

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ФОНОВЫХ И ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ШЕЙКИ МАТКИ

Г.С. БАБАДЖАНОВА, В.У. АЛИМОВА, Д.А. АЮПОВА

Ташкентская Медицинская Академия, Республика Узбекистан, г. Ташкент

БАЧАДОН БЎЙНИ ФОН ВА ЯХШИ СИФАТЛИ КАСАЛЛИКЛАРИНИНГ ЖАРРОХЛИК ДАВОСИ

Г.С. БАБАДЖАНОВА, В.У. АЛИМОВА, Д.А. АЮПОВА

Тошкент Тиббиёт Академияси, Ўзбекистон Республикаси, Тошкент

SURGICAL TREATMENT OF BINIGN DISEASES OF THE CERVIX UTERI

G.S. BABADJANOVA, V.U. ALIMOVA, D.A. AYUPOVA

Tashkent Medical Academy, Republic of Uzbekistan, Tashkent

Заболевания шейки матки продолжают оставаться актуальной проблемой гинекологии и наиболее часто встречающейся патологией женской половой сферы, которая является наиболее трансформирующимся биологическим объектом. Как показали исследования гинекологов, гигиенистов и других специалистов, организм женщины тонко реагирует на неблагоприятные факторы окружающей среды возникновением целого ряда адаптационных реакций, которые в дальнейшем могут переходить в патоморфологическое состояние.

Согласно современной международной кольпоскопической номенклатуре, принятой в 1990 г. на 7-м Международном конгрессе, неосложненную эктопию (наблюдается у подростков и женщин раннего репродуктивного возраста) относят к нормальной кольпоскопической картине. В группу предрака включены очаговые одиночные или множественные пролифераты с явлениями атипии клеток (дисплазия, лейкоплакия с атипией клеточных элементов, аденоматоз). Предраковые изменения обычно возникают при наличии фоновых процессов, но иногда развиваются и на неизменной шейке.

Эктопия (псевдоэрозия) – перемещение наружу цилиндрического эпителия, бывает дисгормонального и посттравматического происхождения. Кольпоскопический вокруг наружного зева определяется ярко – розовая зона с мелкой зернистой поверхностью. После обработки 3% уксусной кислотой цилиндрический эпителий имеет вид папиллярных разрастаний в виде виноградных гроздьев. Гистологически напоминает папиллярную эрозию. Уже давно было отмечено довольно частое сочетание эктопии шейки матки с миомой тела матки, эндометриозом, гиперплазией стромы яичников, беременностью. Эктопия наблюдается у больных с аднекситом, кольпитом, эндометритом, при которых нередко происходит нарушение эндокринной функции яичников. Эктопия, диагно-

стированная у беременных, как правило, самопроизвольно исчезает после родов, когда изменения, связанные с гестационным процессом, подвергаются обратному развитию. Это свидетельствует о том, что эктопия шейки матки возникает и развивается в условиях нарушения содержания и баланса половых гормонов.

Доброкачественную зону трансформации делят на незаконченную и законченную. При незаконченной зоне, или пролиферирующем эндоцервикозе, цилиндрический эпителий по периферии частично замещен многослойным плоским. В этой зоне видны устья функционирующих желез: гистологически могут определяться элементы железистой и папиллярной эрозии. При доброкачественной законченной зоне трансформации или заживающем эндоцервикозе на фоне многослойного плоского эпителия видны набитивы кисты и отдельные функционирующие железы. Гистологически определяется фолликулярная и железистая эрозия.

Эктропион шейки матки. При наличии обширного участка цилиндрического эпителия в области эктоцервикса наблюдается чрезмерная секреция слизи. Пациентка обычно обращается с жалобами на выделения из влагалища. При этом шейка матки имеет характерный вид, данное состояние имеют термином « эктропион шейки матки» или несоответствующим сути процесса термином « эрозия шейки матки». Использование последнего термина лучше избегать, так как он и скажет представления о состоянии, которое является, по сути, нормальным явлениям. Для эктропиона характерны обильные негнойные выделения из влагалища, что связано с большой поверхностью цилиндрического эпителия, содержащего железы, секретирующие слизь. При эктропионе шейки матки также может наблюдаться кровотечение после полового сношения. Так как мелкие кровеносные сосуды в цилиндрическом эпителии легко травмируются.

