

Ведение пациенток с осложненной формой эктопии шейки матки

Л.А.Озолина, О.Е.Семиошина, И.А.Лапина, А.А.Колтунова

Российский государственный медицинский университет,
кафедра акушерства и гинекологии лечебного факультета, Москва
(зав. кафедрой – проф. О.В.Макаров)

Цель настоящего исследования – разработка лечебно-диагностического алгоритма ведения пациенток с осложненной формой эктопии шейки матки для повышения эффективности лечения и профилактики рецидивов. Представлены результаты обследования и лечения 204 пациенток репродуктивного возраста с осложненной эктопией шейки матки – приобретенной (у 118) и рецидивирующей (у 86). Для деструкции патологического очага на шейке матки использовали радиохирurgical прибор «Surgitron TM». Проведение адекватной предоперационной подготовки и послеоперационного лечения способствовало повышению эффективности лечения заболеваний шейки матки с 76,7 до 83,3%.

Ключевые слова: эктопия шейки матки, радиоволновое лечение

Management of patients with complicated form of cervical ectopia

L.A.Ozolinya, O.E.Semioshina, I.A.Lapina, A.A.Koltunova

Russian State Medical University, Department of Obstetrics and Gynecology of Medical Faculty
(Head of the Department – Prof. O.V.Makarov)

The aim of this study was to create the treatment for patients with complicated form of cervical ectopia in order to promote treatment's quality and to avoid exacerbations. The authors presented results of the examinations and treatment of 204 patients at reproductive age who suffered from complicated form of cervical ectopia. The acquired form of cervical ectopia had 118 patients and the recurrent form – 86 patients. The authors used radio-surgical apparatus «Surgitron TM» for the destruction of pathologic part of cervix after adequate preoperative therapy. Preoperative therapy, radio-surgical destruction and postoperative care contributed to promotion of treatment's effect from 76,7% to 83,3%.

Key words: cervical ectopia, radio-surgical treatment

Неизменно актуальной проблемой практической гинекологии по-прежнему остается задача эффективного лечения и реабилитации больных с патологией шейки матки, прежде всего с целью предупреждения рака данной локализации, а также в связи с тяжестью вызываемых сопутствующей патологией нарушений репродуктивного здоровья женщины [1, 2].

Лечебная тактика в отношении больных с неопухолевыми процессами шейки матки неоднократно менялась в соответствии с уровнем знаний о сущности патологического процесса. В настоящее время особую научную и практическую ценность имеют исследования, направленные на изучение факторов столь широкого распространения заболеваемости шейки матки. При этом, если доказанные и/или предполага-

емые причины возникновения и персистенции патологических состояний эпителия шейки матки широко представлены в литературе, то сведения о факторах риска рецидивирования патологического процесса, причинах нарушения или затруднения эпителизации после предшествующего лечения немногочисленны [1, 3].

На сегодняшний день в практическом здравоохранении предложено и внедрено достаточное количество радикальных методов лечения патологии шейки матки – диатермоэлектрохирургический метод, химическая коагуляция, хирургическое лечение, лазерное излучение, криотерапия, радиохирurgical [1, 2, 4]. Однако, несмотря на, казалось бы, большой арсенал терапевтических возможностей, в целом результаты лечения нельзя признать удовлетворительными. Сохраняющаяся частота патологических состояний шейки матки, склонность к длительному, рецидивирующему течению, возможность злокачественной трансформации делают весьма актуальным поиск новых эффективных и безопасных методов воздействия на патологический очаг.

Перспективным методом последних лет принято считать радиоволновую хирургию [5], что и обусловило тему нашего исследования.

Для корреспонденции:

Озолина Людмила Анатольевна, доктор медицинских наук, профессор кафедры акушерства и гинекологии лечебного факультета Российского государственного медицинского университета

Адрес: 113152, Москва, Загородное ш., 18а., корп. 8.

Городская клиническая больница №55, 2-е гинекологическое отделение

Телефон: (495) 952-9661

E-mail: ozolinya@yandex.ru

Статья поступила 02.02.2009 г., принята к печати 08.04.2009 г.

