

**ЛЕГКОВ
ВЛАДИСЛА АЛЕКСАНДРОВИЧ**

**Радиохирургическое лечение доброкачественных
заболеваний шейки матки**

14.00.01 Акушерство и гинекология

АВТОРЕФЕРАТ
диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

МОСКВА

2000

Работа выполнена на кафедре акушерства и гинекологии Российского Университета дружбы народов.

Научный руководитель:

доктор медицинских наук

В.Е. Радзинский

Официальные оппоненты:

доктор медицинских наук, профессор С.Н. Буянова

доктор медицинских наук, профессор А.П. Кирющенко

Ведущая организация: Московский государственный медико-стоматологический университет

Защита диссертации состоится «18» мая 2000 года в 14 часю на заседании

Диссертационного совета К 084. 44. 01

по адресу: г. Москва, ул. Покровка, 22-а

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке **МОНИАГ**.

Автореферат разослан «_____» _____ 2000г.

Ученый секретарь

Диссертационного совета

Кандидат медицинских наук

А.А.Дурова

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ

В последние годы в структуре амбулаторной гинекологической заболеваемости заняли первое место патологические процессы шейки матки. Будучи гормонально и инфекционно детерминированными заболевания шейки матки не имеют тенденции к снижению и будут учащаться особенно у женщин фертильного возраста.

Проблеме наиболее эффективных методов лечения патологии шейки матки посвящено большое количество научных работ, как в нашей стране, так и за рубежом. Самыми распространенными являются методы, в основе которых лежит использование в качестве лечебного воздействия электро (диатермо) коагуляции, энергии квантового излучения (лазеры) и низких температур. По данным отечественных и зарубежных авторов, лечебный эффект от их использования составляет 87- 96,2 %. Каждый из методов хирургического воздействия на шейку матки имеет свои показания, противопоказания и характерные осложнения.

Наиболее радикальной и абластичной была признана электрохирургическая эксцизия шейки матки, весьма эффективная и при нулевой стадии рака шейки матки (Cr in situ). Однако этот метод чреват множественными осложнениями, трудно поддающимися лечению или вообще инкурабельными, что связано с поражающим действием электрического тока на подлежащие ткани. В отдаленном периоде встречаются синехии и заращения цервикального канала, эндометриоз шейки матки, значительное учащение травматизма при последующих родах. Менее радикальные методы лечения часто не дают возможности говорить о гарантированном лечебном эффекте на всю патологически измененную слизистую, что важно при тяжелых формах дисплазии, где подтвержденное морфологически иссечение в пределах здоровой ткани -показатель адекватности проведенного лечения.

Исходя из вышеизложенного, актуальным остается выбор оптимального метода хирургического лечения патологических состояний шейки матки, сочетающего радикальность и атравматичность. Для решения этой актуальной задачи был предложен метод радиохирургии.

Если до 1987г. в мире использовались аппараты с выходной частотой не более 1,76 МГц, то создание высокочастотных радиохирургических приборов с выходной частотой тока более 3 МГц значительно расширило возможности врача при выборе метода лечения патологических состояний шейки матки. В данных приборах эффект разреза достигается без физического мануального давления или дробления клеток тканей, при помощи тепла, выделяемого при сопротивлении, оказываемом тканями проникновению высокочастотных радиоволн.

В литературе нет единого мнения об эффективности нового метода хирургического лечения фоновых и предраковых заболеваний шейки матки радиоволновым иссечением тканей. Нет четко выработанного и удобного для применения в практическом здравоохранении алгоритма выбора радиохирургического метода лечения патологии шейки матки в зависимости от заболевания, распространения процесса, длительности его течения, возраста, инфекционных факторов.

Актуальность работы определяется:

- высокой распространенностью доброкачественных заболеваний шейки матки и риском их злокачественного перерождения;
- наличием у каждого из видов хирургического воздействия на шейку матки противопоказаний и характерных осложнений, заставляющих искать новые, щадящие методы лечения;
- отсутствием единого мнения об эффективности хирургического лечения фоновых и предраковых заболеваний шейки матки радиоволновым воздействием на ткани.

Цель исследования: повысить эффективность лечения доброкачественных заболеваний шейки матки на основании разработки и внедрения радиохирургических методов воздействия на патологический процесс.

