

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 |