

УДК 618.13-002.3-079-089

© А. В. Чурилов, С. В. Кушнир, А. Д. Попандопуло, 2012.

ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЙ ДЕФОРМАЦИЕЙ ШЕЙКИ МАТКИ

А. В. Чурилов, С. В. Кушнир, А. Д. Попандопуло

Отдел восстановления репродуктивной функции (зав. – профессор А. В. Чурилов); Государственное учреждение «Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В. К. Гусака НАМН Украины»; кафедра акушерства и гинекологии №1, кафедра общей практики и семейной медицины, Донецкий Национальный медицинский университет им. М. Горького, г. Донецк.

OPTIMIZATION OF SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH POST-TRAUMATICAL DEFORMATION OF UTERINE CERVIX

A. V. Churilov, S. V. Kushnir, A. D. Popandopulo

SUMMARY

In 100 patients we have analyzed the terms of epithelisation of cervical wound after diatermosurgical and radiosurgical treatment. By means of monitoring it was established that the use of radiosurgical excision reduce the terms of epithelisation.

ОПТИМІЗАЦІЯ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З ПОСТТРАВМАТИЧНОЮ ДЕФОРМАЦІЄЮ ШИЙКИ МАТКИ

А. В. Чурилов, С. В. Кушнір, А. Д. Попандопуло

РЕЗЮМЕ

Проведено порівняльний аналіз швидкості заживлення рани шийки матки після ексцизії у 100 хворих з післятравматичною деформацією шийки матки. Встановлено, за даними планіметричного моніторингу, що при використанні радіохвильової ексцизії має місце прискорення процесів заживлення рани в порівнянні з діатермоексцизією.

Ключевые слова: радиоволновая хирургия, деформация шейки матки.

Посттравматическая деформация шейки матки (ПДШМ) встречается преимущественно у женщин детородного и трудоспособного возраста, что придает ей большое социальное значение. По данным ряда авторов [4, 6], частота этой патологии достаточно велика и в разных странах колеблется от 5 до 18%.

Основной этиологической причиной возникновения этого патологического состояния являются травматические повреждения шейки матки (ШМ) в родах и при абортах. Соответственно, распространенность ПДШМ на Украине составляет 9% [7].

Консервативная терапия этой патологии, равно как и консервативная терапия рубцовых изменений тканей других локализаций, к сожалению, пока еще не может претендовать на клиническую эффективность, так как традиционные методы далеко не всегда обеспечивают ожидаемые результаты, как ближайшие, так и отдаленные [1, 3].

В мировой практике на сегодняшний день используются преимущественно оперативные (радикальные) методы воздействия, поэтому основным методом лечения посттравматической деформации остается хирургический [3].

При этом используются разные способы влияния на рубцово-измененный шеечный сег-

мент – стандартное ножевое иссечение или один из вариантов физиохирургического воздействия. Каждый из этих методов хирургической коррекции данной патологии имеет свои преимущества и недостатки, однако наиболее распространенным способом является диатермоэксцизия (ДЭК) [1, 5], что отражено в приказе №676 МОЗ Украины от 31.12.2004 г.

Наличие длительно существующего раневого дефекта в истмической зоне неизбежно сопровождается воспалительно-инфекционными осложнениями, которые отрицательно влияют на процесс ремоделирования ткани и приводят к относительно большому количеству рецидивов и неудовлетворительных функциональных результатов [2].

Таким образом, ПДШМ являются достаточно серьезной медико-социальной проблемой, требующей дифференцированной тактики на всех этапах лечения. В свете вышеизложенного, представляется актуальным и перспективным поиск новых методов воздействия на рубцово-измененную шейку матки.

Цель работы – повысить эффективность лечения послетравматической деформации шейки матки за счет использования радиоволнового хирургического метода.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Настоящее клиническое исследование выполнялось с 2011 на базе отдела восстановления репродуктивной функции Государственного учреждения «Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В. К. Гусака АМН Украины», г. Донецк. Клиническая часть исследования выполнена на сравнительном анализе результатов лечения 100 пациенток с посттравматической деформацией шейки матки в возрасте от 26 до 42 лет. Диагноз ПДШМ устанавливали путем стандартного осмотра в зеркалах и последующего кольпоскопического исследования.

Основными жалобами пациенток были периодические длительные выделения из половых путей, нередко с неприятным запахом, чувством дискомфорта или жжения в области наружных половых органов. Такие жалобы отмечены более чем у половины обследованных (64%).

Диагностика ПДШМ, как правило, не вызывала затруднений уже во время первичного гинекологического обследования больной. Выраженность рубцового процесса уточнялась во время КС. При этом старались диагностировать и сопутствующие заболевания.