Задачи исследования:

1. Определить структуру доброкачественных заболеваний шейки матки у женщин различных возрастных групп на основании кольпоскопической и морфологической картин патологических изменений шейки матки.
2. Разработать дифференцированный подход к радиоволновой эксцизии, конизации и пунктуре в зависимости от выявленных патологических изменений шейки матки.
3. Определить интра и послеоперационные осложнения радиохирургического воздействия и обосновать способы их профилактики.
4. Усовершенствовать технику радиохирургического лечения заболеваний шейки матки при различных патологических процессах и сочетании их различных локализаций.
5. Изучить ближайшие и отдаленные результаты различных видов радиохирургии.

Научная новизна

Впервые проведено научное исследование, обоснование и оценка результатов лечения патологических состояний шейки матки различными методами радиохирургического воздействия (конизация, эксцизия, пунктура, петлевое иссечение измененных тканей и их различные комбинации) в сопоставлении с изучением возможностей восстановления структуры и функции органа.

Практическая значимость

Работа дает возможность врачу выбрать один из хирургических методов лечения, используя преимущества радиоволнового воздействия (радикальность, атравматичность доступность) и возможность гистологического исследования всех удаленных тканей. Показана надежность метода: единичные рецидивы в течение 48 месяцев катamnестического наблюдения.

Апробация работы, внедрение результатов исследования в практику

и личный вклад автора

Научное исследование (консультативные приемы, обследование, диагностические исследования, лечение и наблюдение за больными) проводили в гинекологических отделениях МСЧ №1 АМО ЗИЛ (гл. врач А.Л.Подольцев), городской клинической б-цы № 64 (гл. врач Н.Ф. Плаунов).

Основные положения работы доложены на заседании кафедры акушерства и гинекологии РУДН (1999), межвузовской научной конференции им Н.И. Пирогова (1999), включены в программу подготовки студентов шестого курса медицинского факультета РУДН и клинических ординаторов (гинекология).

Клинико-анамнестические, УЗ исследования, лечение доброкачественных заболеваний шейки матки проведено автором самостоятельно. Все научные результаты, представленные в работе, автором получены лично.

По результатам исследования опубликованы три статьи.

Основные положения, выносимые на защиту:

1. Метод радиоволнового воздействия является высоко-эффективным способом лечения доброкачественных заболеваний шейки матки, позволяющим добиться полного эффекта в 85,8% случаев, частичного эффекта в 10,6% случаев, отсутствия кровотечений в послеоперационном периоде и надежной, полной эпителизации в среднем через месяц после операции.
2. Радиоволновой метод воздействия является лечебно-диагностическим методом, позволяющим без предварительного гистологического исследования на основании результатов кольпоскопии и цитологического исследования произвести адекватное лечение патологического очага на слизистой шейки матки. Весь удаленный препарат пригоден для морфологической оценки.
3. Радиохирургический метод позволяет иссечь патологически измененную часть слизистой без повреждения неизменной, здоровой ткани, то есть ограничить зону воздействия, претворяя в жизнь принцип экономной, органосохраняющей хирургии, не нарушая архитектоники цервикального канала, что обеспечивает удержание в нем цервикальной слизи.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Контингент и методы исследования.

Всего за период работы обследовано более 1000 женщин в возрасте от 18 до 64 лет. У 226 женщин с выявленными патологическими изменениями слизистой шейки матки проведено углубленное обследование и лечение,

включающее: общее и гинекологическое исследование, бактериоскопическое, микробиологическое исследование выделений из влагалища и цервикального канала, анализ крови на HBS антиген и антитела к ВИЧ, простую и расширенную кольпоскопию, определение объема шейки матки, цитологическое, морфологическое исследования. В отдельных случаях выполнялся клинический анализ крови и мочи, ЭКГ, рентгеноскопия грудной клетки, гемостазиограмма, биохимический анализ крови, анализ крови на группу и резус фактор. У 82 женщин произведено углубленное обследование на наличие хламидий, уреаплазм, ВПГ- II, ЦМВ и ПВЧ методом гибридизации ДНК (ПЦР).

Результаты исследования

Из 226 женщин с выявленными патологическими изменениями слизистой шейки матки у 70(30,9%) выявлены фоновые заболевания, такие как эктопия шейки матки 16(7,0%) случаев, цервицит 15(6,6%), папилломы 27(11,9%), эндометриоз 12(5,3%). В группе предраковых заболеваний выявлена грубая лейкоплакия у 149(65,9%) женщин, CIN I, II, III в 7(3,0%) случаях.

