусной инфекции / В.Н. Прилепская, М.Н. Костава // Русский медицинский журнал. 2009. Т. 17. Вып. 1. С. 16–19.
17. Торчинов А.М. Контактная ИК-лазерная терапия шейки матки / А.М. Торчинов, А.В. Гейниц, В.В. Ежов и др. // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. 2008. Т. 7. Вып. 3. С. 40–42.
18. Дамиров М.М. Лазерные, криогенные и радиоволновые технологии в гинекологии / М.М. Дамиров. М.: Бином, 2004. 172 с.