



Лечение дисплазии шейки матки с применением радиоволновой хирургии у женщин молодого возраста

Д.З. Зикирходжаев*, С.Г. Умарова*, М.С. Раупова, Р.З. Юлдошев, Ф.Н. Каримова*

Республиканский онкологический научный центр МЗ РТ;

*кафедра онкологии ТГМУ им. Абуали ибни Сино

Опыт применения радиохимирургии в лечении дисплазии шейки матки доказывает, что она является перспективным лечебным подходом, сокращает продолжительность лечения и число послеоперационных осложнений. Радиохимирургия – эффективный и экономичный метод лечения дисплазии шейки матки, особенно у женщин молодого и активного репродуктивного возраста. Полная эпителизация раневой поверхности после радиохимиургического лечения имеет место в 86,58% случаев. При обычной электроконизации шейки матки часто наступает нарушение овариально-менструального цикла в виде метроаррагии, обостряются хронические воспаления гениталий, что не было отмечено у леченных нами больных, это свидетельствует о неагрессивности радиохимирургии.

Ключевые слова: радиохимирургия, дисплазия шейки матки, электроконизация

Актуальность. Реальный путь к снижению заболеваемости и смертности женщин от рака шейки матки – это ранняя диагностика и лечение фоновых, предраковых процессов шейки матки. Длительное время предраком шейки матки считались псевдоэрозии и дискератозы. В настоящее время к истинному предраку шейки матки относят дисплазию, при которой уже имеется выраженная в различной степени атипия эпителиального пласта [1-4]. Изучение литературных источников показало, что, хотя арсенал лечебных мероприятий, применяемых при дисплазиях, широк, основное место в нём занимают методы деструкции с помощью электрокоагуляции, криовоздействия, лазеротерапии. Следует отметить, что при дисплазии III степени, рациональным методом лечения является конусовидная электроэксцизия шейки матки, однако, многие акушеры-гинекологи, занимающиеся патологиями шейки матки, без должного обследования применяют методы деструкции даже при наличии дисплазии III степени. Необходимо всегда иметь в виду, что дисплазия может быть и самостоятельным заболеванием, и сосуществовать с преинвазивным и инвазивным раком.

В понятие «молодые женщины» исследователи включают пациенток как моложе 30 лет [5-10], так и моложе 40 лет [11], и даже моложе 50 лет [12], хотя в понятие «молодые женщины» по возрастным рекомендациям ВОЗ входят лица моложе 35 лет. Такой широкий диапазон возрастов, охватывающих понятие «молодые женщины», приводит и к

противоречивым оценкам выживаемости больных со злокачественными новообразованиями (ЗНО) репродуктивной системы в молодом возрасте. Одни авторы считают, что рак протекает у пациенток молодого возраста более злокачественно, чем в старших возрастных группах [13,14]. Другие исследователи утверждают, что возраст вообще не играет роли в прогнозе жизни пациентов, страдающих ЗНО [15].

Спорным до настоящего времени остаётся вопрос о клиническом течении и диагностике дисплазии шейки матки у женщин данной категории. Многими авторами выделяется факт наличия особенностей в клиническом течении дисплазии шейки матки у женщин молодого возраста, начиная от количества родов и аборт, половых партнёров, перенесённых заболеваний органов репродукции. Широко дискутируются методы лечения данной категории пациенток. Опыт работы ведущих онкологов рекомендует не подвергать молодых пациенток особо агрессивным методам хирургии, применяемым у больных других возрастных групп.

Цель исследования. Обосновать необходимость внедрения новых щадящих методов лечения предопухолевой патологии шейки матки у женщин молодого возраста с применением радиоволновой хирургии.

Материал и методы. У 82 пациенток в условиях РОНЦ МЗ РТ за период с 2007 по 2010 год мы провели лечение дисплазии шейки матки с использо-



ванием радиоволновой хирургии (Сургитрон, США). Возраст больных варьировал от 18 до 35 лет:

1-я группа – больные со слабой дисплазией – 24 женщины. Слабая дисплазия характеризуется гиперплазией клеток базального и парабазального слоёв многослойного плоского эпителия (МПЭ), их клеточным и ядерным полиморфизмом. Отмечается повышенная митотическая активность базальных и парабазальных клеток, но при этом остаются неизменёнными клетки промежуточного и поверхностного слоёв МПЭ. При данной патологии изменения захватывают 1/3 толщи эпителиального пласта.