Средний возраст женщин составил - $34,4 \pm 0,25$ лет.

Относительно высокий средний возраст объясняется большим количеством женщин, поступающих для обследования в стационар с диагнозами «лейкоплакия», «атипическая зона трансформации». Большинство исследованных женщин были в детородном возрасте, что и обусловило актуальность их оздоровления и реабилитации репродуктивного здоровья.

Средний возраст пациенток с фоновой патологией ниже, чем с предраковыми заболеваниями. В отдельных возрастных группах эти различия достигали значительных величин: так, частота предраковых заболеваний превышает фоновые в возрасте от 36 до 40 лет в 5 раз. Средняя длительность течения заболевания различна в каждой группе и составляет для фоновых заболеваний $17 \pm 0,21$ месяцев, для предраковых - $48 \pm 0,28$ месяцев. Возраст и длительность течения заболевания являются факторами риска развития предраковых состояний шейки матки, как и более раннее начало половой жизни и связанный с этим возможный инфекционный фактор (хронические воспалительные заболевания придатков были у каждой второй женщины).

Обращает на себя внимание анализ ранее примененных методов лечения шейки матки. Отмечается количественное преобладание их в группе предраковых заболеваний, у этих же женщин установлена большая длительность заболевания с момента установки диагноза.

Чаще дисфункциональные маточные кровотечения, другие нарушения менструальной функции отмечались при фоновых заболеваниях, что может говорить о гормональном дисбалансе как провоцирующим факторе их развития. Об этом косвенно свидетельствует и анализ гинекологической заболеваемости: выявлена четкая тенденция увеличения количества гормонально обусловленных заболеваний в группе с фоновыми процессами.

Кольпоскопическое исследование подтвердило достоверные различия в картине фоновых и предраковых процессов. Последние в 100% случаев имели атипичную кольпоскопическую картину. При фоновых процессах

атипические изменения имелись в половине наблюдений, что, видимо, связано со значительным количеством больных папилломами в нашем исследовании.

Сочетанная патология у 119 больных (52,6%) чаще всего характеризовалась гипертрофированной шейкой матки с расширенными, редко анастомозирующими сосудами, множественными мелкими закрытыми и открытыми железами, лейкоплакией либо йоднегативными ("немыми") участками, очагами эндометриоза.

Изменения на шейке матки, связанные с ранее произведенной диатермокоагуляцией, наблюдались у 34 (15%) больных.

При кольпоскопии картина лейкоплакии наблюдалась в группе фоновых заболеваний только у 1(1,4%) пациентки, в группе предраковых заболеваний у 141(90,3%). У большинства 125(88,1 %) женщин кольпоскопическая картина лейкоплакии соответствовала «грубой» лейкоплакии, у остальных 17(11,9%) имела место «простая» лейкоплакия. Всего за период наблюдения проведено более 500 цитологических исследований. I тип цитологического мазка был более, чем у половины женщин в группе фоновых заболеваний 43(61,4%) и только у четвертой части женщин с предраковыми заболеваниями 44(28,2%).

Воспалительный тип мазка (клетки плоского эпителия с дискариозом ядер, большим количеством нейтрофилов, лейкоцитов, эритроцитов, разнообразная микрофлора) наблюдался в обратном соотношении: практически в два раза чаще в группе предраковых заболеваний (у 24(34,2%) и 59(59%) женщин соответственно).

Единичные клетки с аномалией ядер или цитоплазмы в группе с фоновыми процессами выявлены в двух случаях при цервиците и одном - при папилломе, что составило только 4,2% от общего числа женщин в данной группе. У больных с предраковыми процессами эти изменения встречались в четыре раза чаще (у 18 женщин - 11,5%).

Цитологическая картина лейкоплакии (наличие безъядерных клеток поверхностного слоя (чешуек) в «мазке») преобладала при предраковых заболеваниях- 121 случай (77,5%).

Всем больным производили гистологическое исследование удаленного материала (после конизации, эксцизии, петлевой биопсии), затем верифицировался окончательный, клинико- морфологический диагноз.

Структура фоновых заболеваний шейки матки была представлена папилломой 27(38,5%), эктопией шейки матки- 16(22,8%), цервицитом-15(21,4%), эндометриозом- 12(17,1%).

