

ния нейроэндокринных опухолей. // Современные аспекты хирургической эндокринологии. - Саранск, 2007. — С. 118-120.

10. Котова И.В., Калинин А.П. Первичный гиперпаратиреоз и синдром множественных эндокринных неоплазий. // Проблемы эндокринологии. — 2003. — С. 37-39.

11. Кузин Н.М., Егоров А.В., Кузнецов Н.С. и др. Множественная эндокринная неоплазия 1-го типа (синдром Вермера) // Клиническая медицина. — 2000, №10. — С. 28-31.

12. Кузин Н.М., Егоров А.В., Ветшев П.С. и др. Современные подходы к топической диагностике инсулинпродуцирующих опухолей поджелудочной железы. // Современные аспекты хирургического лечения эндокринной патологии. — Киев, 2006. — С. 150-151.

13. Латкина Н.В., Лысенко М.А., Иловайская И.А. и др. Синдром множественных эндокринных неоплазий 1 типа. // Эндокринная хирургия. — 2007, №1. — С. 43-46.

14. Майстренко Н.А., Басов С.Ф., Хижа В.В. Программный подход к профилактике и лечению послеоперационных осложнений у больных с нейроэндокринными опухолями поджелудочной железы. // Современные аспекты хирургической эндокринологии. — Рязань, 2005. — С. 216-219.

15. Радбиль О.С., Калинин А.П., Нурманбетов Д.Н. Гормонально-активные опухоли поджелудочной железы и множественные эндокринные аденоматозы. — М.: ВНИИМИ, 1986. — 76 с.

16. Федоров В.Д., Кубышкин В.А., Корняк Б.С. и др. Множественная эндокринная неоплазия. // Хирургия. — 2004. — №1. — С. 56-63.

17. Abe T., Yoshimoto K., Taniyama M. et al. An unusual kindred of the multiple endocrine neoplasia type 1 (MEN 1) in Japanese. // J. Clin. Endocrinol. Metab. — 2000. — Vol. 85. — P. 1327-1330.

18. Cougard P., Goudet P., Peix J. et al. Les insulinomes dans les neoplasies endocriniennes multiples de type 1. A propos d'une serie de 44 cas du groupe d'etude des neoplasies endocriniennes multiples. // Ann. Chir. — 2000. Vol. 125. №2. — P. 118-123.

19. Gagel R., Marx S. Multiple endocrine neoplasia. // Williams Textbook of Endocrinology. — Sunderly Philadelf. — 2008. — P. 1705-1734.

20. Goderya R., Scott-Combes D., Hopster D. Parathyroid carcinoma and small bowel ulceration in a patients with multiple endocrine neoplasia 1. // J. Pathol. — 2000. — Vol. 190 (Suppl.) — P. 25.

21. Gould P., Bonner J., Sawyer T. et al. Bronchial carcinoid tumors: importance of prognostic factors thei influence patterns of recurrence and overall survival. // Radiology. — 1998. — Vol. 208. — P. 181-185.

22. Heerden J., Smith S., Miller Z. Management of the Zollinger

Ellison syndrome in patients with multiple endocrine neoplasia type 1. // Surgery. — 1986. — Vol. 100, №6. — P. 971-977.

23. Liu T., Zhu J., Cui Q. Nonfunctioning pancreatic endocrine tumors. An immunohistochemical and electron microscopic analysis of 26 cases // Path. Res. Pract. — 1992. — Vol. 188. — P. 191-198.

24. Lo C., Lam K., Fan S. Surgical strategy for insulinomas in multiple endocrine neoplasia type 1. // Am. J. Surg. — 1998. — Vol. 175(4). — P. 305-307.

25. Marx S., Spiegel A., Skarulis M. Multiple endocrine neoplasia type 1: clinical and genetic topics. — Ann. Intern. Med. — 1998. — Vol. 129. — P. 484-494.

26. Mignon M., Cadiot G. Diagnostic and therapeutic in patients with Zollinger-Ellison syndrome and multiple endocrine neoplasia type 1. // J. Intern. Med. — 1998. — Vol. 243, №6. — P. 489-499.

27. Pack S., Turner M., Zhuand Z., et al. Cutaneous tumors in patients with multiple endocrine neoplasia type 1 show allelic deletion of the MEN 1 gene. // J. Inwest. Dermatol. — 1998. — Vol. 110, №4. — P. 438-440.

28. Procacci C., Carbone G., Accordini S. Nonfunctioning endocrine tumors of the pancreas: possibilities of spiral CT characterization. // Eur. Radiol. — 2001. — Vol. 11. — P. 1175-1183.

29. Proye C., Nguyen H. Current perspectives in the surgery of multiple endocrine neoplasias. // Aust.NZ J. Surg. — 1999. — Vol. 69(2). — P. 106-116.

30. The B., Zedenins J., Kutola S., et al. Thymic carcinoids in multiple endocrine neoplasia type 1. // Ann. Surg. — 1998. — Vol. 228. — P. 99-105.

31. Thakker R.V. Multiple endocrine neoplasia — syndromes of the twentieth century (editorial comment). // J. Clin. Endocrinol. Metab. — 1998. — Vol. 83, №8. — P. 2617-2620.

32. Verges B., Boureille F., Goudet P., et al. Pituitary disease in MEN type 1: data from the France-Belgium MEN 1 multicenter study. // J. Clin. Endocrinol. Metab. — 2002. — Vol. 87. — P. 457-465.

33. Vortenmeyer A., Boni R., Pak E., et al. Multiple endocrine neoplasia 1 gene alterations in MEN 1 — associated and sporadic lipomas. // J. Natl. Cancer Inst. — 1998. — Vol. 90, №5. — P. 398-399.