Наиболее частыми причинами возникновения доброкачественных патологических процессов являются родовая или связанная с абортом травма (разрыв и выворот шейки матки), после вставления ВМС, инфицирования, реже - гормональные расстройства. Цервикальные интерэпителиальные неоплазии (CIN) остаются серьезной проблемой в отношении правильной диагностики и выбора лечения в послеродовом периоде. Многочисленные исследования подтверждают значимость нормальной анатомо-физиологической целостности шейки матки в осуществлении репродуктивной функции женщины и определяющую роль ее травмы (при нормальных, осложненных родах, абортах, после хирургических манипуляций) в формировании фоновых, предраковых заболеваний и рака шейки матки. Отдельные авторы указывают на преобладание тех или иных патогенетических факторов в развитии патологии шейки матки в репродуктивных возрастах женского населения и у 49% гинекологических пациенток (Н.Э. Атаханова, 1990).

Неизменно актуальной проблемой практической гинекологии попрежнему остается задача эффективного лечения и реабилитации больных с патологией шейки матки с целью восстановления нормальных морфофункциональных взаимоотношений тканей шейки матки, ее барьерной функции, предупреждения восходящего инфицирования гениталий, возникновения рака данной локализации, а также в связи с тяжестью вызываемых сопутствующей патологией нарушений репродуктивного здоровья женщины [6, 7, 12, 23]. По современным представлениям [20] в происхождении рака шейки матки большую роль играют генетические и модификационные факторы. Последние могут быть охарактеризованы как факторы внутренней среды (эндогенные) и внешней среды (экзогенные). К эндогенным факторам относятся гормональные нарушения, возраст, трофические нарушения. Влияния только эндогенных факторов на эпителий шейки матки недостаточно для возникновения опухолевого процесса. Кофакторами в развитии заболевания шейки матки могут служить нарушения клеточно-опосредованного и гуморального иммунитета, инфекции, передаваемые половым путем (ИППП), неблагоприятные особенности социально-экономического статуса, репродуктивного и контрацептивного анамнеза, раннее начало половой жизни (с 14 лет), ранняя (до 18 лет) беременность, два и более спонтанных аборта, раннее менархе, заболевания партнеров, курение и др. (L.A.Brinton и соавт., 1987; R. Неггегго и соавт., 1990).

В данной работе представлены хирургические методы лечения больных с доброкачественными заболеваниями шейки матки - с осложненной эктопией в сочетании с хроническим цервицитом, приобретенным эктропионом, эндометриозом, простой лейкоплакией [4] и нарушением ее архитектоники - рубцовой деформацией шейки матки разной степени выраженности, в том числе с грубыми рубцовыми изменениями вследствие травматичных родов, абортов и др. манипуляций.

Традиционно все методы лечения патологии ШМ подразделяют на консервативные - медикаментозное лечение антибактериальными препаратами, прижигающими или коагулирующими средствами, веществами, улучшающими регенерацию, и хирургические - диатермоэлектрокоагуляция, криодеструкция, лазерная деструкция, радиохирugia, пластика шейки матки по Эммету, Штурмдорфу [12, 15]. Каждый из хирургических методов имеет свои достоинства и недостатки, показания и противопоказания, разную эффективность и распространение в клинической практике.

Хирургические методы лечения

Общими принципами лечения патологии шейки матки являются:

- 1) устранение тех изменений в организме, которые способствуют их возникновению и поддержанию длительного течения;
- 2) профилактика перехода в более выраженный патологический процесс;
- 3) отказ от агрессивного подхода в выборе методов терапии и использование у женщин молодого возраста (по возможности) органосохраняющих и щадящих вмешательств;
- 4) необходимость тщательного соблюдения принципа онконастороженности при определении длительности лечения (продолжительность консервативных воздействий не должна превышать более 2-4 нед);
- 5) ликвидация патологического очага на шейке матки;
- 6) надежность обеспечения излечения.

Распространенным методом лечения доброкачественных заболеваний шейки матки являлась **диатермоэлектрокоагуляция (ДЭК)**, которая широко применялась во всем мире для лечения больных с фоновыми заболеваниями. Она позволила оздоровить многих женщин. Однако данными отечественных ученых [2] было еще раз подтверждено, что при ДЭК излечиваются только патологические процессы, локализующиеся в поверхностных слоях многослойного плоского эпителия. При этом отсутствует возможность полноценного гистологического контроля. В результате несвоевременно может быть распо-

знан преинвазивный и микроинвазивный рак шейки матки.