Одной из современных тенденций в лечении рассматриваемой патологии является патогенетически обоснованное комплексное лечение, сочетание нескольких методов и методик лечения у одной больной, направленных на радикальное удаление патологически измененных тканей шейки матки и стимуляцию процессов эпителизации.

Целью настоящего исследования стала разработка лечебно-диагностического алгоритма ведения пациенток с осложненной формой эктопии шейки матки для повышения эффективности лечения и профилактики рецидивирования заболеваний шейки матки.

Пациенты и методы

Для постановки диагноза заболевания шейки матки и сопутствующей патологии, выбора режима и объема лечения, с целью оценки эффективности терапевтических мероприятий использовали общеклинический, бактериоскопический, бактериологический, цитологический, кольпоскопический, гистологический методы исследования, ПЦР-диагностику, исследование гормонального статуса пациентки.

Критерием включения в настоящее исследование явилось наличие у пациентки осложненной формы эктопии шейки матки – обусловленной или сочетающейся с нарушениями эпителиально-стромальных взаимоотношений, с воспалительными заболеваниями нижнего отдела генитального тракта и/или с другими фоновыми и предраковыми процессами шейки матки.

Для осуществления поставленной цели обследовано и пролечено 204 пациентки репродуктивного возраста (в среднем $30,5 \pm 2,1$ года) с осложненной эктопией шейки матки – приобретенной (у 118) и рецидивирующей (у 86).

Для деструкции патологического очага на шейке матки использовали радиохирургический прибор «Surgitron TM» в комплекте с принадлежностями (США, фирма «Ellman International, Inc.», № 2003/392).

Оценка эффективности лечения состояний, осложняющих и влияющих на течение эктопии шейки матки (генитальной инфекции, инфекционно-воспалительных процессов, сопутствующей фоновой патологии, в том числе деформации наружного зева, гипертрофии шейки матки), была проведена в серии предварительных/промежуточных исследований. В ходе таких же исследований выясняли особенности репаративного процесса после радиохирургического воздействия и возможность его коррекции.

Результаты исследования и их обсуждение

На начальных этапах работы поразила высокая частота рецидива патологических состояний шеечного эпителия, которая достигает 34,8% от общего количества обследованных больных с патологией шейки матки.

Анализ возможных причин рецидивирования проводился по результатам обследования 86 пациенток с рецидивирующей эктопией шейки матки (РЭ). Наличие эктопии как рецидив заболевания расценивался нами на основании факта лечения шейки матки в анамнезе с использованием обязательно деструктивных методов терапии. Группу сравнения составили 34 женщины с эффективно пролеченной ранее

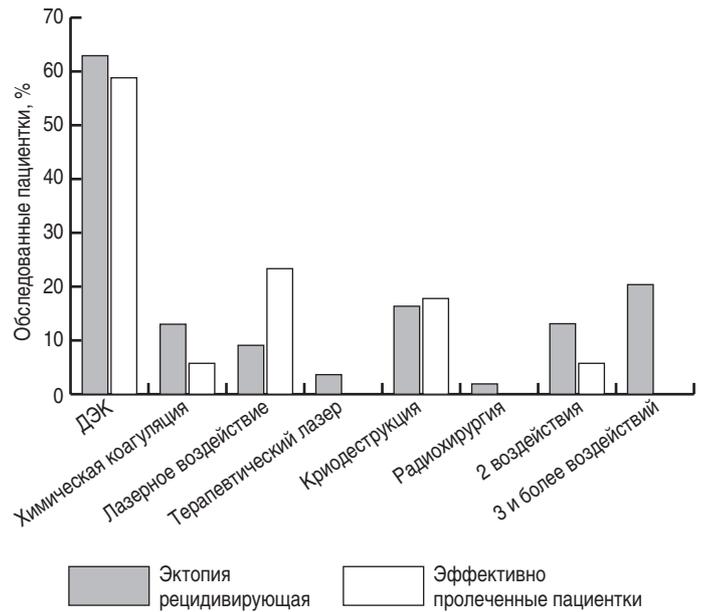


Рис. 1. Структура методов лечения патологии шейки матки, использованных в анамнезе.