34. Wermer P. Genetic aspects of adenomatosis of endocrine glands. // Am.J. Med. — 1954. — Vol. 16. — P. 363-371.

35. Wiedenmann B., Jensen R., Mignon M., et al. Preoperative diagnosis and surgical management of neuroendocrine gastroenteropancreatic tumors. // World.J. Surg. — 1998. — Vol. 22. — P. 309-318.

36. Zollinger R., Ellison E. Primary peptic ulceration of the jejunum associated with islet cell tumors of the pancreas. // Ann. Surg. — 1955. — Vol. 192, №4. — P.709-728.

Адрес для переписки: 664046, Иркутск, ул. Байкальская, 118, Пинский Семен Борисович — зав. кафедрой общей хирургии, профессор; Дворниченко Виктория Владимировна — зав. каф. онкологии, профессор

© БУРТУШКИНА Н.К. — 2009

МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ШЕЙКИ МАТКИ

Н.К. Буртушкина

(Иркутский государственный медицинский университет, ректор — д.м.н., проф. И.В. Малов, кафедра акушерства и гинекологии лечебного факультета, зав. — д.м.н, проф. Н.В. Протопопова)

Резюме. В статье освещаются методы лечения доброкачественных заболеваний шейки матки. Рассматриваются положительные и отрицательные стороны данных методов лечения. Обращается внимание на перспективные направления в лечении доброкачественных заболеваний шейки матки.

Ключевые слова: шейка матки, заболевания, лечение.

THE METHODS OF MEDICAL TREATMENT OF BENIGN DISEASES OF CERVIX UTERI

N.K. Burtushkina

(Irkutsk State Medical University)

Summary. The methods of treatment of benign diseases of the cervix uteri are described in the article. The methods of treatment both positive and negative are considered. The attention to the direction perspective in treatment of the benign diseases of the cervix uteri is paid.

Key words: cervix uteri, diseases, treatment.

В настоящее время благодаря внедрению в клиническую практику современных методов обследования и разработке рациональных схем лечения были достигнуты определенные успехи в лечении больных с патологическими процессами шейки матки. Однако, рак шейки

матки до сих пор занимает второе место по распространенности злокачественных новообразований гениталий, в том числе у женщин репродуктивного возраста. Эпителиальным злокачественным новообразованиями шейки матки предшествуют предраковые изменения

эпителиа, которые могут развиваться как на неизменной шейке матки, так и в области фоновых процессов.

Фоновые заболевания шейки матки — это патологические процессы, которые протекают от начала и до конца по своим законам [65]. К ним относили гиперпластические (полип, эндоцервикоз, полип, лейкоплакия, эндометриоз), воспалительные (истинные эрозии, цервициты), посттравматические изменения (разрыв, эктропион, шеечно — влаглищные свищи, рубцовые изменения) [10, 65]. Лечебная тактика в отношении больных с фоновыми заболеваниями шейки матки тесно связана с представлениями о причинах их возникновения. В соответствии с уровнем знаний о сущности патологического процесса менялись и методы их лечения.

В 50-е годы к фоновым заболеваниям шейки матки относили эктопии шейки матки, и как уже упоминалось, ее возникновение связывали с воспалительным процессом. С целью ликвидации воспалительного процесса, а вместе с ним эктопии шейки матки, широко использовали разные медикаментозные средства в растворах или на мазевой основе: спринцевание и ванночки с протарголом, тампоны с бальзамическим линиментом по Вишневскому [10,40,41]. Однако, эффективность медикаментозного метода лечения невелика, по данным В.И. Бодяжиной, составляет 16,7%. Курсы лечения многократно повторялись, а пациентки в течение многих лет находились на диспансерном учете.

Одним из спорных консервативных способов лечения патологии шейки матки, кроме противовоспалительной терапии, является использование веществ, улучшающих регенерацию: пентоксил, облепиховое масло, масло шиповника, метилурациловая мазь. Однако, проведенные исследования отдаленных результатов такого лечения показали, что курс лечения является очень длительным, малоэффективным, а в конечном итоге может способствовать развитию злокачественных процессов на шейке матки, поэтому данный вид лечения не рекомендуется для использования в практике врача [40,41]. Однако, медикаментозный метод лечения использовался не только с целью ускорения эпителизации патологического очага на шейке матки, но и для его удаления. Так, применялись прижигающие вещества: раствор нитрата серебра, жидкость Гордеева, ваготил, концентрированный раствор перманганата калия. В основе лечения прижигающими веществами лежит химическая коагуляция. В нашей стране и во многих странах Европы длительное время применяли растворы ваготила. По мере накопления отдаленных результатов лечения выяснилось, что ваготил действует поверхностно, коагулируя только верхний слой измененного эпителия, при этом расплываясь, препарат обжигал весь экзоцервикс и даже стенки влаглища, что впоследствии способствовало развитию пролиферативных процессов. Все это делало не приемлемым применение данного препарата в работе практикующего врача [10,40,41]. Применение медикаментозного метода лечения привлекает доступностью и простотой, поэтому многие исследователи занимались и занимаются разработкой новых, эффективных лекарственных средств для медикаментозного лечения патологических состояний шейки матки. С учетом опыта недостатков медикаментозных средств, применявшихся ранее, швейцарской фирмой «SOLCO» был предложен новый препарат «Солкогин». Препарат является смесью органически неорганических кислот, обладает избирательным коагулирующим действием, не поражает здоровый многослойный плоский эпителий. В 1986 г. в исследованиях Seidl показана глубина воздействия препарата в толщу патологического процесса, которая достигает 2,5 мм, что обеспечивает его полное уничтожение, без образования рубцовых деформаций шейки матки [25,26,27,40,41,53]. В работах ряда авторов показана низкая эффективность данного препарата в лечении лейкоплакии шейки матки, а его использование при лечении полипов цервикального канала возможно только при четкой визуализации основания полипа и исключении полипа эндометрия или

верхней трети цервикального канала [40,41]. Химический метод является наиболее эффективным для лечения нежных, неороговевающих бородавок генитальной области. Эффективность метода по литературным данным достигает 67,1 — 90% [23,25,26,27,40,41]. Следует отметить, что противопоказанием к использованию химических средств является дисплазия шейки матки. Частота рецидивов после данного лечения встречается 32,9-45,9% [2,13,14, 23,25,26,27].