В группе предраковых заболеваний с значительным отрывом лидировала «грубая» лейкоплакия-149(95,5%), морфологически представленная пролиферацией многослойного плоского эпителия с неравномерным утолщением его, полным (кератоз) и неполным (паракератоз) ороговением, явлениями акантоза. На фоне лейкоплакии в нашем исследовании выявлены и более грубые изменения- CIN- I, CIN-II, CIN-III, в общей сложности составляющие 7(4,5%) случаев от общего количества больных в данной группе.

Выявленные нарушения микроэкологии влагалища отражались на изменении степени чистоты влагалищного содержимого (III—IV степени) и незначительно различалось в обеих группах у 31(44,2%) женщины при фоновых процессах и у 92(58,2%) при предраковых состояниях, что видимо связано с нарушением физиологических барьеров обеспечивающих инфекционную резистентность при наличии патологически измененного эпителия.

Проведенное микробиологическое исследование выявило усиленный рост условно-патогенных микроорганизмов: энтеробактерий, энтерококков, стафилококков, бактероидов, клостридий, пептострептококков, дрожжеподобных грибов рода Candida, гарднерелл в обеих группах (при фоновых заболеваниях у 27(35,8%), в группе предраковых заболеваний у 56(37,1%) обследованных женщин), что видимо связано с уменьшением содержания основных кислотопродуцентов обеспечивающих постоянно низкий уровень pH во влагалище (наличие Lactobacillus acidophilus (молочнокислых бактерий) выявлено только у 37,0% в первой и 32,1% больных во второй группе).

При обследовании на наличие хламидий, микоплазм, уреаплазм, ВПГ-II и ЦМВ, заболевания передающиеся половым путем (ЗППП) выявлены у 11(40,7%) и 24 (42,8%) женщин в первой и второй группе соответственно. Этим можно объяснить и частое диагностирование у больных III—IV степени чистоты влагалища (у 123(54,4%) обследованных). Сочетание хламидийных цервицитов, папилломовирусного поражения и эктопии шейки матки наблюдалось у трети обследованных в группе фоновых заболеваний.

В своей работе мы пользовались определением объема шейки матки. Установлено, что у женщин с неизменной шейки матки ее объем составляет в среднем от 30 до 40 см. При объеме более 40 см шейку матки расценивали как гипертрофированную.

При фоновых процессах неизменный объем шейки матки выявлен у 56(80 %) женщин, тогда как при предраковых состояниях только чуть более половины женщин 87(55,7%) имели нормальный объем шейки матки. При длительно существующих патологических изменениях шейка матки за счет развития хронического воспаления гипертрофируется, уплотняется, приобретает бочкообразную форму, так в группе предраковых заболеваний гипертрофия шейки матки встречается у 69(44,2%) больных. У женщин с гипертрофией шейки матки отмечен более высокий средний возраст, травматизм в родах, длительность заболевания, использование в прошлом различных методов лечения шейки матки.

В своей работе мы использовали прибор "Surgitron™", представляющий собой высокочастотный радиохирургический прибор с выходной частотой тока 3.8 МГц, электроды-инструменты, в частности, конизатор и петли различных форм и размеров.

Использовались стандартные режимы работы - фильтрованная волна, полностью выпрямленная и частично выпрямленная волна. Режимы подбирались в зависимости от цели: «чистый» разрез (90% - разрез и 10% -коагуляция), одновременные разрез и коагуляция (50% и 50%) и гемостаз (90% коагуляция), и соответствовали предложенной фирмой изготовителем рекомендациям.

Наличие большого выбора аксессуаров к прибору «Surgitron™», позволило производить любые операции на шейке матки.

Для лечения больных с различными патологическими состояниями шейки матки нами были использованы поверхностное радиоволновое воздействие, конизация, эксцизия шейки матки, петлевая биопсия шейки матки, либо

сочетание перечисленных методов.

Выбор объема и метода радиохирургического воздействия определяли, исходя из следующих соображений: кольпоскопические тесты и цитограммы далеко не всегда имели абсолютную корреляцию с морфологической картиной процесса (при одинаковых кольпоскопических и цитологических картинах морфологические заключения у обследованных больных были различными - от воспалительных изменений до дисплазии). Объединенные данные свидетельствуют о том, что кольпоскопические критерии в виде белого пятна, пунктации и мозаики не являются специфическими только для лейкоплакии: так же может выглядеть дисплазия и даже преинвазивный рак и, очевидно, нельзя только кольпоскопически верифицировать диагноз.