шейкой матки (ЭЛ). (Следует подчеркнуть, что это были не традиционно здоровые женщины, а эффективно ранее пролеченные по поводу различной патологии шейки матки в анамнезе).

Даже неоднократные попытки лечения у обследованных пациенток с рецидивированием заболевания шейки матки – два (13%) и более раз (20,4%) – оказывались неудачными, что и потребовало изучения возможных причин неэффективности проводимых терапевтических мероприятий.

Тщательный анализ анамнестических данных, комплексное обследование наблюдаемых в рамках настоящего исследования пациенток позволили утверждать, что рецидив заболевания зависит от метода лечения (рис. 1), но в большей степени определяется рядом других факторов. На первом этапе подробно изучены факторы риска рецидивирования патологического процесса на шейке матки после проведенного ранее лечения и определена их статистическая значимость в баллах (табл. 1). Их подробный анализ

Таблица 1. Факторы риска рецидивирования заболеваний шейки матки (ЗШМ)

Факторы риска рецидива ЗШМ	Вероятность рецидива, баллы до 10
Хронические заболевания	7,06
Нарушения менструального цикла	4,18
Более одного полового партнера	3,39
Внутриутробная контрацепция (после лечения шейки матки)	4,51
Внутриутробная контрацепция более 5 лет	8
Беременность (после лечения шейки матки)	3,79
Аборты (после лечения шейки матки)	5
Самопроизвольные выкидыши (после лечения шейки матки)	3,5
Роды (после лечения шейки матки)	2,6
Гормональные заболевания органов репродуктивной системы	3,47
Воспалительные заболевания органов репродуктивной системы	4,78
Инфекции, передаваемые половым путем	5,58
Бактериальный вагиноз	5,21
Деформации наружного зева	6,73
Синтетическое белье	3,26
Использование тампонов	6,2
Синтетическое белье + использование тампонов	3,32
Курение	2,53

позволил оценить вероятность риска рецидивирования заболевания шейки матки после проводимого деструктивно-го лечения. Основным же фактором риска неэффективности лечебных мероприятий считаем локальность терапии, направленность ее только на деструкцию патологического очага на шейке матки без учета фона, на котором возникла патология, без воздействия на все возможные звенья патогенеза заболевания.

В то же время, отсутствие единого мнения о генезе рецидива заболеваний шейки матки, полиэтиологичность причин рецидивирования и прогрессирования патологического процесса после проведенного ранее лечения диктуют необходимость проведения полного комплекса диагностических и лечебных мероприятий.

Патогенетические подходы к лечению осложненной формы эктопии шейки матки

I. Собственно *деструкцию* патологического очага на шейке матки осуществляли методом радиоволнового воздействия.

В ходе исследования удалось выяснить, что характер заживления раневого дефекта после радиоволновой деструкции определяется следующими факторами:

- видом используемого режима;
- мощностью радиоволнового воздействия;
- формой электрода;
- характером патологического процесса;
- глубиной и объемом оперативного вмешательства;
- наличием отягощенного анамнеза (пожилой возраст, сахарный диабет, артериальная гипертензия, патология свертывающей системы крови и т.п.);
- индивидуальным характером репаративных процессов пациентки (возрастом и, соответственно, гормональным фоном и состоянием местного ангиогенеза, а также степенью микробной обсемененности, длительностью заболевания и выраженностью воспалительных изменений в строме). Выявленные при обследовании, в частности, нарушения микробиоты влагалища, высокая обсемененность и колониза-

ция вагинального биотопа экзогенной и эндогенной микрофлорой (рис. 2), большое число пациенток с хроническими заболеваниями гениталий свидетельствовали о высоком риске развития инфекционно-воспалительных осложнений и явились основанием для проведения адекватной предоперационной подготовки и поиска методов профилактики и лечения осложнений в раннем послеоперационном периоде.