На протяжении длительного времени происходит поиск наиболее оптимального и эффективного метода лечения патологии шейки матки. Однако исторически сложилось, что все методы направлены только на удаление патологически измененной ткани на экзоцервиксе, без воздействия на этиологический фактор заболевания.

Так, в 50-60-ые годы длительно существующие эктопии (псевдоэрозии) шейки матки рассматривали как предраковые заболевания, требующие радикального лечения. Такой взгляд на проблему приводил к неадекватному для характера патологического процесса лечению. К примеру, Н.В. Ворожба (1955), Н.М. Соловьева (1968) проводили внутрисполостную гамматерапию женщинам от 20 до 70 лет. К экзоцервиксу и в канал шейки матки вводили радиоактивные препараты и оставляли на 24-46 часа. Процессы эпителизации заканчивались на 6-8 недели после лечения. Эффективность лечения составляла 75,2%, в отдаленные сроки 95,8%. В то же время после лечения развивались ряд тяжелых осложнений. Так, у большинства женщин наблюдались необратимые изменения тканей — нарушение эпителизации и трофики слизистой оболочки шейки матки, у 60% больных — фиброз и гиалиноз соединительнотканной основы шейки матки. У многих женщин развивались ректиты, циститы, нарушения менструальной и репродуктивной функции, у 48,8% наступала аменорея, 38,2% — атрофия матки, атрезия влаглища. Таким образом, отсутствие четких представлений о причинах и механизмах возникновения доброкачественных заболеваний шейки матки приводит к неадекватному, не оправданно агрессивному применению тех или иных методов лечения. Так, и лучевая терапия, проведенная с целью профилактики рака шейки матки нанесла гораздо больший вред, превосходящий риск возникновения злокачественного процесса.

С развитием технологического прогресса все больше и больше в медицину стали внедрять физиохирургические методы лечения, в том числе и для лечения патологических состояний шейки матки. Одним из таких методов является диатермохирургический — диатермокоагуляция и диатермоконизация. Электрический генератор современного типа впервые был предложен американскими учеными в 1926 году. В нашей стране уже в 30-е годы начал внедряться данный метод лечения патологии шейки матки. В основе диатермокоагуляции лежит использование высокочастотного тока, который вызывает термическое расплавление тканей, при этом в электрическую цепь включается организм человека и генерация тепла происходит в самой ткани шейки матки. На поглощении термической энергии основано испарение межтканевой жидкости и коагуляция тканей. После диатермохирургического вмешательства на раневой поверхности образуется струп, который представляет собой очаг коагуляционного некроза. Через 5-7 дней вокруг очага некроза появляется грануляционная ткань, отмечается полнокровие сосудов. Эпителизация начинается по периферии раневой поверхности, границы которой находятся в пределах неизменного эпителия. Она перекрывается функционально полноценным плоским многослойным эпителием, который узким клином подрастает под струп. Полная эпителизация заканчивается в среднем через 1,5-2 месяца [4,9, 28,40,41]. Показанием к диатермокоагуляции за рубежом является дисплазия шейки матки, а диатермоконизации — рак шейки матки нулевой стадии. У нас в стране данный метод используют более широко, для лечения лейкоплакии, эктропиона, эндометриоза шейки матки. Как и лю-

бой метод лечения диатермохирургический метод имеет свои противопоказания — нарушение ритма сердечной деятельности органического происхождения, наличие у пациентки кардиостимулятора. Выздоровление после диатермохирургического лечения наступает у 76,7-97,0% больных [2,10,28,40,41]. Однако, имея высокую эффективность данный метод чреват множеством осложнений, что связано с воздействием электрического тока на подлежащие ткани. Так, по данным разных авторов, частота осложнений достигает 6,2-50,0% [40,41]. К таким осложнениям относятся: кровотечение (15%), возникающие в момент отторжения струпа, стеноз и стриктуры цервикального канала (40%), образование грубых рубцов, кровотечения (30%), эндометриоз шейки матки (46-55%), субэпителиальные гематомы (80%), обострение воспалительных заболеваний придатков [40,41]. Помимо этих осложнений после диатермохирургического метода лечения могут возникать нарушения репродуктивной функции пациенток. Так бесплодие после проведенного лечения диагностируется у 3% пациенток, что обусловлено нарушением анатомо-функциональной целостности шейки матки [40,41]. В 20-24% наблюдений встречаются самопроизвольные выкидыши, что, как правило связано с истмико-цервикальной недостаточностью, которая может развиваться после диатермоконизации. Многие исследователи рекомендуют беременных с диатермокоагуляцией в анамнезе выделять в группу особого риска по родовому травматизму, что обусловлено образованием грубых рубцов на шейке матки у пациенток после диатермохирургического лечения. При этом частота дистонии шейки матки в родах составляет 15-20% [40,41]. Эффективность метода определяется не только частотой выздоровления и характером осложнений после проведенного лечения, но и частотой рецидивов заболеваний. Так, в литературе частота рецидивов доброкачественных заболеваний после диатермокоагуляции или диатермоконизации достигает 55%. По данным ряда авторов [40,41], данный метод может способствовать развитию лейкоплакии шейки матки, что связано с нарушением трофики тканей. Накопленный большой опыт по применению данного метода, свидетельствует о значительной травматичности и риске развития большого числа осложнений. Однако, наиболее широко используемым методом лечения доброкачественных заболеваний шейки матки в клинической практике по-прежнему остается диатермокоагуляция — 54,8% [13].