В соответствии с возможностями радиоволнового метода нами был выработан несколько иной подход к диагностике и лечению, основанный на том, что радиохирургическое воздействие (в отличие от всех существующих методов лечения, кроме традиционной хирургии) позволяет весь удаленный материал подвергать гистологическому исследованию.

Поэтому, имея кольпоскопическое и цитологическое заключение при выборе метода и объема радиохирургического воздействия, мы больше ориентировались на площадь поражения и возможность радикального иссечения патологического очага в пределах здоровой ткани.

Глубина воздействия выбиралась индивидуально в зависимости от площади поражения и степени цитологических изменений. Чем грубее поражение и выраженнее цитологические изменения, тем больше был объем иссекаемой ткани. Лейкоплакия может иметь различное гистологическое строение на разных участках (в одном очаге повреждения акантоз может сочетаться с атипическим эпителием), и биопсия небольшого участка патологического очага могла бы быть не информативной. Учитывая, что только последующее морфологическое заключение позволяет зафиксировать радикальность операции, при обнаружении лейкоплакии мы удаляли все патологически измененные ткани.

При выявлении кольпоскопических изменений многослойного плоского эпителия с большой площадью повреждения производилась лечебно-диагностическая конизация и (или) эксцизия (иногда в сочетании с петлевым иссечением), что способствовало радикализму в диагностике (серийные исследования всех удаленных тканей) и лечении.

Радиоволновая эксцизия и конизация (удаление «конуса» или удалении части шейки матки) проводилась, как правило, по двум показаниям кольпоскопическая картина лейкоплакии шейки матки, ацетобелого эпителия, пунктации и мозаики, йоднегативной зоны сомнительная кольпоскопическая картина, либо при неблагоприятных результатах цитологического исследования (III тип мазка даже при «спокойной» кольпоскопической картине). При выборе метода воздействия (эксцизию или конизацию проводить у данной больной) имел значение принцип экономной хирургии. При возможности удаления определенных кольпоскопически всех измененных тканей методом эксцизии, предпочтение отдавалось последней, учитывая ее меньшее повреждающее действие. При определении показаний к методу воздействия, учитывалась также площадь поражения, выраженность цитологических и кольпоскопических изменений, возраст, наличие беременностей и родов, сочетание заболевания шейки матки с маточной или трубной патологией, социальный статус (так как обязательно последующее наблюдение и осознание этой необходимости пациенткой), наличие проведенных ранее методов лечения патологических изменений шейки матки.

В своей работе метод поверхностного радиоволнового воздействия мы использовали только в случае не вызывающей сомнений кольпоскопической картиной и цитологически подтвержденной эктопии шейки матки у молодых, нерожавших женщин (в данном случае нет необходимости в материале для морфологического исследования), либо как дополнение к другим методам радиовоздействия.

Выбор метода обезболивания зависел от степени выраженности патологических изменений на шейке матки и объема оперативного воздействия. Большинство операций проводилось под местной анестезией, для чего использовался 0,5 % р-р новокаина, либо другой анестетик. Обезболивание достигалось введением анестетика парацервикально, либо инфильтративно в области предполагаемого воздействия. В случаях предполагаемого большего объема операции применялась внутривенная анестезия.

В зависимости от предполагаемого объема и метода обезболивания выбирались условия проведения операции: возможно амбулаторное либо стационарное лечение.

Операция проводилась специальной, оригинальной петлей в режиме резания, позволяющей получать материал для морфологического исследования в виде клина с вершиной, направленной в глубину шейки матки, с захватом здоровой ткани по периферии поражения.

В асептических условиях шейка матки обнажалась в зеркалах, в зависимости от характера поражения пулевые щипцы накладывались на переднюю, либо заднюю губу шейки матки. После активации прибора легким, плавным движением производилась конизация либо эксцизия шейки матки.

Шариковые электроды при данном методе использовались для коагуляции кровоточащих сосудов, либо в случае необходимости, для дополнительной поверхностной обработки измененных участков слизистой, не вошедших в зону воздействия конизатора. Аналогично производили расширенную биопсию шейки матки, выполняя ее путем иссечения тканей петлями в виде дуг различного диаметра. Поверхностное прижигание осуществляли в режиме частично выпрямленного тока, шариковой насадкой, круговыми движениями от центра патологического очага к периферии.