Изучение отдаленных результатов лечения показало, что после ДЭК шейки матки возникает ряд осложнений, среди которых следует отметить появление синдрома коагулированной шейки матки, рубцовых изменений шейки матки, ретроцервикального эндометриоза. Исследования показывают, что глубокая ДЭК осложненной эктопии шейки матки оказывает повреждающее влияние на эластические соединительнотканые волокна, сосуды и нервные окончания, приводит к образованию рубцов. Появление широкого спектра осложнений после диатермохирургического лечения заболеваний шейки матки у 35,5-53,3% больных свидетельствует о низкой его эффективности и требует отказа от его применения [9]. Согласно сведениям Белорусского НИИ онкологии и медицинской радиологии (1988), 7-7,6% больных раком шейки матки ранее производилась электрокоагуляция. По данным Е.Е. Вишневецкой и Я.В. Бохмана [2], среди больных инвазивным раком шейки матки у 8% ранее производилась диатермокоагуляция якобы по поводу осложненной эктопии шейки матки, причем у 40% из них - менее чем за год до клинического проявления рака. Как правило, не применялись цитологическое исследование, кольпоскопия и прицельная биопсия. В отличие от других видов деструкции при ДЭК заживление происходит медленно. Отторжение некротизированных тканей начинается на 8-16-й день и заканчивается на 3-4-й неделе после операции. Завершение эпителизации образовавшегося дефекта ткани происходит через 1,5-3 мес, а иногда - 4мес. Процесс полного восстановления морфологии матки завершается только к 9-12 мес [23].

Частота осложнений, по данным разных авторов, колеблется от 6,2 до 47,2%. Они могут развиваться как во время операции, так и в разные сроки после нее. Главный технический изъян методики ДЭК - различная глубина коагуляции при заданной силе тока, в результате чего происходит глубокая травматизация подлежащих здоровых тканей с образованием трех зон поражения, захватывающих эпителиальный пласт (500 мкм) и строму.

Криодеструкция является одним из эффективных методов лечения доброкачественных и предопухолевых процессов в шейке матки, основанных на использовании низких температур в целях деструкции тканей. В качестве хладагента часто применяют жидкий азот или закись азота.

Очень важным преимуществом криохирургии является пластичность заживления, поскольку после криодеструкции никогда не воз-

никает рубцовых сужений и стенозов в отличие от результатов, получаемых при применении других методов воздействия [5]. Кроме того, после отторжения тканей дефект углубления на месте проведенной операции оказывается существенно меньшим, чем визуальная глубина разрушений [5]. Обильные выделения при эктропионе шейки матки могут вызвать неудобства для пациентки. Для уменьшения их интенсивности можно рекомендовать прекращения приема оральных контрацептивов, либо, в качестве альтернативы, абляцию ткани с использованием теплового зонда под местной анестезией. При данном методе терапии тепловой зонд нагревает ткани примерно до 100°C, разрушая эпителий на глубину 3-4мм. Этот метод иногда называют не совсем точно «холодной коагуляцией» для разграничения от более деструктивных методов лечения патологии шейки матки таких, как диатермокоагуляция или лазеротерапия. После проведения этой процедуры происходит регенерация эпителия с меньшим содержанием желез.

Недостатки криотерапии: 1) глубина воздействия вариабельна, а поверхность аппликатора может точно не соответствовать поверхности повреждения, что малоэффективно при обширных повреждениях; 2) отсутствие тканей для гистологического исследования; 3) укорочение шейки матки и нарушение ее анатомического строения, что делает невозможным проведение лечения при рубцовой деформации. В 2005 г. опубликована работа Ф.М. Хакимова [26], где автор предложил использовать комбинированное хирургическое лечение в три этапа при рубцовой деформации шейки матки. На первом этапе - криотерапия, на втором - конизация шейки матки, на третьем - повторная криодеструкция. Полное излечение наступило у 95,5% пациенток.