Определенные успехи в лечении доброкачественных заболеваний шейки матки были достигнуты в связи с внедрением в лечебную практику криодеструкции. Данный метод был первой амбулаторной процедурой для лечения дисплазий шейки матки. В его основе лежит деструкция патологического очага на экзоцервиксе с помощью низких температур. В качестве охлаждающего агента используются жидкие газы: азот, закись азота, углекислый газ. Под действием низких температур в тканях также происходят следующие процессы: концентрация электролитов, денатурация биомакромолекул, биологических мембран, липиднопротеиновых комплексов, нарушение микроциркуляции и ишемия [8,10,39,40,57]. Как следствие этих изменений наступает крионекроз, который формируется в течение 1-3 суток. К 8 неделе шейка матки покрыта функционально полноценным многослойным эпителием [4,8,10,23]. Эффективность метода составляет от 54,8 до 96,2% [2,8,23,40,41,57]. По данным ряда авторов, эффективность криолечения составляет 67% и зависит от площади деструкции: 88% — при поражении менее ¼ экзоцервикса, 70% — при поражении ½ экзоцервикса и только 11% — при поражении 2/3 и более площади экзоцервикса [35]. E.S. Andersen и M. Hutch (1994) также считают, что эффективность криодеструкции тем выше, чем ниже степень неоплазии и меньше площадь поражения. Важными достоинствами данного метода является безболезненность и бескровность манипуляции, отсутствие склеротических

и атрофических процессов шейки матки. В отличие от диатермохирургического криодеструкция не влияет на процесс раскрытия шейки матки в родах [39,40,41]. Однако, по литературным данным, женщины с конизацией шейки матки при помощи криохирургического ножа в анамнезе, угрожаемы по преждевременным родам [69]. Рецидивы доброкачественных заболеваний шейки матки, после проведенного лечения, встречаются у 6-87% пациенток [13,14,39,40]. Следует отметить, что после криовоздействия, как и после диатермокоагуляции шейки матки, стык многослойного плоского и цилиндрического эпителиев может переместиться в цервикальный канал выше наружного маточного зева, что необходимо иметь в виду при обследовании женщин в дальнейшем [40,41].

К физио-хирургическим методам лечения патологических состояний шейки матки также относится лазерная хирургия. Лазеры — оптические квантовые генераторы, вызывающие индуцированное электромагнитное излучение атомов активной среды. Во всех случаях воздействие СО₂-лазера приводит к высокой концентрации энергии на минимальной площади (в точке), за счет чего происходит испарение ткани на строго ограниченной площади и глубине. Заживление «лазерных ран» происходит быстро за счет уменьшения лейкоцитарной инфильтрации, возникающей при формировании лазерного дефекта тканей. Эпителизация шейки матки происходит быстрее, чем при диатермохирургии или криодеструкции, и завершается в среднем через 3-6 недель после лечения не сопровождается массивным отделением секрета [28,39,40,59,60]. Как правило, облучение шейки матки лучом лазера не сопровождается болевыми ощущениями. Послеоперационное кровотечение, требующее врачебной помощи, после лазерной вапоризации — достаточно редкое осложнение (2,3%). Данное осложнение может возникнуть при испарении тканей на глубину свыше 3мм. Однако, в работах ряда исследователей [1] лазерное воздействие при лечении эндометриоза шейки матки описывается как абсолютно бескровная процедура, при глубине воздействия 2-5 мм. Значительно чаще кровотечение встречается после лазерной эксцизии шейки матки (5-10%), но не раньше 6-го и не позже 20-го дня после операции. К одним из редких осложнений данного вида лечения относится стеноз цервикального канала (1,5%), который затрагивает, обычно, только область наружного зева. Риск возникновения стеноза выше у женщин с олиго — или аменореей, в пременопаузе или принимающих в качестве контрацепции парентеральные прогестагенные средства. Кроме этого, для лечения СО₂-лазером характерно послеоперационное рубцевание подлежащих тканей, что, очевидно, может в дальнейшем привести к аномалиям родовой деятельности у пациенток с лазеровапоризацией или — конизацией в анамнезе [42]. Также в литературе имеются данные, что лазерная конизация шейки матки связана с риском преждевременных родов [71]. В целом осложнения после лазерной терапии в виде кровотечения, синдрома коагулированной шейки, эндометриоза, стеноза цервикального канала относительно редки — 1-12% [39,40]. Частота рецидивов доброкачественных заболеваний шейки матки после лечения лазером достигает 17-66,7% [10,12,13,14]. Эффективность использования лазеров при комбинированной терапии папилломовирусной инфекции шейки матки составляет 80-96,6% [2,7,12,35,48,54,60]. Проведенное в США исследование, в котором сравнивали три метода — криодеструкция, диатермокоагуляция и лазерный, показало, что все они примерно одинаково безопасны и эффективны. Однако, при выполнении криодеструкции невозможно точно контролировать глубину воздействия. По этим причинам не всегда своевременно диагностируются дисплазии тяжелой степени и рак шейки матки. Однако, в литературе имеются данные об эффективности криотерапии при ЦИН низкой степени [76].