Мы предложили модификацию некоторых этапов радиоволновой лечебно-диагностической операции, заключающуюся в сочетании части или всех перечисленных методов воздействия при большой площади повреждения слизистой на гипертрофированной шейке матки.

Оптимальной при подобных манипуляциях мы считаем следующую последовательность действий:

1. После наложения пулевых щипцов на шейку матки производится максимально возможная конизация.
2. Шариковым электродом, точечным воздействием (не повреждая неизмененные ткани) коагулируются сосуды в возникшем «кратере» раны.
3. При изменениях на слизистой шейки матки, распространяющихся за пределы зоны воздействия конизатора, производится петлевое их иссечение.

Исследование удаленных тканей в лаборатории патоморфологии выявили, что толщина зоны некроза после воздействия радиоволной составила всего 0,05 мм и не препятствовала гистологическому исследованию всей удаленной ткани. При использовании радионोजа общая структура ткани была сохранена - имелись лишь единичные, плохо воспринимающие окраску клетки с зернистой цитоплазмой. Принципиальным является получение практически неповрежденной ткани, подлежащей, в отличие от каутеризированной, любым морфологическим исследованиям.

При использовании метода радиохирургии во время операции отмечены следующие положительные моменты:

- не образуется черный струп, так как не происходит обугливания тканей;
- нет обильного раневого отделяемого;
- нет необходимости в дополнительной обработке шейки матки препаратами для улучшения гемостаза.

В послеоперационном периоде заживление проходило под пленкой, которая отторгается на 8-14 сутки, что сопровождалось незначительными кровянистыми, либо сукровичными выделениями. Кровотечений при отторжении струпа не наблюдалось.

Эпителизация под фибриновой пленкой начиналась через 4-5 дней и завершалась через 4 недели.

Эффективность операции оценивали по следующим критериям:

1. Полный эффект - неизменный многослойный плоский эпителий на всем протяжении влажной порции шейки матки, неизменная зона перехода, нет рецидива, цилиндрическая форма и округлый наружный зев. Полный эффект зафиксирован у 200 женщин - 87,1%. При фоновых процессах: эктопия шейки матки 16(100%) случаев, цервицит 14(93,3%), папилломы 24(88,8%), эндометриоз 5(41,6%) в группе предраковых заболеваний: грубая лейкоплакия 132(88,5%) женщин, CIN I, II, III в 6(85,7%) случаях.
2. Частичный - неизменный многослойный плоский эпителий на всем протяжении влажной порции шейки матки, кроме участка слизистой, покрытой цилиндрическим эпителием, величиной более 5 мм вокруг наружного зева либо рецидив заболевания шейки матки через 12 месяцев и более. Частичный эффект зафиксирован у 24 женщин - 10,6%.

При фоновых процессах: цервицит 1(6,6%), папилломы 3(4,1%), эндометриоз 5(41,6%) в группе предраковых заболеваний: грубая лейкоплакия 14(9,3%) женщин, CIN I, II, III в 1(14,2%) случаях.

- Без эффекта - рецидив заболевания шейки матки ранее 12 месяцев после проведенного лечения зафиксирован у 5 женщин - 2,21%. При фоновых процессах: эндометриоз 2(16,6%) в группе предраковых заболеваний: грубая лейкоплакия 3(2,0%) женщин.

Абсолютным противопоказанием к радиоволновому лечению является наличие кардиостимулятора, в работе которого могут возникнуть нарушения.

Следует так же иметь в виду, что операция у пациентки, которая проходит терапию аспиринотерапией или антикоагулянтами, может сопровождаться повышенной кровоточивостью, тем самым, вынуждая хирурга использовать более сильную коагуляцию. У диабетиков, пожилых пациенток заживление может быть медленным и более поздним. В этих случаях необходимо лечение основного соматического заболевания и тщательное наблюдение за больной в послеоперационном периоде.

Наблюдались следующие осложнения:

1. интраоперационное кровотечение из сосудов шейки матки, потребовавшее дополнительного наложения швов в одном случае.
2. Повышенная кровоточивость в послеоперационном периоде, не потребовавшая дополнительного гемостаза в трех случаях.
3. избыточное рубцевание в пяти случаях.
4. непредусмотренный разрез боковой стенки влагалища, вызванный сломанной дугой электрода - в одном случае.