2-я группа – больные с умеренной дисплазией – 32 пациентки. При умеренной дисплазии поражается до половины толщи многослойного плоского эпителия. В мазках обнаруживаются базальные и парабазальные клетки. Наблюдается укрупнение ядер, что приводит к незначительному изменению ядерно-цитоплазматического соотношения. Появляются ядра с грубой структурой хроматина, определяются митозы, в том числе патологические. По мере усиления дисплазии прогрессирует нарушение степени дифференцировки клеток и соотношения слоев МПЭ.

3-я группа – больные с тяжёлой степенью дисплазии – 26 женщин, у которых гиперплазированные клетки базального и парабазального слоёв занимают почти всю толщу МПЭ. Имеет место выраженный полиморфизм клеток, значительное изменение ядерно-цитоплазматического соотношения, встречаются двоядерные клетки и гигантские клетки неправильной формы с крупным ядром [16].

Всем пациенткам проводилось необходимое полное обследование – изучались анамнестические данные,

проводились УЗИ органов малого таза, гинекологическое обследование, анализы на наличие инфекционных заболеваний, передающихся половым путём (ИППП). Мы также исследовали отделяемое из шейки матки, влагалища, уретры, производили кольпоскопию с прицельной биопсией и гистологическим исследованием.

С целью получения достаточной информации от цитологического исследования нами соблюдались следующие правила: мазки для цитологического исследования мы брали ранее 48 часов после полового контакта, во время менструации, в период лечения от других инфекций гениталий, после вагинального исследования или спринцевания и т.д.

Материалом для морфологического исследования служили ткани, удалённые во время выполнения радиоконизации шейки матки.

Результаты и их обсуждение. Пациентки по возрасту были распределены следующим образом (см. рис.):

- 18-20 лет – 9 (10,98%) женщин, из них со слабой дисплазией – 4 (4,88%), с умеренной дисплазией – 4 (4,88%), с тяжёлой степенью дисплазии – 1 (1,22%).
- 21-25 лет – 17 (20,73%) пациенток, из них со слабой дисплазией – 6 (7,3%), с умеренной – 7 (8,54%), с тяжёлой степенью дисплазии – 4 (4,88%);
- 26-30 лет – 31 (37,80%) женщина, из них со слабой дисплазией – 8 (9,76%), с умеренной – 12 (14,63%), с тяжёлой степенью дисплазии – 11 (13,41%);
- 31-35 лет – 25 (30,49%), из них со слабой дисплазией – 6 (7,32%), с умеренной дисплазией – 9 (10,98%), с тяжёлой степенью дисплазии – 10 (12,19%).

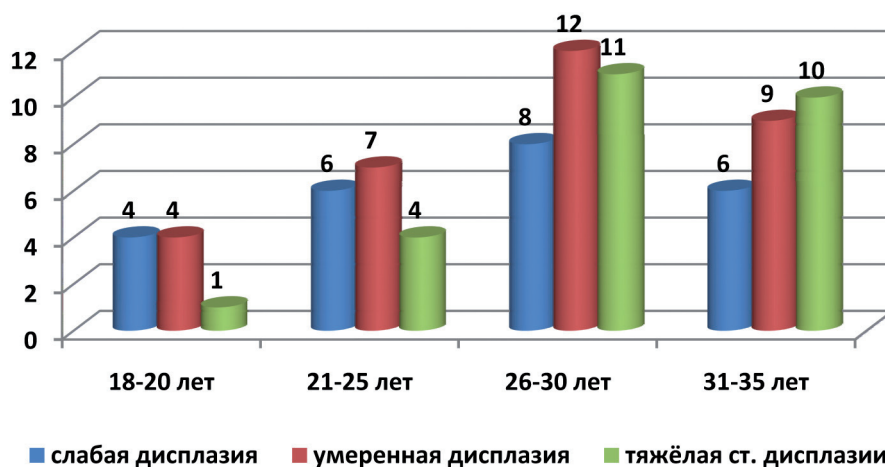


РИС. РАСПРЕДЕЛЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ДИСПЛАЗИЕЙ ШЕЙКИ МАТКИ ПО ВОЗРАСТУ (N=82)



Все больные (n=82) относились к возрастной категории 18-35 лет, т.е. контингент исследованных пациентов был представлен женщинами молодого возраста. Самую многочисленную группу составили больные с умеренной дисплазией – 32 (39,02%) пациентки, далее следуют больные, имеющие тяжёлую степень дисплазии – 26 (31,71%) и слабую дисплазию – 24 (29,27%).