Лазерная деструкция является относительно новым видом хирургического лечения женщин с патологией шейки матки. Метод основан на использовании высокоэнергетических лазеров (углекислотный, неодимовый, рубиновый, аргонный и др.), которые позволяют резать, испарять и коагулировать биологические ткани за счет сильного поглощения ими лазерного излучения. В зависимости от методологических подходов к выполнению лазерной деструкции выделяют такие ее виды, как лазерная вапоризация и лазерная конизация. При лазерной вапоризации осуществляют испарение (абляцию) патологически измененного эктоцервикса до области наружного зева с обязательной коагуляцией нижней трети цервикального канала. При лазерной конизации испарение патологического очага на экто- и эндоцервиксе производят таким образом, чтобы после его окончания по возмож-

ности восстановилась правильная форма наружного зева, а шейка с выпаренными краями имела вид конуса. В современных зарубежных аппаратах можно производить лазерную конизацию наподобие электроэксцизии. Процедура не требует обезболивания (F.Frega и соавт., 1994). Лазерная конизация широко используется зарубежными авторами в связи с ее эффективностью, что подтверждается их многочисленными исследованиями (Т. Opala и соавт., 1994; J.Rimmailho и соавт., 1994; и др.). Относительным противопоказанием являются геморрагические диатезы [13]. Асептическое и гемостатическое действие СО₂-лазера обусловлено неконтактным воздействием, испарением микрофлоры, а также коагуляцией кровеносных сосудов. Струп образуется на 2-е сутки. Отторжение струпа, как правило, начинается на 4-5-е сутки и происходит постепенно в течение последующих 6-7 дней. Полная эпителизация наступает на 22-27-й день, что зависит от распространенности и обширности процесса [9]. Осложнения отмечаются нечасто. Только при коагуляции обширных и глубоких поражений (более 3 мм) может наблюдаться повышенная кровоточивость. В случае обширного поражения шейки матки и стенок влагалища при одномоментной коагуляции возможно образование спаек и сращений между задней поверхностью шейки матки и стенкой влагалища. Нередко (до 22,1% случаев) развивается вторичное инфицирование. М.Н. Костава [11] отмечает достаточно частый посткоагуляционный эндометриоз. Для его уменьшения автор предлагает проводить лазерную вапоризацию на фоне монофазных контрацептивов в течение 3 мес.

Основным достоинством лазерной деструкции является локализованность воздействия излучения, минимальное повреждение здоровых тканей, короткие сроки эпителизации, отсутствие нарушения нормальной анатомии шейки матки, смещения стыка двух эпителиев в сторону цервикального канала, отсутствие рубцовых изменений и стеноза канала шейки матки [5]. Отмечена относительно высокая эффективность даже при однократном использовании, высокое качество эпителизации. Среди недостатков лазерной деструкции выделяют следующие: трудности получения поля некроза нужной и равномерной глубины, особенно при мануальном исполнении; необходимость повторного применения ее для полной эффективности при обширном патологическом процессе; отсутствие возможности проведения гистологического контроля после операции; зависимость эффекта деструкции от размера патологического очага; дорогостоящее оборудование, специально оборудо-

ванный кабинет. Хотя показатели эффективности лазерной деструкции у разных исследователей различны, все авторы единодушно подчеркивают, что эффективность ее зависит от размеров патологического очага. Так, при диаметре патологического очага 1 см полное излечение наступает у всех больных (100%), при диаметре очага менее 2 см - у 95,7%, более 2 см - у 83,3% [23]. Учитывая достоинства и недостатки лазерной деструкции, следует проводить строгий отбор пациенток на данную процедуру в целях оптимизации лечения и повышения его эффективности.

Диатермоэлектроэксцизия заключается в электрохирургическом конусовидном иссечении патологически измененных тканей шейки матки с вершиной конуса, обращенной к внутреннему зеву. Диатермоконизация может носить диагностический характер на окончательном этапе углубленной диагностики заболеваний шейки матки. При этом морфологическое исследование (эксцизионная, конизационная биопсия) серийно-ступенчатых срезов ткани является окончательным в постановке диагноза [2]. С другой стороны, диатермоконизация является одним из методов радикального излечения различных заболеваний шейки матки (лечебная значимость) наряду с хирургическим методом. По мнению некоторых авторов (К. Коба и соавт., 1995), после окончания конизации необходимо произвести выскабливание оставшейся части цервикального канала для гистологического исследования. Е.Е. Вишневская и Я.В. Бохман [2] утверждали, что к трактовке гистологических заключений по соскобам следует подходить осторожно. В соскобах нередко отсутствуют подлежащие ткани и разорвана базальная мембрана, кроме того, нарушается целостность эпителиальных пластов, что затрудняет постановку диагноза интраэпителиального рака. Эпителизация после эксцизии у большинства пациенток происходит в сроки от 4 до 6 нед, у 81,1% женщин (Н.Э. Атаханова, 1990) - до 6-8 нед в зависимости от высоты удаленного конуса, возраста больной, наличия воспалительного процесса во влагалище и цервикальном канале, формы шейки матки [3]. Отторжение струпа наблюдается на 8-12-е сутки, иногда с кровотечением. В каждом пятом случае (В.И. Бычков, 1990) на поверхности шейки матки образуются красные пятна, выстланные плоским эпителием, и полосы - расширенные ветвящиеся сосуды.