Одним из радикальных методов лечения предопухолевых заболеваний шейки матки является хирургический, который особенно эффективен при резкой деформации и гипертрофии шейки матки, при послеродовых разрывах. Следует отметить, что случаи нерезко выраженной рубцовой деформации шейки матки представляют значительные диагностические трудности. По данным литературы, в 70-90% случаев эктропион с неглубокими разрывами расцениваются как эктопия. Диагностические ошибки в дальнейшем приводят к длительному, малоэффективному и усугубляющему основной процесс лечению. Так, в литературе отмечено, что у 36,7-51% женщин с рубцовой деформацией шейки матки проводилась диатермокоагуляция, криодеструкция или CO_2 — лазеровапоризация наряду с длительным консервативным лечением «псевдоэрозии» шейки матки. Эффективность хирургического лечения составляет 98,5% [42].

Таким образом, диатермокоагуляция, криодеструкция или воздействие CO_2 — лазером, а также хирургический метод обеспечивают радикальное разрушение или удаление патологического очага на шейке матки в пределах здоровых тканей и стойкое выздоровление до 95% больных [10]. Все перечисленные методы позволяют сохранить репродуктивную, менструальную функции женского организма. Некоторым преимуществом обладают методики криодеструкции или лазеровапоризации, так как после лечения этим методами эпителизация раневой поверхности завершается через 6 недель. Преимуществом диатермокоагуляции является возможность получить ткань для гистологического исследования, поэтому эту процедуру можно использовать не только для лечения, но и для диагностики, что не возможно при криодеструкции или лазеровапоризации. Следует отметить, что все перечисленные методы, за исключением оперативного, позволяют сохранить трудоспособность пациентки и их можно использовать амбулаторно. При использовании лазера или хладагента привлекает безболезненность и бескровность процедуры. Однако при криодеструкции пациенток длительное время беспокоит гидрорея, что отрицательно сказывается на качестве жизни больных в послеоперационном периоде. Тем не менее, все методы сопровождаются значительным числом осложнений. Рецидивы доброкачественных заболеваний шейки матки встречаются в 50% случаев. Таким образом, в настоящее время продолжается поиск новых, более щадящих методов лечения.

В настоящее время распространенность дисплазии шейки матки увеличивается среди молодых женщин, большинство из которых желают сохранить репродуктивную функцию. С этой целью разрабатываются новые методы лечения доброкачественных заболеваний шейки матки, которые не оказывают травматического воздействия на ткани шейки матки. Одним из таких методов является фотодинамическая терапия. В основе этого метода лежит образование синглетного кислорода и других цитотоксических продуктов. Избирательность накопления фотосенсибилизатора в измененной ткани приводит к разрушению лишь поврежденных клеток с сохранением целостности нормальных структур. Избирательность данного вида лечения является наиболее привлекательной стороной, так как приводит к минимальной травматизации здоровой ткани. Побочные эффекты при применении фотодинамической терапии наблюдаются у 11,1% больных и заключаются в неполной эпителизации шейки матки. Эффективность данного метода составляет 88,9% при лечении доброкачественных заболеваний шейки матки [63]. Фотодинамическая терапия не вызывает рубцовых изменений шейки матки и сохраняет ее анатомическую целостность, что является предпочтительным при лечении патологических состояний шейки матки у нерожавших пациенток репродуктивного возраста [38,63,64].

Исходя из вышеизложенного, актуальным остается выбор оптимального метода хирургического лечения патологических состояний шейки матки, который соче-

тает в себе радикальность и атравматичность. Для решения этой актуальной задачи был предложен метод радиохирургии. В США радиоволновый хирургический прибор «Сургитрон» используется с 1987 года, в Российской Федерации этот прибор разрешен с 1995 года и в последнее десятилетие приобрел широкую известность. В данных приборах эффект разреза достигается поглощением тепла, выделяемого биологическими тканями при сопротивлении проникновению в них радиоволн высокой частоты. Высокочастотная энергия концентрируется на кончике «активного», или «хирургического», электрода и вызывает всплеск внутриклеточной молекулярной энергии, которая нагревает ткани и фактически испаряет клетки. Данная методика отличается простотой выполнения, малой продолжительностью операции, выраженным гемостатическим эффектом, быстрым заживлением послеоперационной раны и низким процентом послеоперационных осложнений [2,4,5,16,23,33,37,46,58,73,75]. Показанием к радиоволновому методу лечения являются доброкачественные заболевания шейки матки. Противопоказанием — наличие кардиостимулятора у пациенток. Как правило, процедура проводится в первую фазу менструального цикла, в амбулаторных условиях. При использовании радионोजа общая структура ткани была сохранена, что является важным для морфологического исследования [5,33,37,46,67,75]. Полная эпителизация послеоперационной раны происходит в среднем на 28-40 суток [4,5,16,33,37,46,67]. Эффективность данного метода лечения доброкачественных заболеваний шейки матки, по данным разных авторов равна 86-97,7% [2,4,5,23,33,37,46,58,67,73].

Нередко после проводимой терапии тем или иным видом энергии возникают осложнения и рецидивы заболеваний. Очевидно, для реабилитации пациенток в послеоперационном периоде необходимо использование дополнительных методов, которые позволили бы ускорить сроки эпителизации послеоперационной раны, снизить частоту осложнений, а главное, рецидивов доброкачественных заболеваний шейки матки. В связи с этим, в практику врача гинеколога, последнее время внедряются комплексные методы лечения доброкачественных заболеваний шейки матки. Например, предложены криоультразвуковой метод лечения, электрокриохирургический метод, использование озонотерапии в послеоперационном периоде. Имеются работы с применением до и после хирургического вмешательства противовоспалительной, противовирусной, иммуномодулирующей терапии, комплексного использования различных видов лазера [8,12,13,14,17,20,21].