II. Предоперационная подготовка

A. Методика комплексной терапии генитальных инфекций, сопутствующих и осложняющих течение эктопии шейки матки, идентичная и обязательная для обоих половых партнеров, включающая применение антибактериальных препаратов (по результатам чувствительности к ним выделенных штаммов), иммуномодулирующих средств на фоне обязательной коррекции состояния кишечного и влагалищного биоценозов, позволила повысить клиническую и бактериологическую эффективность лечения вагинитов специфической этиологии, предупредить рецидив заболевания, о чем свидетельствовали результаты динамических исследований.

B. Проведение местного лечения мы считали одной из важных составляющих в комплексе лечебных мероприятий, поскольку именно местные проявления, не всегда купирующиеся приемом пероральных средств, доставляют страдания женщине. Для сравнения эффективности предлагаемых методик санации влагалища в рамках предоперационной подготовки перед деструктивным лечением патологического очага на шейке матки в 1-й группе больных (у 30 пациенток с **осложненной приобретенной эктопией**, после исключения/излечения специфической инфекции) мы использовали только влагалищные таблетки «Тержинан».

Поскольку ни у одной больной не было обнаружено нормального биоценоза влагалища (фактор риска нарушения эпителизации шейки матки, кофактор канцерогенеза (Калинина В.С., 2004), во 2-й аналогичной группе больных ликвидацию местного воспалительного процесса дополняли мероприятиями, направленными на коррекцию микрофлоры вла-

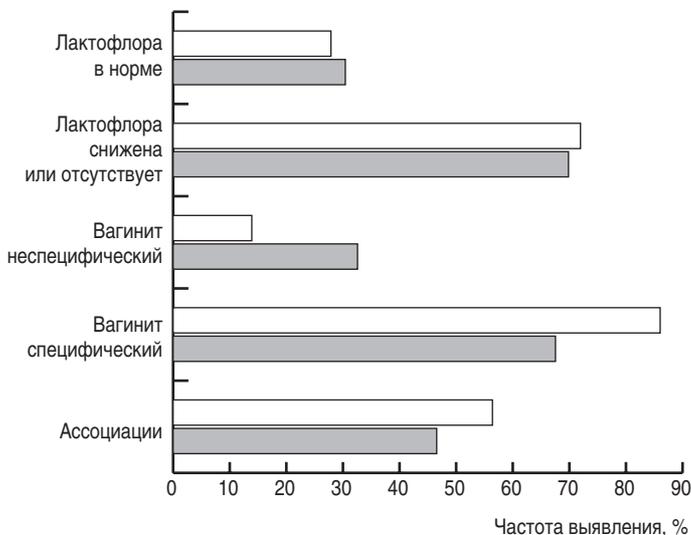


Рис. 2. Состояние флоры, сопутствующей осложненным эктопиям шейки матки.

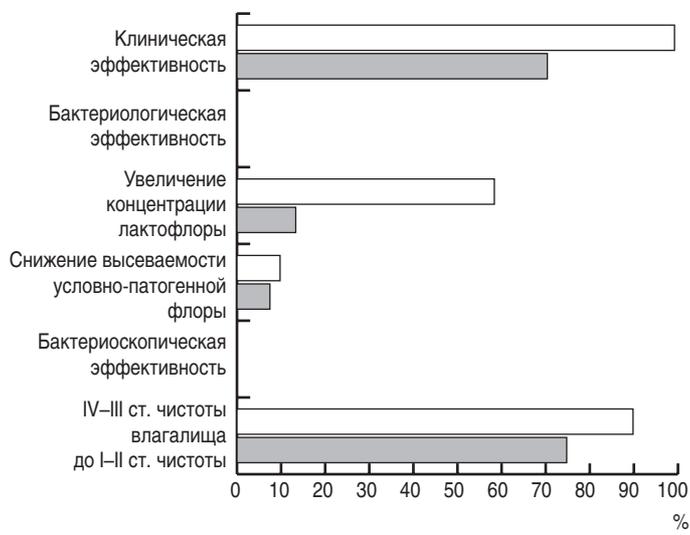


Рис. 3. Сравнительная характеристика возможностей предоперационной подготовки.