Диатермоконизация по сравнению с другими методами имеет ряд преимуществ: радикальное удаление патологически измененных тканей шейки матки в пределах здоровой ткани, что соответствует онкологическим принципам,

возможность тщательного гистологического исследования удаленного препарата (эксцизионная биопсия), относительно небольшое число осложнений, сохранение физиологических функций, включая детородную. К недостаткам эксцизии относятся: удаление патологического очага со значительным запасом прилежащих тканей; отсутствие возможности избежать, несмотря на радикальность, формирования выраженных рубцов, «синдрома коагулированной шейки матки», отрицательно влияющих на репродуктивную функцию; значительные термические повреждения [25].

Все осложнения эксцизии шейки матки по времени возникновения и характеру делят на три группы: ранние, поздние и отдаленные (С. Кулинич, 1983). К ранним осложнениям (ближайшие 3-4 мес после операции) относятся: кровотечение в момент операции и после преждевременного отторжения струпа, нарушение менструальной функции, обострение хронического воспалительного процесса придатков матки, развитие цервицита. Т. Wright и соавт. (1992) отмечали не более 2% послеоперационных кровотечений, Т. Solorzano и соавт. (1997) наблюдали их в 3,3% случаев на операционном столе, а позднее кровотечение - у 4,2% пациенток. Одно из поздних осложнений (спустя 6 мес- 2 года после эксцизии) - стенозирование канала шейки матки (Е. Sur-Burgmann и соавт., 1996; Т. Baldauff и соавт., 1997), в дальнейшем всем женщинам было рекомендовано проводить бужирование цервикального канала расширителями Еегара до № 8 во время месячных или лазервапоризацию. К поздним осложнениям также относятся эндометриоз шейки матки как самостоятельная нозологическая форма (0,8-7,9%, он подлежит комплексному системному лечению); рецидив эктопии (5,2-20,4%) в виде законченной, незаконченной зоны трансформации; лейкоплакия без атипии (1,4-1,9%); укорочение шейки матки с пролапсом слизистой цервикального канала (при обширности патологического процесса и выраженности деформации шейки матки и эктропиона требуются дообследование и дополнительная элективная деструкция); воспалительные изменения и синдром коагулированной шейки матки, полипы (3,6%) [23]. Среди отдаленных осложнений встречаются посткоагуляционный эндометриоз и синдром коагулированной шейки матки; рецидивы эктопии, различные стадии метаплазии; ретенционные кисты; дискератозы (лейкоплакия, эритроплакия), расстройства менструального цикла в различных вариантах. У 85,2% женщин (Л.Н. Василевская, 1986) после эксцизии менструальная функция не была нарушена.

Радиохирургия- это атравматичный метод разреза и коагуляции мягких тканей без их разрушения [22]. Эффект разреза достигается при помощи тепла, выделяемого при сопротивлении, которое ткани оказывают проникновению высокочастотных радиоволн. Высокочастотная энергия концентрируется на кончике электрода и, хотя сам электрод не нагревается, высоко сконцентрированная энергия повышает образование молекулярной энергии внутри каждой клетки, которая ее разрушает, вызывая нагревание ткани и фактически испаряя клетку. Количество вырабатываемой теплоты зависит от времени контакта с тканью, размера электрода и формы волны. Поскольку используемая частота очень высока, ток, производимый прибором, проходит через тело, не вызывая болезненных сокращений мышц или стимуляции нервных окончаний (эффект Фарадея). Коагуляция нервных окончаний в ране, нанесенной радиоэлектродом, обуславливает обезболивающий эффект. Снижение всасывающей способности раневой поверхности и уменьшение истечения в рану тканевой жидкости ускоряют заживление ран. Замена лигирования кровеносных сосудов их коагуляцией обеспечивает меньшую локальную реакцию тканей и лучшее заживление раны. Следует отметить важное преимущество радиохирургии перед методами электровоздействия- это безрубцовое заживление раны и отсутствие рецидивов [22].