Доказано, что на фоне приема орального контрацептива три-регол наблюдается повышение числа промежуточных и поверхностных клеток в зоне трансформации, а при гистологическом исследовании биоптата эндцервикса отмечено возрастание частоты пролиферации резервных клеток и плоскоклеточной метаплазии. Так, в исследованиях ряда авторов показана эффективность применения при неосложненной эктопии низкодозированных монофазных контрацептивов, отмечено снижение рецидивов эктопии в 3,5 раза при использовании три — регола в послеоперационном периоде [18,30,31,32,36,39,40,42,43,46]. При изучении состояния шейки матки у женщин, использующих вагинальную рилин-систему Нова-Ринг выявлены признаки эпителизации зоны эктопии через 6 месяцев у 52,2-60% пациенток [19,36,55].

В заключении следует отметить, что перспективное направление в лечении доброкачественных заболеваний шейки матки связано с внедрением комплексных методов лечения, позволяющих воздействовать не только на патологический очаг, но и на причину заболевания. Так, патогенетически обоснованное назначение гормональных контрацептивов в комплексе с современным радиохирургическим методом, обеспечивает как контрацептивный, так и лечебный эффекты у пациенток с доброкачественными заболеваниями шейки матки.

ЛИТЕРАТУРА

1. Адамян Л.В., Кулаков В.И., Андреева Е.Н. Эндометриозы: Руководство для врачей. — Изд. 2-е, перераб. и доп. — М.: Медицина, 2006. — 416 с.
2. Аполихина И.А., Денисова Е.Д. Папилломавирусная инфекция гениталий: актуальная проблема современной гинекологии и пути ее решения // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. — 2007. — Т. 6, №6. — С. 70-75.
3. Андреева Е.Н., Григорян О. Р., Ужегова Ж.А. Современные аспекты этиологии и патогенеза фоновых, предраковых процессов и рака шейки матки (обзор литературы) // Проблемы репродукции. — 2006. — №5. — С. 17-23.
4. Базелешина Е.Ю. Эффективность применения радиоволновой хирургии в лечении патологии шейки матки: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Благовещенск, 2005. — 21с.
5. Богатырева И.И. Современные подходы к лечению папилломавирусной инфекции урогенитального тракта // Лечащий врач. — 2001. — №4. — С. 42-49.
6. Буштырева И.О., Фильченко А.С., Хоменко Ю.Б. и др. Степень влияния НоваРинга на состояние слизистой оболочки шейки матки // Гинекология. — 2004. — Т. 10, № 1. — С. 30-32.
7. Буданов П.В., Вороной С.В., Асланов А.Г. Принципы лечения папилломавирусной инфекции // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. — 2004. — Т.6. — №3. — С. 70-75.
8. Ваганова С.Е. Комбинированный криохирургический метод лечения доброкачественных заболеваний шейки матки: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Иваново, 2007. — 26 с.
9. Валиахметова Ч.Х. Совершенствование методики диатермохирургического лечения предопухолевых заболеваний шейки матки // Казанский медицинский журнал. — 2006. — Т.87, №6. — С. 480-482.
10. Василевская Л.Н. и др. Предраковые заболевания и начальные формы рака шейки матки. / Василевская Л.Н., Винокур М.Л., Никитина Н.И. — М.: Медицина, 1987. — 160с.
11. Василевская Л.Н., Винокур М.Л. Основы кольпоскопии. — М.: Издательское бюро Республиканского объединения Медучпособие. — 1971. — 105 с.
12. Волков В.Г., Захарова Т.В. Опыт применения СО2 — лазерной хирургии в комплексном лечении патологии шейки матки, ассоциированной с вирусом папилломы человека // Вестник новых медицинских технологий. — 2000. — №3 — С. 1488.
13. Голубкова О.В. Оптимизация тактики ведения женщин с доброкачественными заболеваниями шейки матки при помощи методов радиохимирургии и озонотерапии: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 2003. — 22 с.
14. Голубкова О.В., Федорова Т.А. Роль и место озонотерапии в лечении доброкачественных заболеваний шейки матки у женщин репродуктивного возраста // Гинекология. — 2002. — Т. 4, №2. — С. 238-240.
15. Григорян О.Р., Ужегова Ж.А., Андреева Е.Н. Роль эндогенных половых стероидов в генезе предраковых заболеваний и рака шейки матки при эндокринопатиях // Проблемы эндокринологии. — 2007. — Т.53, №2. — С. 15-19.
16. Доброхотова Ю., Данилейко Ю., Салюк В. и др. Применение аппарата ЭХВЧ — 250 «КиК — МЕДИМАСТЕР» в лечении патологии шейки матки // Врач из практики. — 2006. — №13. — С. 62-64.
17. Долгушина И.И., Черных С.Л., Долгушина В.Ф. Гормональная коррекция резидентной микрофлоры влагалища и шейки матки у женщин с хроническими цервицитами // Журнал микробиологии, эпидемиологии, иммунобиологии. — 2001. — №4. — С. 100-104.
18. Дуб Г.В., Алексеева Е.Ю., Бесова Н.В., Баринаева И.В. и др. Сравнительная оценка методов диагностики хронических воспалительных заболеваний шейки матки // Российский вестник акушера-гинеколога. — 2005. — №3. — С. 37-42.
19. Егорова А.Т., Базина М.И., Коржова И.Н. Влияние гормональной влагалищной рилизинг — системы НоваРинг на состояние доброкачественных заболеваний шейки матки и микробиоценоза влагалища. // Русский медицинский журнал. — Т.15, № 3. — С. 178-181.
20. Иванян А.Н. Оптимизация комплексной терапии патологии шейки матки, обусловленной вирусом папилломы человека // Гинекология. — 2003. — Т.5, №5. — С. 28-29.
21. Иванян А.Н. Комплексное лечение патологии шейки матки, обусловленной вирусом папилломы человека, с применением СО₂ лазерной вапоризации и комплекса эндогенных цитокинов // Вестник Российской ассоциации акушеров-гинекологов. — 1999. — №2. — С. 114-118.
22. Иевлева Н.Ф. Современные подходы к комплексной диагностике и терапии патологии шейки матки у молодых нерожавших женщин: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Томск, 2002. — 23 с.
23. Каухова Е.Н., Луговая А.Ю., Панкова О.Ю. Современные подходы к диагностике и лечению эктопии шейки матки // Российский вестник акушера — гинеколога. — 2004. — №6. — С. 65-70.
24. Козаченко В.П. Рак шейки матки // Современная онкология. — 2001. — Т.2. — №2. — С. 2-4.
25. Костава М.Н., Прилепская В.Н. Лечение доброкачественных заболеваний шейки матки // Русский медицинский журнал. — 1998. — Т. 6. — N13. — С. 845-847.
26. Костава М.Н. Лечение доброкачественных заболеваний шейки матки // Гинекология, 2004. — N4. — С. 81-84.
27. Костава М.Н. Эффективность лечения фоновых заболеваний шейки матки у молодых нерожавших женщин «Солковагином» и низкоинтенсивным лазером: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 2004. — 21 с.
28. Краснополянский В.И., Радзинский В.Е., С.Н. Буянова и др. Патология влагалища и шейки матки / Под ред. В.И. Краснополянского. — М.: Медицина, 1997. — 272 с.
29. Краснополянский В.И., Зароченцева Н.В., Серова О.Ф. и др. Ведение беременных с полиповидными образованиями цервикального канала // Российский вестник акушера-гинеколога. — 2007, №5. — С. 68-72.
30. Куперт А.Ф. Псевдоэрозии шейки матки (терминология, классификация) // Журнал акушерства и женских болезней. — 2000. — №1. — С. 54-58.
31. Куперт А.Ф. Лечение псевдоэрозии шейки матки (сообщение второе) // Журнал акушерства и женских болезней. — 2001. — №2. — С. 110-113.
32. Кулавский В.А., Насырова С.Ф. Псевдоэрозия шейки матки у нерожавших женщин. — Уфа: МДМ-АРК, 2000. — 152 с.
33. Легков В.А. Радиохимирургическое лечение доброкачественных заболеваний шейки матки: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 2000. — 16 с.
34. Манухин И.Б., Захарова Т.П., Рыжкова О.А. и др. Инфекции, передаваемые половым путем (хламидийно-вирусные цервициты), диагностика, лечение // Российский вестник акушера-гинеколога. — 2004. — №2. — С. 74-78.
35. Минкина Г.Н., Манухин И.Б., Франк Г.А. Предрак шейки матки. — М.: Аэрограф-медиа, 2001. — 112 с.
36. Назарова Н.М. Состояние влагалища и шейки матки на фоне применения контрацептивного кольца НоваРинг // Российский вестник акушера-гинеколога. — 2007. — №6. — С. 55-58.
37. Нечитайло Т.А. Хирургическое лечение интраэпителиальных неоплазий шейки матки радиоволновым методом: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Ростов-на-Дону, 2005. — 25 с.
38. Новикова Е.Г., Трушина О.И., Соколов В.В. и др. Флюоресцентная диагностика и фотодинамическая терапия предопухолевой патологии и начальной формы рака шейки матки // Российский онкологический журнал. — 2005, № 6. — С. 28-33.
39. Прилепская В.Н., Рудакова Е.Б., Кононов А.В. Эктопии и эрозии шейки матки. — М.: МЕДпресс-информ, 2002. — 176с.
40. Прилепская В.Н. и др. Заболевания шейки матки, влагалища и вульвы (Клинические лекции) / Под ред. В.Н.