галища (свечи «Ацилакт») и активацию местного иммунитета (свечи «Генферон»).

В результате лечения в 1-й группе пациенток клиническое улучшение отмечалось уже со 2–3-х суток проводимой санации у 71% пролеченных, что проявлялось уменьшением зуда и выделений из влагалища. Остальные 29% больных отметили либо полное отсутствие эффекта, либо его незначительный и преходящий характер (рис. 3).

Бактериологический контроль вагинальной микрофлоры выявил определенные позитивные изменения микробиологического статуса сразу после лечения препаратом «Тержинан»: зафиксировано снижение частоты выделения условно-патогенной флоры на 7,4% (если до лечения условно-патогенный инфекцент высевался в диагностически значимых концентрациях в 14% случаев, то после санации влагалища этиологического агента не обнаружено у 89,1% пациенток, а в 4,3% наблюдений возбудитель высевался в низких концентрациях без клинических проявлений). Однако наряду с этим сохранялось отсутствие или определялся низкий уровень представителей нормальной микрофлоры влагалищного биотопа – лактобацилл $<10^4$ – 10^5 КОЕ/мл – в 72% случаев до лечения и в 58,7% – после него.

Через месяц после проведенного деструктивного лечения при сохранившемся дефиците молочно-кислой флоры диагностировали практически полное возобновление колонизации вагины штаммами условно-патогенных бактерий, хотя высевались они в более низких концентрациях (10^4 – 10^6 КОЕ/мл) по сравнению с исходными значениями.

Во 2-й группе больных на фоне проведенных санационных мероприятий, коррекции местного иммунитета и биоценоза влагалища улучшение субъективно отмечено всеми пациентками, пролеченными данным способом ($p < 0,05$).

С клиническими данными коррелировали результаты объективных методов исследования. Отмечено уменьшение симптомов цервицита и вагинита, что подтвердилось кольпоскопически. В микробном статусе влагалища положительный эффект заключался в появлении и количественном росте лактобацилл, которые в концентрациях $>10^6$ КОЕ/мл выделялись у 87% пролеченных (до лечения лактофлора в нормальной концентрации определялась лишь у 28% обследованных; $p < 0,05$). Одновременно со значительной регенерацией молочно-кислой флоры закономерно отмечали уменьшение численности условно-патогенных инфектов (в 91% наблюдений их роста не было, в 5% наблюдений микробные ассоциации выделялись в низких концентрациях – $<10^4$ КОЕ/мл – без клинических проявлений; бактериологический эффект составил 10% ($p > 0,05$). Несмотря на общее снижение микробной обсемененности, у 4% пациенток были выделены вегетирующие формы грибов *Candida*, что потребовало дополнительного лечения.

Полученные данные подтверждают необходимость контроля проводимых лечебных мероприятий. Увеличение численности кислотопродуцирующих микроорганизмов вызвало нормализацию степени чистоты влагалища – у 90,6% женщин микроскопия мазков показала состояние нормоценоза ($p < 0,05$).

Наблюдение за динамикой микробного статуса влагалищного содержимого через месяц после радиоволнового

Таблица 2. Результаты лечения

Эффективность лечения	Группа 1 (n = 30)	Группа 2 (n = 31)
Отторжение струпа, сут	8,9 ± 0,2	8,1 ± 0,3*
Частичная эпителизация, сут	19,2 ± 0,2	18,1 ± 0,3*
Полная эпителизация, сут	28,2 ± 0,4	26,6 ± 0,6*
Эффективное лечение, %	76,7	83,3
Частичный эффект, %	13,3	10,0
Атипичский вариант эпителизации, %	10,0	6,7
Рецидивирование заболевания, %	13,2	6,9

*достоверные различия между группами ($p < 0,05$).