В последние 5 лет широкое распространение получает метод радиоволновой хирургии. Механизм действия радиохирургического метода основан на эффекте преобразования электротока и радиоволны. Деструкция достигается за счет тепла, выделяемого при сопротивлении тканей, проникновения в них высокочастотных радиоволн, исходящих из электрода. Благодаря этому, клетки, встречающиеся на пути волн, подвергаются испарению, не повреждая подлежащую ткань [1, 2, 3, 4]. Показаниями для радиоволнового метода являются эктопии, гипертрофии шейки матки, рубцовые деформации, эрозированные эктропионы, эндометриоз, лейкоплакия, дисплазии шейки матки I-II степени, полипы цервикального канала, кондиломы вульвы, влагалища, промежности и перианальной области, наличие грануляционной ткани после операции в области культи влагалища [1, 2, 3, 4]. Преимуществами данного метода является минимальный отек тканей, сокращающий фазу экссудации по сравнению с другими методами; безболезненность операции и послеоперационного периода; стерилизирующий эффект излучаемых радиоволн; неосложненный послеоперационный период; сокращение времени операции и реабилитации [1, 2, 3, 4, 15, 16]. Одним из современ-

ных методов терапии ДЗШ матки является аргонноплазменная абляция (АПА). Этот метод является разновидностью монополярной высокочастотной хирургии, при которой энергия тока высокой частоты передается на ткань бесконтактным способом с помощью ионизированного газа аргона [2, 13]. Этот метод обеспечивает контролируемую глубину коагуляции от 0,5 до 3 мм и оказывает щадящее воздействие на ткани при проведении процедуры. В отдаленном периоде отсутствует грубое рубцевание шейки матки, что позволяет применять этот метод у нерожавших женщин [2, 13]. Таким образом, при строго дифференцированном выборе метода хирургического лечения возможно избежать частых случаев рецидива заболеваний шейки матки. Лечебная тактика в отношении больных с неопухолевыми заболеваниями шейки матки неоднократно менялась в соответствии с уровнем знаний о сущности патологического процесса. И в настоящее время особую научную и практическую ценность имеют исследования, направленные на изучение факторов, способствующих столь широкому распространению заболеваемости шейки матки.

В настоящее время в практическом здравоохранении предложено и внедрено достаточное количество радикальных методов лечения патологии шейки матки. Однако, несмотря на большой арсенал терапевтических возможностей, данные авторов о высокой эффективности предлагаемых ими методик, 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 как новых эффективных и безопасных методов воздействия на патологический очаг, так и дополнительных факторов с целью повышения эффективности лечения. В настоящее время наиболее перспективными методами лечения патологии шейки матки при рубцовой деформации, гипертрофии, эктропионе является «ножевое» хирургическое лечение: пластика шейки матки по Эммету, Штурмдорфу [16]. Распространенность рубцовой деформации шейки матки у женщин репродуктивного возраста может достигать 70%. При этом каждая вторая больная подвергается длительному, а зачастую неэффективному лечению. При наличии длительно существующего разрыва шейки матки в сочетании с хроническим воспалением происходит уплотнение и гипертрофия тканей. Шейка принимает бочкообразную форму и теряет при этом архитектуру канала [16, 32, 33]. Недеформированная шейка имеет поперечные разме-

ры до 3 см, деформированная - более 3 см, достигая при резкой гипертрофии 5-6 см. Любое хирургическое вмешательство на шейке матки является компонентом комплексной терапии, включающей предоперационную подготовку для купирования острых воспалительных изменений и создание благоприятных условий для регенерации, а также послеоперационную реабилитацию [11, 12]. Необходимым условием для проведения операций является исключение острых воспалительных и неопластических процессов.