Прилепской. — 3-е изд. — М.: МЕДпресс-информ, 2003. — 432с.

41. Прилепская В.Н., Рудакова Е.Б. и др. Генитальные инфекции и патология шейки матки (Клинические лекции) / Под ред. В.Н. Прилепской, Е.Б. Рудаковой. — Омск: ИПЦ ОмГМА, 2004. — 212с.

42. Прилепская В.Н. и др. Патология шейки матки и генитальной инфекции / Под ред. В.Н. Прилепской. — М.: МЕДпресс-информ, 2008. — 348 с.

43. Прилепская В.Н., Кондриков Н.И., Назарова Н.М. Морфофункциональные особенности шейки матки у женщин, применяющих гормональную контрацепцию // Акушерство и гинекология. — 1991. — Т.2, № 12. — С.6-9.

44. Прилепская В.Н. Профилактика рака шейки матки. Методы ранней диагностики и новые скрининговые технологии // Акушерство и гинекология. — 2007. — №5. — С. 73-76.

45. Прилепская В.Н., Кондриков Н.И., Бебнева Т.Н. Патология шейки матки. Диагностические возможности цитологического скрининга // Акушерство и гинекология. — 1999. — №3. — С.45-50.

46. Прилепская В.Н., Фокина Т.А. Фоновые заболевания шейки матки: патогенез, диагностика, лечение // Акушерство и гинекология. — 1990. — №6. — С. 12-15.

47. Радзинский В.Е., Ордянец И.М. Радиохирургическое лечение при доброкачественных заболеваниях шейки матки // Вестник Российской ассоциации акушеров-гинекологов. — 1999. — №1. — С. 40-45.

48. Роговская С.И. Папилломавирусная инфекция у женщин и патология шейки матки: руководство практикующего врача. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2005. — 144 с.

49. Роговская С.И., Ежова Л.С., Прилепская В.Н. и др. Клинико-морфологические особенности папилломавирусной инфекции гениталий у женщин // Гинекология. — 2004. — Т.6, №2. — С. 57-59.

50. Роговская С.И., Прилепская В.Н. Профилактика папилломавирусной инфекции и рака шейки матки // Гинекология. — 2005. — Т.1, №7. — С.22-26.