Радиоволновая конизация шейки матки проводилась нами по следующей методике. С целью предоперационной санации и обезболивания перед радиохирургическим вмешательством можно эндоскопически и/или эндовагинально вводить 6 – 10 мл препарата «Катеджель» (пр-во «Монтавит», Австрия). Введение инструментов следует проводить через 5 – 10 минут после инстилляции геля. Радиоволновая конизация на аппарате «Сургитрон» проводится с помощью чрезвычайно технологичного инструмента – оригинального конизатора, позволяющего проводить конусовидное иссечение патологически изменённых тканей шейки матки, с вершиной конуса, направленного к внутреннему зеву, с охватом здоровой ткани по периферии поражения.

Конизатор вводили строго по оси шеечного канала до внутреннего маточного зева. Для выполнения этой радиохирургической операции применяли режим «разрез и коагуляция», индивидуально подбирала мощность, позволяющую без усилия произвести конизацию такого диаметра, чтобы захватить все изменённые ткани (чаще всего на значениях от 3 до 5 единиц). Вся операция выполнялась одним плавным вращением конизатора по часовой стрелке с поворотом на 360°. Конизатор вращали со скоростью, обеспечивающей эффективное рассечение и коагуляцию патологически изменённых тканей.

Для профилактики послеоперационных осложнений радиохирургического лечения тщательно выявляли сопутствующие гинекологические заболевания у пациенток. Установлено, что из 82 больных у 49 (59,76%) в анамнезе было от 2 до 5 аборт, 12 (14,63%) – подвергались оперативным вмешательствам на шейке матки; хламидиоз выявлен у 6 больных, лейкоплакия – у 5, бактериальный вагиноз – у 12, кандидоз – у 11 женщин, трихомониаз – у 4; сочетание двух инфекций выявлено у 2 женщин.

Следует отметить, что все больные с сопутствующими заболеваниями подвергались специальному лечению согласно консультации специалистов и находились под контролем.

Важным этапом подготовки больных к радиохирургическому вмешательству являлось кольпоскопическое исследование, результаты которого приведены в таблице 1.

Из данных таблицы видно, что у больных со слабой дисплазией (I степени) нормальные кольпоскопические признаки обнаружены в 6 (7,3%) случаях, аномальные кольпоскопические признаки – у 14 (17,07%) пациенток, у 3 (3,7%) больных кольпоскопия признана неудовлетворительной по причине того, что обнаруженные признаки были неясными и картину исследования невозможно было отнести к той или иной группе.

Из 32 больных с умеренной дисплазией в 8 (9,8%) случаях отмечены нормальные кольпоскопические признаки, в 11 (34,37%) – аномальные кольпоскопические признаки. Следует отметить, что у 3 (9,37%) пациенток из этой группы кольпоскопическая картина напоминала инвазивный рак.

ТАБЛИЦА 1. РЕЗУЛЬТАТЫ КОЛЬПОСКОПИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНЫХ

Кольпоскопическая картина	Степень дисплазии							
	Слабая (I степень) (n=24)		Умеренная (II степень) (n=32)		Тяжёлая (III степень) (n=26)		Всего	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
I. Нормальные кольпоскопические признаки	6	7,3	8	9,8	4	4,8	18	21,9
II. Аномальные кольпоскопические признаки	14	17,07	11	13,4	16	19,51	41	50,0
III. Кольпоскопическая картина подозрения на инвазивный рак			3	3,7	4	4,8	7	8,5
IV. Неясные признаки (неудовлетворительная кольпоскопия)	3	3,7	2	2,4	1	1,2	6	7,3
V. Другие картины (смешанные признаки)	1	1,2	8	9,8	1	1,2	10	12,2
Итого	24	29,27	32	39,0	26	31,51	82	99,9