Фотодинамическая терапия (ФДТ) - основана на теоретической концепции, исходящей из того, что разрушение патологической ткани наступает после введения фотосенсибилизирующего препарата с последующим облучением выбранного участка светом с определенной длиной волны, соответствующей пику поглощения фотосенсибилизатора (ФС). Избирательность накопления ФС в измененной ткани приводит к разрушению лишь поврежденных клеток с сохранением целостности нормальных структур. Подобная селективность является наиболее привлекательным моментом данного вида лечения, поскольку позволяет проводить деструкцию патологической ткани с минимальной травматизацией здоровых клеток органа. Механизм действия ФДТ заключается в следующем: молекула ФС, поглотив квант света, переходит в возбужденное триплетное состояние и вступает в фотохимические реакции двух типов [9]. При первом типе реакций происходит взаимодействие ФС непосредственно с молекулами биологического субстрата, что в конечном итоге приводит к образованию реактивных видов кислорода. При втором, доминирующем типе реакций взаимодействие возбужденного ФС происходит с молекулой кислорода, образуя синглетный молекулярный кислород, который является высокореактивным промежуточным состоянием молекулы, реагирующим со многими биоструктурами, что в итоге приводит к повреждению митохондрий, являющихся ключевыми регуляторами в активной гибели клетки. Способами клеточного ответа на повреждение, индуцированное ФДТ, являются как апоптоз, так и некроз клеток. При этом клеточный ответ будет зависеть от нескольких факторов, которые можно классифицировать как внешние и внутренние. К внешним параметрам лечения относятся такие, как концентрация ФС и применяемые световые дозы. В то же время фаза клеточного цикла может являться ведущей среди внутренних параметров, влияющих на чувствительность клеток к фотодинамическому лечению [16].

Первоначально метод ФДТ был применен для лечения различных злокачественных ново-

образований: при опухолях кожи, слизистых оболочек внутренних полых органов [10]. Лишь в последнее время проводятся все более активные исследования эффективности метода ФДТ в лечении инфекционных и неопухолевых процессов. Применение ФДТ в гинекологии ограничено лечением диспластических и злокачественных процессов шейки матки и вульвы [2, 5, 13].

Эффективность фотодинамической деструкции в лечении фоновых и предраковых заболеваний шейки матки, а также ГПЭ изучены недостаточно. В связи с этим на сегодняшний день назрела необходимость расширения диапазона клинических исследований с целью оценки метода ФДТ в лечении патологии шейки матки и ГПЭ, что и было положено в основу нашей работы.

Таким образом, приведенный вышеуказанный полный анализ методов и способов лечения ДЗШ матки свидетельствует об их большом разнообразии и необходимости дифференцированного индивидуального подхода к их выбору с учетом возможностей, достоинств и недостатков каждого метода.

Литература:

1. Заболевания шейки матки, влагалища и вульвы: клинические лекции. Под ред. проф. В.Н. Прилепской. М: МЕДпресс-информ 2005; 390.08.
2. Прилепская В.Н. Патология шейки матки и генитальные инфекции. М. 2007.
3. Сахатудинова И.В., Гаипова Н.Т. Радиоволновая хирургия в гинекологической практике. М. 2008.
4. Рускевич П.С., Литвинова Т.М. Заболевания шейки матки у беременных. М. 2006.
5. Костава М.Н. Лечение доброкачественных заболеваний шейки матки препаратом солкавагин. // Заболевания шейки матки: клин, лекции под ред. В.М. Прилепской / М. 2003.
6. Зуев З.М. Применение лазерного излучения для лечения патологии шейки матки. И Заболевания шейки матки: клин, лекции под ред. В.М. Прилепской / М. 2003.
7. Ландеховский Ю.Д., Подзалкова Н.М., Кижанов Ю.Е. и др. Комплексное обследование и лечение больных рубцовой деформацией шейки матки. // Проблемы репродукции. 2009; 1: 39-45.
8. Обосканова Т.А., Глухов Е.Ю., Кузиева Т.В. и др. Оптимизация методов лечения патологии шейки матки (опыт применения аргонплазменной абляции). Патология шейки матки и гинекологических инфекций. М. 2008.
9. Goldhaber-Fiebert J.D., Stout N.K., Salomon J.A. et al. Cost-effectiveness of cervical cancer screening with human papillomavirus DNA testing and HPV-16, 18 vaccination. J Natl Cancer Inst 2008; 100: 5: 308-320.