При подготовке к операции использовались результаты углубленного обследования, проводилось лечение выявленных ЗППП. Учитывая значительную частоту диагностирования у больных III—IV степени чистоты влагалища (у 123(54,4%) обследованных) и уменьшение содержания молочнокислых бактерий (выявлено только у 37,0% в группе фоновых и у 32,1% больных в группе предраковых заболеваний), применялась весьма эффективная санация полового тракта Гиналгином (Pofa, вагинальные таблетки) - средства, не угнетающего роста лактофлоры. В послеоперационном периоде для восстановления нормального микробиоценоза влагалища дополнительного лечения не требовалось.

После проведенного лечения шейки матки наблюдалось улучшение состава влагалищной флоры, что характеризовалось появлением лактобактерий или увеличением их числа при достоверном снижении патогенных условно патогенных инфектов наличие *Lactobacillus acidophilus* (молочнокислых бактерий) выявлено у 27(100%) обследованных больных при фоновых заболеваниях и у 45(80,3%) женщин в группе предраковых заболеваний.

При бактериоскопическом исследовании через 12 месяцев после операции I—II степень чистоты влагалища в

группе фоновых заболеваний из 26 обследованных была у 24 женщин что составляет 92,3%, III степень чистоты выявлена у 2 женщин (7,6%), в группе предраковых заболеваний I-II степень чистоты влагалища из 54 обследованных была у 48 женщин что составляет 88,8%, III степень чистоты выявлена у 6 женщин (11,1%).

Результативность лечения практически не зависела от метода радиоволнового воздействия.

Ближайшие результаты лечения: отсутствие кровотечений- 100%, неполная эпителизация - 14 дней, полная эпителизация — 28 — 35 дней. Ближайшие (в течение 2 менструальных циклов) результаты, оцениваемые в динамике, показали достижение ожидаемого эффекта: ни в одном случае не было грубых ожоговых струпов, заживление происходило под фибриновой пленкой, отторгавшейся во время первой после операции менструации.

Через 7 суток во всех исследуемых случаях были обнаружены четкие признаки организации участка повреждения. Спустя 7-10 дней после менструации можно констатировать эпителизацию шейки матки даже после экцизии гипертрофированной, рубцово-измененной шейки матки.

Отдаленные результаты: эктопия цилиндрического эпителия - 2 случая, отсутствие воспаления и реинфекций - 100%, благоприятные результаты цитологических исследований спустя 6- 48 месяцев -86 %.

Применение радионोजа оказывает незначительное повреждающее действие на ткани, что является благоприятным фактором для заживления и регенерации тканей, а главное - создает условия для удерживания цервикальной слизи при сохраненном и хорошо выраженном симптоме «зрачка» у 222(98,2%) обследованных женщин.

Необходимо отметить, что патологические изменения шейки матки часто локализуются в области стыка цилиндрического и многослойного плоского эпителиев (у 90% больных рак развивается в зоне трансформации и нередко ему предшествует лейкоплакия), поэтому мы считаем необходимым удаление всей зоны трансформации. Радиоволновая миниконизация является эффективным методом терапии - она позволяет удалить область зоны трансформации, дает возможность гистологически исследовать удаленную ткань и может выполняться под местной анестезией.

При выявлении больных с кольпоскопическими картинками ацето-белого эпителия, пунктации, мозаики, лейкоплакии (тонкой и грубой), «немой» иоднегативной зоны, атипических сосудов, либо патологическом изменении в цитологическом мазке без морфологической верификации проводить лечение нецелесообразно.

Радиоволновой метод, нивелирующий недостатки электрохирургического метода, сохранив присущий ему радикализм в силу практически неограниченной глубины воздействия и оставляя в неизменном виде все удаленные ткани, должен стать методом выбора для морфологической диагностики и лечения выявленной патологии.

Операция проходит очень быстро в амбулаторных условиях, не приводит к образованию грубого струпа, сокращает вдвое сроки эпителизации, сохраняет, благодаря форме конизатора, архитектуру шейки матки, осложнения минимальны, для подтверждения диагноза забирается хороший препарат, уменьшается потребность в обезболивающих препаратах, сокращается время послеоперационного восстановления.