воздействия показало устойчивость и стабильность достигнутого эубиотического состояния среды: сохранялась главенствующая роль и значительное численное преимущество лактобактерий, которые выделялись в концентрациях 10^6 – 10^8 КОЕ/мл. Частота выделения и количественный уровень условно-патогенной флоры практически не отличались от результатов, полученных сразу после лечения, и были существенно ниже по сравнению с исходными показателями.

Процесс восстановления эпителиального покрова эктоцервикса после деструкции патологического очага на шейке матки проходил в обеих группах практически одинаково, разница заключалась в сроках заживления послеоперационного дефекта (табл. 2).

В то же время, известно, что с увеличением сроков заживления повышается возможность инфицирования послеоперационной раны, увеличивается потенциальный риск избыточной пролиферации клеток эпителия в ущерб их дифференцировке [4].

Кольпоскопическое наблюдение за больными после радиоволнового воздействия в динамике позволило отметить полное отторжение струпа и некротических масс к 8,9 ± 0,2 сут в 1-й группе пролеченных и к 8,1 ± 0,3 сут во 2-й группе ($p < 0,05$).

Выявлены вариации в сроках частичной эпителизации – от 19,2 ± 0,2 сут в 1-й группе до 18,1 ± 0,3 сут для пациенток 2-й группы ($p < 0,05$) и полного восстановления дефекта многослойного плоского эпителия (28,2 ± 0,4 сут против 26,6 ± 0,6 сут соответственно; $p < 0,05$).

Таким образом, мы наблюдали ускорение процесса эпителизации у пациенток, которым в предоперационном периоде проводилась не просто санация влагалища с целью элиминации патогенных микроорганизмов, но и активация местного иммунитета и коррекция микробиоценоза влагалища.

Проведенная предоперационная подготовка позволила добиться эффективного лечения патологии шейки матки в 76,7% у больных 1-й группы и у 83,3% больных после применения комбинированного метода терапии до проведения деструкции патологического очага. Частичный эффект отмечен у 13,3% пациенток в 1-й группе и в 10,0% случаев во 2-й группе. Рецидив заболевания в разные сроки имел место соответственно в 13,2% и 6,9% наблюдений (рис. 4).

Полученные данные позволили сделать вывод о том, что эффективность лечения осложненных форм эктопии шейки матки зависит не только от качества проведенной этиотропной терапии, т.е. элиминации инфекционного агента, но и от полноценности коррекции микрофлоры влагалищного биотопа, в том числе посредством активации местного иммунитета.

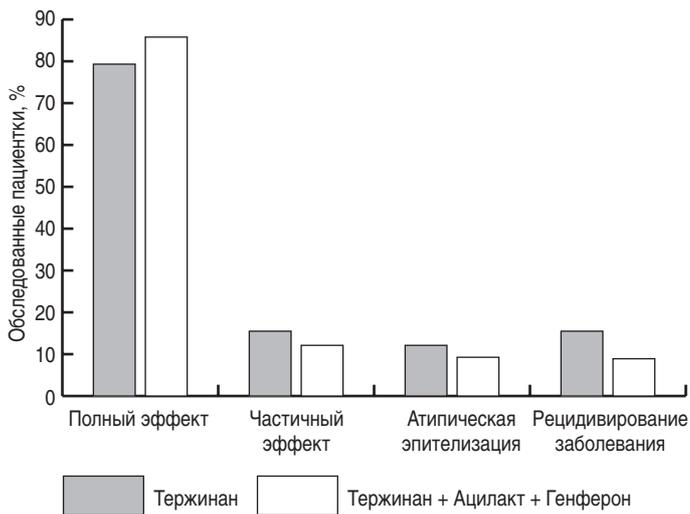


Рис. 4. Эффективность радиохирургического лечения патологии шейки матки после предоперационной подготовки.

Последующее мониторирование биотопа влагалища проводили для своевременного выявления рецидива сопутствующего вагинита.

Через 4–6 нед после деструкции патологического очага у некоторых пациенток 1-й группы выявлены клинические, кольпоскопические и бактериоскопические признаки цервицита, бактериологически – высокая обсемененность условно-патогенными микроорганизмами (во 2-й группе пациенток таких осложнений не наблюдали; $p < 0,05$).

