

С.А. ЛЕВАКОВ,
А.Г. КЕДРОВА,
Е.В. КОЖУРИНА,
Н.С. ВАНКЕ

Кафедра акушерства
и гинекологии ИПК
ФМБА РФ, Клиническая
больница № 83 ФМБА РФ

Выбор метода лечения дисплазии шейки матки у женщин репродуктивного возраста

Проблема лечения фоновых и предраковых заболеваний шейки матки продолжает оставаться актуальной ввиду роста показателей заболеваемости у подростков и пациенток репродуктивного периода.

Выявляемость интраэпителиальных неоплазий (CIN I-III) в молодом возрасте (до 29 лет) дает прирост 2,1-2,5% в год, а их своевременная диагностика и правильное лечение являются ключевыми моментами вторичной профилактики рака шейки матки (1).

Несмотря на достигнутые результаты в лечении данной патологии, среди клиницистов еще нет полного единогласия по многим вопросам. Так ведутся дискуссии об обоснованности активной хирургической тактики при дисплазии легкой степени тяжести (CIN I) (2), основанной на концепции самостоятельного восстановления эпителия на фоне гормонокоррекции, противовоспалительной терапии и иммуностропного лечения (3). Такой взгляд опирается на научные исследования, доказывающие, что патогенетический компонент, вирус (HPV16/18), на этой стадии процесса еще находится в эпिसомальном состоянии (4) и может элиминироваться самостоятельно. При этом излишняя радикальность для женщины детородного возраста увеличит риск патологии при последующей беременности. Анализ литературных данных о состоянии

репродуктивной функции после проведенного лечения CIN показал, что все инвазивные хирургические методы, применяемые для лечения шейки матки, могут осложнить течение беременности и родов (5), хотя данные литературы по этому вопросу противоречивы. Частота наступления беременности после инвазивных методов лечения патологии ШМ колеблется от 15,9 до 36,7%, в интервале от 6 месяцев до 10 лет (6). Ряд авторов изучили детородную функцию, течение беременности и родов у 68 женщин после конусовидной электроэксцизии шейки матки. Общая частота срочных родов составила 66,2%, преждевременных – 14,7%, количество спонтанных аборт – 19,1% (7). Наиболее частыми были осложнения: угроза невынашивания – в 7,7% и аномалии родовой деятельности – у 23,1% женщин (8).

Учитывая данные факты, нет единого мнения о предпочтении того или иного метода инвазивного воздействия на ШМ при CIN I-III у нерожавших женщин. Часто выбор врачей основан только на собственных предпочтениях, с учетом степени оснащения лечебных учреждений, но без комплексной оценки рисков прогрессирования заболевания и возможной патологии при будущей беременности. Также выбор степени деструкции не связывают с проблемой персистенции HPV (9). Сложность состоит в том, что даже современные цитологический и кольпоскопический

методы не могут полноценно выбрать группу больных с «неблагоприятным исходом», что либо занижает, либо завышает степень инвазивного воздействия на ШМ (10). Таким образом, излечение может быть достигнуто путем применения эксцизионной техники, включающей традиционную ножевую, электро- или высокочастотную радиоволновую (3,8-4,0 МГц) конизацию ШМ или методов абляции тканей: лазеро-вапоризацию, криодеструкцию, электрокоагуляцию ШМ. При этом тактика лечения должна соответствовать тяжести поражения CIN, что возможно после гистологического исследования материала, полученного при широкой циркулярной биопсии ШМ. Критерием адекватно проведенного лечения служит отсутствие опухоли по краю резекции, где важным моментом является правильная оценка состояния линии резекции или глубина деструкции, которую объективно установить нельзя, что и закрепляет преимущество за эксцизионными методами лечения.

В этой связи целью нашего исследования явился ретроспективный анализ состояния репродуктивной функции после применения инвазивных методов лечения CIN I-III у 234 больных в пяти группах (таблица 1).

Выбор методики зависел от длительности заболевания, степени и обширности поражения эпителия. Критерием служили дополнительные методы обследования

Таблица 1. Методы лечения в зависимости от степени CIN

Группы	Хирургические методы лечения ШМ	Степень CIN			
		CIN I	CIN II	CIN III	Всего:
I	Лазервапоризация	37	41	0	78 (33,3%)
II	Криодеструкция	19	28	0	47 (20,2%)
III	Высокочастотная радиоволновая эксцизия (3,8-4,0 МГц)	0	39	13	52 (22,2%)
IV	Электроконизация	0	16	15	31 (13,2%)
V	Ножевая конизация	0	5	21	26 (11,1%)
Всего больных:		56	129	49	234 (100%)

При CIN I и CIN II при выборе деструктивных методов лечения проводилась предварительная биопсия ШМ