51. Роговская С.И., Прилепская В.Н. Новые технологии в профилактике рака шейки матки // Гинекология. — 2007. — Т. 100, №1. — С. 4-7.

52. Рудакова Е.Б. Псевдоэрозия шейки матки (клиника, диагностика, лечение): Автореф. дис. ... докт.мед.наук. — М., 1996. — 42 с.

53. Русакевич П.С., Костевич Г.В. Клинические аспекты применение химической коагуляции солковагином при фоновых заболеваниях шейки матки // Медицинские новости. — 1998. — N 8. — С. 59-60.

54. Сельков С.А., Ришук С.В., Костючек Д.Ф. и др. Ранняя диагностика и лечение предраковых состояний шейки матки // Акушерство и гинекология. — 2005. — №3. — С. 17-20.

55. Сливанкова Е.В., Аганезова Н.В., Линде В.А. и др. Влияние контрацептивного влагалищного кольца НоваРинг на состояние слизистой оболочки шейки матки и биоценоз влагалища // Русский медицинский журнал. — 2006. — Т.14, № 18. — С. 1304-1306.

56. Стаханов М.Л., Вельшер Л.З., Киркин В.В., Масычев В.И., Крылова Е.Н. Применение углекислотного лазера в амбулаторной практике гинеколога // Вопр. гинекол., акушерства и перинатологии. — 2004. — Т. 3, N 5. — С. 68-71.

57. Трыкова Т.П., Игнатьева А.В. Криотерапия доброкачественных заболеваний шейки матки // Репродуктивное здо-

ровье женщины — 2000. — Петрозаводск, 2000. — С. 223-229.

58. Ужегова Ж.А., Григорян О.Р., Андреева Е.Н. Современные возможности диагностики и лечения предраковых заболеваний шейки матки. // Российский вестник акушера-гинеколога. — 2007. — №1. — С. 28-34.

59. Фролова И.И. Сравнительная характеристика радикальных методов лечения цервикальных интраэпителиальных неоплазий // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. — 2003. — Т. 2, №2. — С. 43-47.

60. Фролова И.И. Диагностика цервикальных интраэпителиальных неоплазий: реальность и перспективы // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. — 2003. — Т. 2, №4. — С. 80-83.

61. Фролова И.И. Клинико-морфологические исследования дискератоза и неопластических изменений эктоцервикса при сопутствующей гинекологической патологии: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 2002. — 19 с.

62. Фролова И.И. Аспекты этиологии и патогенеза цервикальных интраэпителиальных неоплазий и рака шейки матки. // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. — 2003. — Т.2, №1. — С. 78-86.

63. Хашукоева А.З., Макаров О. В., Отдельнова О.Б. и др. Фотодинамическая терапия в лечении патологии шейки матки и эндометрия // Акушерство и гинекология. — 2008. — №2. — С. 38-43.

64. Шпакова О.А. Эффективность новых технологий в лечении доброкачественных заболеваний шейки матки: Автореф. дис. ... канд. мед. наук — Воронеж, 2005. — 25 с.

65. Яковлева И.А., Кукутэ Б.Г. Морфологическая диагностика предопухолевых процессов и опухолей матки по биопсиям и соскобам. — Кишинев: Штиинца, 1979. — 146с.

66. Massad L.S., Halperin C.J., Bitterman P. Correlation between colposcopically directed biopsy and cervical loop excision // J. Gynecol. Oncol. — 1996. — V. 60, №3. — P. 400-403.

67. Mathevet P., Dargent D., Roy M., Beau G. A randomized prospective study comparing three techniques of conisation: cold knife, laser and LEEP // J. Gynecol Oncol. — 1994. — V54, №2. — P. 175-179.

68. Fanning J., Padratzik J. Cold knife vs. LEEP. Are they the same procedure? // J. Reprod. Med. — 2002. — Vol. 47, №1. — P. 33-35.

69. Crane J.M., Delaney T., Hutchens D. Transvaginal ultrasonography in the prediction of preterm birth after treatment for cervical intraepithelial neoplasia. — J. Obstet Gynecol. — 2006. — Vol.107, №1. — P. 37-44.

70. Sjoborg K. D., Vistad I., Svennigsen R. Pregnancy outcome after cervical cone excision: a case — control study. — Acta Obstet Gynecol Scand. — 2007. — Vol. 86, №4. — P. 423-428.

71. Forsmo S., Hansen M.N., Jacobsen B.K., Oian P. Pregnancy outcome after laser surgery for cervical intraepithelial neoplasia // J. Acta Obstet Gynecol Scand. — 1996. — Vol.75, №2. — P. 139-143.

72. Van Rooijen M., Person E. Pregnancy outcome after laser vaporisation of the cervix uteri. // J. Obstet Gynecol Scand. — 1999. — Vol.78, №4. — P. 346-348.

73. Kainz C., Tempfer C., Sliutz G., Breitenacker G., Reinthaller A. Radiosurgery in the management of cervical intraepithelial neoplasia. // J. Reprod. Med. — 1996. — Vol. 41, №6. — P. 409-414.

74. Reinthaller A., Kainz., Tempfer G., Joura E. Radiosurgical treatment of cervical intraepithelial neoplasia. // J. Gynakol Geburtshilfliche Rundsch. — 1994. — Vol. 34, № 2. — P. 98-101.

75. Einstein M.H., Levie M.D., Goldberg Gary L. Cervical intraepithelial neoplasia: An overview of diagnosis and management. // J. Cancer Invest. — 2002. — Vol. 20, № 5. — С. 769-776.

Адрес для переписки: 664003, Иркутск, ул. Красного восстания, 1,

Буртушкина Наталья Кимовна — аспирант кафедры акушерства и гинекологии лечебного факультета;

e-mail: www.natkim 310@ru