

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛАЗЕРА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ФОНОВЫХ И ПРЕДРАКОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ШЕЙКИ МАТКИ

Булавина Н.Г., Меленюк И.Г., Баженова Л.Г. Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей, медицинский центр "Евромед" г.Новокузнецк

В гинекологии одним из перспективных направлений развития наружных половых органов, влагалища и шейки матки является использование хирургических лазеров.

С января 2005 года в медицинском центре "Евромед" внедрен новый метод лечения заболеваний шейки матки - лазеродеструкция с использованием аппарата углекислого лазера "Ланцет-2".

Показанием к применению углекислого лазера являются все виды патологии шейки матки, влагалища и вульвы. Абсолютными противопоказаниями к лазеродеструкции являются сахарный диабет, болезнь Верльгофа, гипертоническая болезнь II-III в стадии декомпенсации.

Преимущество лазерной вапоризации перед другими методами лечения (диатермоконизация, криодеструкция) заключается в следующем:

- лазерное воздействие осуществляется под контролем кольпоскопа, что позволяет полностью убрать патологический очаг;
- в процессе проведения процедуры происходит стерилизация области воздействия;
- образуется плотный струп, который при отторжении не дает кровотечения;
- высокий уровень регенерации, отсутствие рубцовых изменений и стеноза, а также атравматичность по отношению к шеечным железам;
- позволяет проводить процедуру нерожавшим женщинам;
- глубина проникновения лазерного луча программируется хирургом;
- процедура по времени занимает 3-5 минут.

Заживление после лазерокоагуляции имеет свои особенности: происходит быстрое отторжение коагуляционного струпа (4-5 сутки), более ранний процесс регенерации (14-15 день), эпителизация заканчивается к 22-27 дню. Таким образом, эпителизация, как правило, завершается к моменту наступления очередной менструации.

Заживление после лазерокоагуляции по поводу ретенционных кист и наружного эндометриоза шейки матки происходит значительно быстрее: к 10-12 дню, а вульвы - в течение 3-4 недель, без косметических дефектов.

Лазерокоагуляция проводится в 1 фазу цикла (5-8 день). Перед проведением процедуры мы проводим стандартный набор исследования: мазок на флору, цитологическое исследование мазков с пораженного участка, морфологическое исследование биоптата (по показаниям), расширенная кольпоскопия, обследование на TORCH-комплекс.

За год нами пролечены 250 женщин с фоновыми и предраковыми заболеваниями шейки матки. Возраст пациенток колеблется от 18 до 48 лет, из них рожавших было 195 (78%), нерожавших - 55 (22%).

Из числа обследованных на TORCH-комплекс, установлены 78 женщин (31,2%), носителей ИППП (хламидиоз, микроплазмоз, уреаплазмоз) и 22 женщины (8,8%), носители ВПЧ (штаммы).

В анамнезе наличие хронических воспалительных процессов установлено у 56 женщин (22, 9%), альгодисменоррея - у 18 (7,2%), нарушения менструального цикла - у 11 пациенток (4,4%).

Результаты расширенного кольпоскопического исследования шейки матки представлены на таблице 1.

Анализ кольпоскопических данных показал, что преимущественным поражением шейки матки у женщин детородного периода являются доброкачественные процессы, обусловленные эверсией цилиндрического эпителия на экзоцервикс с последующим его заменением на метаплазированный многослойный плоский эпителий. При этом установлена зависимость характера кольпоскопической картины от вида вегетирующих в организме возбудителей. В частности, мы обнаружили 4-кратное увеличение частоты атипичных кольпоскопических аспектов слизистых у носителей ВПЧ (табл. 2). При этом высокоонкогенные штаммы вируса обнаруживались у пациенток с атипичными кольпоскопическими аспектами слизистой, что не противоречит результатам других исследователей.

Полное заживление у пролеченной группы больных наступило в течение 4-6 недель. Всем проведен кольпоскопический контроль. Случаев рецидива заболеваний не зарегистрировано. Наряду с этим, у 18 пациенток (7,2%) с сопутствующей альгодисменорреей наступило клиническое выздоровление, болевой синдром полностью купирован.

Опираясь на научные данные и собственный опыт, можно сказать, что применение хирургического лазера и гинекологии позволяет проводить операции на шейке матки, влагалище и вульве по поводу предрака в амбулаторных условиях с высоким терапевтическим эффектом. Кроме того, лазерокоагуляция шейки матки оказывает влияние на нейро-эндокринную регуляцию менструального цикла.

Клинический опыт ряда исследователей показал, что лазерная коагуляция сопровождается повышением уровня эстрогенов в 1,7 раза, прогестерона - в 2 раза. У большинства женщин с нарушением менструального цикла после лазерокоагуляции восстанавливается регулярный цикл.

Полученные результаты дают основание рекомендовать использование хирургического лазера в широкой гинекологической практике для лечения фоновых и предраковых заболеваний шейки матки. Метод имеет особую актуальность, так как его можно применять у нерожавших женщин.

Таблица 1. Структура кольпоскопических аспектов слизистой шейки матки у пролеченных больных.

Кольпоскопические аспекты слизистой	Количество больных	%
Эктопия цилиндрического эпителия	106	42,4
Незаконченная зона трансформации	75	30
Законченная зона трансформации (Ovula Nabothi)	32	12,8
Йоднегативные участки	6	2,4
Уксусно-белый эпителий	5	2
Субэпителиальный эндометриоз	11	4,4
Папиллома	6	2,4
Лейкоплакия	5	2
Всего:	250	100

Таблица 2. Характер кольпоскопических аспектов слизистой шейки матки в зависимости от типа ВПЧ при вирусносительстве.

Кольпоскопический аспект	Количество больных	Тип ВПЧ	%
Эктопия цилиндрического эпителия	9	6,11,42,43	40,9
Незаконченная зона трансформации	6	11,42,43	27,2
Папиллома	3	33,6	13,6
Йоднегативные участки	2	18,43	9
Мозаика	2	16,39	9
Итого	22		100