**ТАБЛИЦА 2. СРОКИ ЗАЖИВЛЕНИЯ РАНЫ ПОСЛЕ ПРИМЕНЕНИЯ РАДИОХИРУРГИИ
У БОЛЬНЫХ С ДИСПЛАЗИЕЙ ШЕЙКИ МАТКИ (N=82)**

Дисплазия	Заживление раны		
	Образование плёнки	Отторжение эпителизации	Полная эпителизация
Слабая дисплазия (I степень)	2 сут. после операции	7-8 сутки	конец 4-ой нед.
Умеренная дисплазия (II степень)	2 сут. после операции	7-8 сутки	конец 4-ой нед.
Дисплазия тяжёлой степени (III степень)	2-3 сут. после операции	7-9 сутки	конец 4-ой нед.

Результаты кольпоскопии были неудовлетворительными у 2 больных, и у 8 кольпоскопическая картина имела смешанные признаки. Отличительная кольпоскопическая картина имела место у больных с тяжёлой степенью дисплазии: у большинства пациенток (n=16; 61,53%) выявлены аномальные кольпоскопические признаки, у 4 (15,38%) больных имелось подозрение на инвазивный рак, у 1 больной были обнаружены смешанные кольпоскопические признаки и у 4 (15,38%) пациенток отмечались нормальные кольпоскопические признаки.

Следует отметить, что у 3 (3,6%) больных из 82 во время использования радиохирургии нам потребовалась дополнительная тщательная коагуляция кровеносных сосудов шейки матки. На вторые сутки послеоперационного периода образовалась плёнка, которая способствовала быстрому заживлению раны. Отторжение плёнки происходило самостоятельно на 7-8 сутки. Очень скудные выделения из раневой поверхности (4,35%) прекращаются на 3-4 сутки после операции. У 95,12% больных (у 78 из 82 пациенток) полная эпителизация наступила к концу 4 недели после операции (табл. 2).

В процессе послеоперационного наблюдения за больными нами отмечены следующие преимущества радиохирургической технологии:

- отделяемое из послеоперационной раны минимальное, что имеет немаловажное значение для заживления;
- у 96,4% пациенток нет необходимости применения гомеостатических процедур на шейке матки во время операции и в ближайшие сроки после неё;
- обугливания тканей не отмечено, в связи с чем, на поверхности раны не образовался чёрный струп, который часто имеет место при электроконизации и использовании криохирургии;
- самое главное, отсутствует болевой синдром, как во время оперативного вмешательства, так и в раннем послеоперационном периоде.

Эффективность лечения наших больных мы оценивали по следующим критериям:

- хороший эффект (n=71; 86,58%) – при контрольной кольпоскопии через 2 месяца обнаружена полная эпителизация. Многослойный плоский эпителий не имеет подозрительных данных на рецидив дисплазии;
- удовлетворительный эффект (n=7; 8,53%) – при контрольной кольпоскопии через 2 месяца отмечено полное покрытие многослойным плоским эпителием, подозрение на рецидив дисплазии шейки матки. После наблюдения больных в течение 12 месяцев и более подозрение на рецидив снято при кольпоскопии;
- неудовлетворительный эффект (n=4; 4,87%) – при контрольной кольпоскопии через 4 месяца у одной больной с дисплазией III степени установлен диагноз: инвазивный рак шейки матки. Больная направлена на сочетанное лучевое лечение. У 3 пациенток послеоперационная раневая поверхность покрылась многослойным эпителием в поздние сроки – через 2-3 месяца. Этот результат отмечен нами как неудовлетворительный по сравнению с основной группой больных.

Необходимо отметить, что при обычной электроконизации шейки матки часто наступает нарушение овариально-менструального цикла в виде метроррагии, обостряются хронические воспаления гениталий. У леченных нами больных не выявлено нарушений овариально-менструального цикла, что свидетельствует о неагрессивности метода радиохирургии.

Таким образом, опыт применения радиохирургии в лечении дисплазий доказывает, что она является перспективным подходом к лечению патологий шейки матки, сокращает продолжительность лечения и число послеоперационных осложнений. Радиохирургия – эффективный и экономичный метод лечения дисплазии шейки матки, особенно у женщин молодого и активного репродуктивного возраста.