Таблица 2. Осложнения беременности и родов после инвазивных методов лечения CIN (n = 75)

Осложнения	Методы лечения				Всего (%)
	Аблятивные методы	Электроконизация	Ножевая конизация	Высокочастотная радиоволновая (3,8-4,0 МГц) конизация	
Нормальная беременность и роды	16 (43,2%)	8 (21,6%)	3 (8,1%)	10 (27,1%)	37 (100%)
Угроза выкидыша на ранних сроках	4 (18,2%)	8 (36,4%)	7 (31,8%)	3 (13,6%)	22 (100%)
Угроза преждевременных родов	1 (11,1%)	4 (44,4%)	4 (44,5%)	0	9 (100%)
Преждевременные роды в 30-37 нед.	0	3 (42,8%)	3 (42,8%)	1 (14,4%)	7 (100%)
Всего осложнений	5 (13,2%)	15 (39,5%)	14 (36,8%)	4 (10,5%)	38 (100%)

ния: кольпоскопия, биопсия ШМ перед деструктивными методами воздействия. Необходимо отметить, что при лечении CIN III, в наших наблюдениях, выявленных у 49 (20,9%) больных, мы исходили из онкологического принципа резекции не менее $\frac{2}{3}$ цервикального канала после его выскабливания, что являлось как лечебной, так и диагностической манипуляцией, позволяющей получить материал для полноценного гистологического исследования. Это достигалось с помощью ножевой конизации шейки матки – 21 (42,9%); электроконизации ШМ – 15 (30,6%) или высокочастотной радиоволновой эксци-

зии (3,8-4,0 МГц) ШМ – 13 (26,5%). При CIN II 129 (55,2%) больных, зона резекции была несколько меньше, а диагноз устанавливался на основании гистологического исследования материала, полученного при циркулярной петлевой биопсии до выполнения криодеструкции – 28 (21,7%) и лазервапоризации – 41 (31,8%). Радиоволновая эксцизия ШМ – 39 (30,2%), ножевая конизация – 5 (3,9%) и электроконизация ШМ – 16 (12,4%) служили как лечебной, так и диагностической целям.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Нами прослежена репродуктивная функция. У 187 (79,9%)

пациенток менструальный цикл не изменился. Только 47 женщин после лечения отметили альгодисменорею, которая, вероятнее всего, связана с частичным стенозом цервикального канала. Беременность в течение первых 2-х лет наступила у 86 (36,7%) больных и закончилась родами – у 75 (86%), медицинским абортом – у 4 (4,6%), самопроизвольным выкидышем – у 3 (3,4%), внематочной беременностью – у 1 (1,2%), неразвивающейся беременностью – у 3 (3,4%). Частота осложнений во время беременности составила 38 (44,2%) (таблица 2). Анализ осложнений беременности показал, что их

частота чаще коррелировала с уровнем резекции тканей ШМ. Чаще осложнения наблюдались при максимальном объеме, например при резекции не менее $\frac{2}{3}$ ШМ – 23 (60,5%), что выполнялось при CIN III. У больных после небольших резекций ШМ, например, после циркулярной высокочастотной радиоволновой (3,8-4,0 МГц) конизации ШМ число осложнений достоверно ниже – 6 (15,8%, $p < 0,05$). По данным таблицы 2, мы видим, что лучшими методами, оцененными по числу осложнений беременностей, являлись крио- или лазеродеструкция – 3 (7,9%) и высокочастотная радиоволновая (3,8-4,0 МГц) резекция ШМ – 2(5,3%). При этом существенным недостатком аблятивных методов является невозможность провести морфологическую оценку края опухоли, что проводилось при высокочастотной радиоволновой резекции.

Основной проблемой ведения беременности после применения инвазивных методов лечения предрака шейки матки являлась угроза невынашивания и недонашивания, что встречалось у 38 (44,2%) больных. По мере убывания частота этих состояний наблюдалась у женщин, перенесших электроконизацию, – 15 (39,5%); ножевую конизацию – 14 (36,8%); высокочастотную радиоволновую (3,8-4,0 МГц) эксцизию – 4 (10,5%); крио- или лазеродеструкцию – 5 (13,2%). При своевременном и адекватном лечении угрозы выкидыша беременность удавалось сохранить.

В 3-х случаях наложены швы на ШМ в связи с диагностированной истмико-цервикальной недостаточностью. Беременность и роды не оказывали отрицательного влияния на результаты лечения CIN, так как за наблюдаемый период 3 и более лет рецидивов не возникло.