В итоге, в результате проведенной комплексной предоперационной подготовки удалось добиться выраженной и, главное, стойкой коррекции дисбиотических нарушений вагинального микробиоценоза (за счет изменений качественного и количественного состава микрофлоры – элиминации специфических возбудителей и/или нормализации степени обсемененности влагалищного содержимого условно-патогенной флорой, увеличения количества лактобактерий), что в большинстве случаев позволило повысить эффективность терапевтических мероприятий, уменьшить площадь патологических изменений, благоприятно повлиять на исход радиоволновой деструкции патологического очага на шейке матки, сократить сроки эпителизации и число рецидивов заболеваний шейки матки и сопутствующей патологии.

Выводы

1. Оценка отдаленных результатов лечения патологических состояний шеечного эпителия свидетельствует о высокой частоте рецидива заболеваний шейки матки после предшествующего лечения (34,8%).

2. В механизме рецидивирования или прогрессирования патологических процессов на шейке матки различную по значимости роль играют: длительность заболевания, неблагоприятный преморбидный фон, воспалительные изменения влагалища и шейки матки, нарушения гормонального фона, микробиоценоза влагалища, высокая частота выявляемости сексуально-трансмиссивных инфекций, неустраненная деформация наружного зева и/или травмирующие влияния на шейку матки уже после предшествующего лечения, курение, а также ряд факторов, связанных с культурой полового поведения, навыками личной гигиены, с техникой ведения родов.

3. Проведение этиотропной предоперационной подготовки, направленной не только на элиминацию патогенного возбудителя, но и на активацию местного иммунитета, коррекцию микрофлоры влагалищного биотопа, нарушений гормонального фона, способствует повышению эффективности лечения осложненных форм эктопии шейки матки с 76,7% до 83,3%.

4. Возможности радиоволновой хирургии и дифференцированный подход к выбору объема и метода деструктивного воздействия позволяют провести адекватное лечение фоновых и предраковых заболеваний шейки матки, восстановить нормальные анатомо-функциональные взаимоотношения тканей шейки матки, веретенообразную структуру цервикального канала.

Литература

1. Заболевания шейки матки, влагалища и вульвы. Клинические лекции под ред. проф. В.Н.Прилепской. 3-е изд. – М.: МЕДпресс, 2003. – 432 с.
2. Русакевич П.С. Заболевания шейки матки: симптоматика, лечение и профилактика: справочное пособие. – Минск: Высшая школа, 2000. – 368 с.
3. Кононов А.В., Ваганова И.Г. Очерки клинической патологии шейки матки. – Омск, 2000. – 224 с.
4. Кулавский В.А., Насырова С.Ф. Псевдозрозия шейки матки у нерожавших женщин (клиника, диагностика, лечение). – Уфа, 2000. – 153 с.
5. Подзолкова Н.М. и соавт. Радиоволновой хирургический метод лечения в гинекологической практике: учебное пособие. РМАПО. – М., 2003. – 23 с.

Информация об авторах:

Семюшина Ольга Евгеньевна, заочный аспирант кафедры акушерства и гинекологии лечебного факультета Российского государственного медицинского университета

Адрес: 113152, Москва, Загородное ш., 18а. Городская клиническая больница №55, 8 корп., 2-е гинекологическое отделение
Телефон: (495) 952-9661

Лапина Ирина Александровна, кандидат медицинских наук, ассистент кафедры акушерства и гинекологии лечебного факультета Российского государственного медицинского университета

Адрес: 113152, Москва, Загородное ш., 18а. Городская клиническая больница №55, 8 корп., 2-е гинекологическое отделение
Телефон: (495) 952-9661
E-mail: doklapina@mail.ru

Колтунова Алевтина Александровна, врач 1-го гинекологического отделения Городской клинической больницы №55
Адрес: 113152, Москва, Загородное ш., 18а
Телефон: (495) 952-9621