Радиоволновой метод лечения патологических изменений шейки матки позволяет:

- исключить термическую травму тканей и подвергнуть весь биопат гистологическому исследованию.
- иссечь патологически измененную часть слизистой без повреждения неизменной, здоровой ткани, т.е. ограничить зону воздействия, претворяя в жизнь принцип экономной, органосохраняющей хирургии.
- не нарушая архитектоники цервикального канала, обеспечить удержание в ней цервикальной слизи, сохраняя тем самым ее барьерную функцию.
- подвергнуть одномоментному иссечению патологические очаги различных локализаций (эндо, экзоцервикс, влагалище).
- отказаться от прицельной ножевой биопсии при лейкоплакии для оценки характера патологического процесса, удалить все измененные участки слизистой.

В ходе работы были определены основные способы и области применения прибора для лечения доброкачественных заболеваний шейки матки.

1. Поверхностное радиоволновое воздействие
2. Цервикальные конизации и экцизии
3. Петлевое иссечение измененной слизистой ШМ
4. Цервикальные биопсии, разрезы
5. Коагуляция кровоточащих сосудов

ВЫВОДЫ

1. Структура доброкачественных заболеваний шейки матки продолжает оставаться стабильной и представлена цервицитом (6,6%), эктопией слизистой шейки матки (7%), папилломой (11%), эндометриозом (5,3%), лейкоплакией (65%), CIN I,II,III (4,3%). Средняя длительность течения заболевания различна в каждой группе и составляет для фоновых заболеваний $17\pm 0,21$ месяцев, для предраковых- $48\pm 0,28$ месяцев.
2. Дифференцированный подход к методу радиоволнового воздействия на патологический очаг предусматривает оценку площади и глубины последнего, кольпоскопическую характеристику его. Основным отличием метода является отсутствие необходимости в предварительном гистологическом исследовании, поскольку весь удаленный

препарат пригоден для морфологической оценки.

3. Метод радиоволнового воздействия является эффективным, радикальным способом лечения, отличающимся от традиционных электрохирургических способов отсутствием термического компонента и вызываемого им повреждения. Это сокращает сроки заживления и предотвращает развитие воспалительных изменений в тканях.

4. Показана высокая эффективность предложенного сочетанного применения петлевого, пунктурного и конизационного способов воздействия при множественных очагах лейкоплакии.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

При выявлении больных с кольпоскопическими картинами ацето-белого эпителия, пунктации, мозаики, лейкоплакии (тонкой и толстой), «немой» иоднегативной зоны, атипических сосудов, либо патологическими изменениями в цитологическом мазке мы рекомендуем метод радиохирургии для морфологической диагностики и лечения выявленной патологии.

Операция проводится под парацервикальной, или инфильтративной (в область предполагаемого воздействия) местной новокаиновой анестезией. При заранее предполагаемом большом объеме воздействия желательно применять внутривенную анестезию.

В асептических условиях шейка матки обнажается в зеркалах, в зависимости от характера поражения пулевые щипцы накладываются на переднюю либо заднюю губу шейки матки. После активации прибора легким плавным движением производится конизация либо эксцизия шейки матки в режиме резания, в границах здоровой ткани по периферии поражения.

Шариковым электродом коагулируются кровоточащие сосуды, в случае необходимости дополнительно проводится поверхностная обработка измененных участков слизистой, не вошедших в зону воздействия конизатора.

Аналогично производится расширенная биопсия шейки матки петлями различного диаметра. При диагностировании лейкоплакии отпадает необходимость в прицельной ножевой биопсии для оценки характера патологического процесса, что позволяет у значительной части пациенток удалить все измененные участки слизистой.

Поверхностное прижигание осуществляется в режиме частично выпрямленного тока шариковой насадкой круговыми движениями от центра патологического очага к периферии. В данном случае фиксация шейки матки не требуется.

Все иссеченные ткани отправляются на исследование в лабораторию патоморфологии.

Список работ опубликованных по теме диссертации

1. Роль и место радиохирургического лечения шейки матки у женщин с воспалительными заболеваниями гениталий //Материалы научно - практической конференции и сборов акушеров - гинекологов Московского гарнизона. Москва, 1998. - С. 24-25
2. Эффективность радиохирургического лечения доброкачественных заболеваний шейки матки //Материалы научно - практической конференции и сборов акушеров - гинекологов Московского гарнизона. Москва, 1998. - С. 26-27
3. Опыт применения радиохирургии в лечении доброкачественных заболеваний шейки матки //Материалы республиканской научно практической конференции врачей МВД России, Москва, 1998. -С. 27-28