ОБСУЖДЕНИЕ

Высокое число осложнений во время беременности после электроконизации ШМ, а также значительная глубина электротермического повреждения за счет сильного нагревания активного электрода делает этот метод менее перспективным как с целью сохранить фертильность у нерожавших женщин, так и с целью установления точной границы резекции, что затруднительно из-за большой зоны термического ожога. Очевидное преимущество ножевой конизации ШМ с точки зрения сохранности четкого края резекции для исследования почти полностью нивелирует при оценке осложнений во время беременности. В последние годы высокочастотная радиоволновая (3,8-4,0 МГц) эксцизия большой петлей (loop) или конусовидным электродом становится преимущественным методом выбора лечения ШМ. В отличие от электрокоагуляции, радиоволновой режущий электрод не создает электрического сопротивления и, как следствие, не нагревается. Необходимое сопротивление оказывают собственно ткани пациента. Электрическое сопротивление про-

хождению радиоволн через ткань порождает тепло внутри клетки, что приводит к закипанию внутриклеточных жидкостей, парообразованию и последующему испарению. Пар, образующийся в результате переноса энергии, увеличивает внутриклеточное давление изнутри (взрыв). Этот феномен известен под названием внутриклеточного парообразования. Высокочастотные радиоволны не нагревают излучающий их электрод, но предельно точно доставляют энергию в место разреза. Такой разрез осуществляется радиоволнами высокой частоты диапазонов (AM/FM) с выходной частотой 3,8-4,0 МГц, и практически не меняет анатомию границы резекции, при этом метод зарекомендовал себя как более благоприятный для исходов дальнейшей беременности.

Криотерапия и лазервапоризация имели наименьшее число осложнений во время беременности, но их ограниченные возможности по оценке края деструкции позволяет применять их только при начальных повреждениях ШМ (CIN I-II) и отсутствии поражения цервикального канала. Таким образом, в связи с высокой частотой угрозы невынашивания беременности у пациенток после инвазивных методов лечения ШМ, беременные должны находиться под строгим динамическим наблюдением, с проведением своевременных и адекватных лечебных мероприятий, принятых в акушерской практике. 

Литература

1. Козаченко В.П. // Совр. онкол. Т. 2. № 2. С. 40-44. Вишневский А.С., Сафронникова Н.Р. // Практическая онкология. 2002. Т.3. № 3. С. 166-172. Иглесиас-Кортит Л., Иглесиас-Гью Дж. Репродуктивное здоровье: Пер. с англ. М. 1998.
2. Прилепская В.Н., Роговская С.И., Межевитинова Е.А. Кольпоскопия: Практическое руководство. // М. Медицинское информационное агентство. 2001.
3. Сельков С.А., Веденева Г.Н., Урманчева А.Ф. и др. // Журн. акушерства и женских болезней. 2000. Вып. 1. Т. XLIX. С. 15-18.
4. Минкина Г.Н., Манухин И.Б., Франк Г.А. Предрак шейки матки. Аэрограф-медиа. М. 2001.
5. Подистов Ю.И. Эпителиальные дисплазии шейки матки (диагностика, лечение). Диссертация на соискание звания доктора мед. наук. М., 2005, стр. 87-119.
6. Iwanari O., Moriyama M., Miyako J. et al. Studies on pregnancy after CO2 laser conization for cervical intraepithelial neoplasia // Nippon Gan. Chiryō. Gakkai Shi. 1989. Vol. 24. № 10. P. 2375-2380.
7. Kasum M., Kuvacic I. Pregnancy outcome after conization // Jugosl. Ginekol. Perinatol. 1991. Vol. 31. № 1-2. P. 31-34. Bosch F.X., Lorincz A., Munoz N. et al. // J. of Clin. Pathol. 2002. Vol. 55, № 4. P. 244-265.
8. Шипуржичкая З.И., Смородинова Л.А. и др. // Акушерство и гинекология. 1985. № 3. С. 66-69.
9. Kitchener H.C., MacLean A.B., Cordiner J.W. Treatment of cervical intraepithelial neoplasia and atypical condilomas with carbon dioxide laser vaporization // Colposc. and Gynecol. Laser Surg. 1986. Vol. 2. № 2. P. 71-76.
10. Castle P.E., Hillier S.L., Rabe L.K. et al. // Cancer. Epidemiol. Biomarkers Prev. 2001. Vol. 10. №10. P. 1021-1027.
11. Daling J. R., Madeleine M. M., Schwartz S.M. et al. // Gynecol. Oncol. 2002. Vol. 84, № 2. P. 263-270.
12. Zur Hausen H. // Nat. Rev. Cancer. 2002. Vol. 2. № 5. P. 342-50.
13. Элштейн В.Г., Вишневский В.И., Сандомирский Б.П. О воспроизводимости температурного поля, создаваемого криохирургическим аппликатором. Мед. техника. 1978. № 1. С. 14-16.