ЛИТЕРАТУРА

1. Краснополский В.Н. Патология влагалища и шейки матки / В.Н.Краснополский - М.: Медицина. - 1997.- 270 с.
2. Козаченко В.П. Рак шейки матки / В.П. Козаченко // Современная онкология. - 2000. - Т. 2. - №2 - С. 40
3. Кустаров В.Н. Патология шейки матки /В.Н.Кустаров, В.А. Линде.- СПб: Гиппократ. - 2002. - 143 с.
4. Новик В.И. Эпидемиология рака шейки матки, факторы риска, скрининг / В.И. Новик // Практическая онкология. - 2002. - Т.3. - №3. - С. 156-165
5. Дудик Ю.Е. Возраст как фактор риска в возникновении рака женских половых органов в Краснодарском крае / Ю.Е. Дудик, Т.В. Мавроди// Российский онкологический журнал. - 2002. - №1. - С.40-42
6. Матылевич О.П. Лечение рака шейки матки I-II стадии у больных молодого возраста: автореф... дис. канд. мед.наук /О.П. Матылевич. - Минск. - 2001. - 22 с.
7. Cervical cancer mortality in young women in Europe: pattern and trends / F. Levi [et al.] //Europ. J. Cancer. - 2001. - V. 36. - №117. - P. 2266-2271
8. Fischer U. Epidemiology and pathogenesis of cervical cancer / U.Fischer, G.Raptis, W. Gessner// Zentralbl. Gynaecol.- 2001.- V.123. - №14. -P.198- 205
9. Noyes R.D. Breast cancer in women aged 30 and under / R.D.Noyes, W.J.Spanos, E.D. Montague// Cancer. - 1982. - V. 49. - №6. - P.1302-1307
10. Breast cancer in young women (<or= 35 years): Genomic aberrations detected by comparative genomic hybridization / S.Weber-Mangal [et al.]// Int. J. Cancer. - 2003. - V. 107. - №4. - P. 583-592
11. Young age as an independent adverse prognostic factor in premenopausal patients with breast cancer / P.C.Dubsky [et al.]// Clin. Breast Cancer. - 2002. - V. 3. - №1 - P. 65-72
12. Семиглазов В.Ф. Опухоли молочной железы (лечение и профилактика) / В.Ф.Семиглазов, К.Ш. Нургазиев, А.С. Арзуманов.- М. - 2001. - 346 с.
13. Иванов В.М. Рак молочной железы у больных пожилого и старческого возраста: дис... докт. мед. наук / В.М. Иванов. - М. - 1993. - 218 с.
14. Younger women with breast carcinoma have a poorer prognosis than older women/ M.Chung, H.R.Chang, K.I.Bland, H.J. Wanebo// Cancer. - 1996. -V. 77. - №1. -P. 97-103
15. Bertheau P. Breast cancer in young women: clinicopathologic correlation / P.Bertheau, S.M.Steinberg, K.Cowan,M.J. Merino // Semin. Diagn. Pathol. - 1999. -V. 16. - №3. - P. 248-256
16. Бохман Я.В. Руководство по онкогинекологии/ Я.В. Бохман.- СПб.: Фолиант. -2002. - 542 с.

Summary

Treatments for cervical dysplasia with radiowave surgery in young women

D.Z.Zikiryakhodjaev*, S.G.Umarova*, M.S.Raupova, R.Z.Yuldoshev, F.N.Karimova*
National Cancer Research Center MH RT; *Chair of Oncology Avicenna TSMU

Experience of using radiosurgery in treatment of cervical dysplasia proves that it provide therapeutic approach reducing the duration of treatment and number of postoperative complications. Radiosurgery - effective and economical method of treating cervical dysplasia, especially in young women of active reproductive age.

Complete epithelialization of wound surface after radiosurgical treatment occurs in 86.58% of cases. In normal cervical electrocoagulation often a violation of ovarian-menstrual cycle as metrorrhagia take place, exacerbated chronic inflammation of the genitals, which were noted in patients treated by proposed method, this indicates a non-aggressivity of radiosurgery.

Key words: radiosurgery, cervical dysplasia, electrocoagulation

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

С.Г. Умарова – доцент кафедры онкологии ТГМУ;
Республика Таджикистан, г.Душанбе, пр. И. Сомони, 59а
E-mail: saida.umarova@bk.ru