В 58 случаях (58%) ПДШМ сочеталась с эктропионом, в 44 случаях (44%) – с эрозией, в 10 случаях (10%) выявлено сочетание с лейкоплакией, у 10 (10%) – с дисплазией. В четырех случаях (4%) гистологически выявлен эндометриоз. У 36 пациенток (36%) отмечено многокомпонентное сочетание различных неопухолевых заболеваний шейки матки. Только четверо больных (4%) не имели другой патологии, кроме рубцовой деформации.

В анамнезе у всех обследованных выявлено лечение различной патологии ШМ.

В 78 наблюдениях (78%) проводилось лечение эрозий, в 16 (16%) – лечение по поводу эндоцервицитов, как специфического, так и неспецифического характера. В 6 наблюдениях (6%) проводилось лечение дисплазий. Консервативная терапия с использованием противовоспалительного лечения и стимулирующих репаративные процессы масел и мазей отмечена у 28 больных (28%).

На момент включения в исследование патологические процессы, связанные с дефектом эпителия, либо последствия других видов лечения находились в фазе эпидермизации.

Все обследованные жили регулярной половой жизнью. Раннее начало половой жизни отмечено более чем у половины пациенток и составило в среднем $16,8 \pm 1,4$ года. Несколько половых партнеров отмечено у 32% опрошенных.

До начала исследования больным обеих групп проводили комплексную терапию сексуально-трансмиссивных инфекций с одновременной ликвидацией патогенной банальной микрофлоры и по-

следующей коррекцией микробиоценоза влагалища с контролем излеченности.

В исследование не включались пациентки, у которых, по данным обследования (кольпоскопия, цитологическое исследование), были подозрения на онкологическую трансформацию эпителия шейки матки.

Больные были разделены на две группы по 50 человек: исследуемую группу (ИГ) и контрольную группу (КГ). В ИГ лечение посттравматической деформации шейки матки производилось радиоволновым методом, а в КГ – с помощью диатермоэксцизии (ДЭК). Формирование групп производилось методом конвертов.

Осмотр пациенток производили на следующие сутки после эксцизии: на 7, 14, 21, 28, 35, 42, 49 сутки и через два месяца.

Во время эксцизии мы старались стандартизировать объем удаляемой ткани, но, безусловно, с учетом радикальности удаления патологического очага. Методом вытеснения жидкости измерялся объем препарата. В КГ он составил в среднем 2,8 мл, в ИГ – в среднем 2,9 мл.

При выполнении эксцизии в ИГ использовался прибор портативный для электрохирургии «Сургитрон» (SURGITRON) с принадлежностями производства фирмы Ellman International, Inc., США, зарегистрированный в Украине.

В КГ применялся электрохирургический метод. Иссечение тканей шейки матки выполнялось на высокочастотном электрохирургическом аппарате «ФОТЕК Е80», сила тока 0,2-0,9 А.

КС выполняли на аппарате МК-300 (Украина). При этом мы стандартизировали фокусное расстояние объектива от шейки (15 ± 2 см). Анализ графического изображения выполнялся при помощи стандартного набора программ лицензионного пакета Corel DRAW 12 Version 12.0.0.458 (№ лицензионного соглашения DR12CNZ-7571491-FHB).

Цифровые данные, определенные в результате исследований, подверглись компьютерной обработке на персональном компьютере с программами «Excel 7.0». При этом определялся доверительный интервал и стандартное отклонение генеральной совокупности для рядов данных. Степень достоверности различий средних величин в сопоставляемых группах определялась путем использования критериев Стьюдента и Фишера.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Раневым дефектом при проведении планиметрического исследования считали площадь деэпителизованного участка ШМ за вычетом площади наружного зева. Планиметрические измерения выполнялись у каждой пациентки через каждые семь дней.

В таблице (табл. 1) приведены данные наших измерений площади раневого дефекта в КГ по суткам у 50 пациенток.

Таблица 1

Динамика площади раны в контрольной и исследуемой группах (см²)

	Площадь раны, S ₀	Сутки послеоперационного периода									
		1	7	14	21	28	35	42	49	56	
2		3	4	5	6	7	8	9	10	11	
КГ	Среднее	3,68	3,43	3,10	2,64	2,17	1,66	1,2	0,73	0,30	0
	ДИ*	0,2	0,21	0,22	0,23	0,22	0,24	0,24	0,22	0,13	0
ИГ	Среднее	3,7	3,44	2,40	1,69	1,19	0,67	0,30	0	3,70	3,44
	ДИ*	0,2	0,20	0,17	0,13	0,11	0,07	0,05		0,20	0,20

Примечание: ДИ* – доверительный интервал.

Согласно стандартной формуле, была определена средняя площадь раны в различные сутки наблюдения (табл. 2 и 3) и средняя скорость уменьшения ее площади (рис. 1).

Таблица 2

Средняя площадь и скорость заживления ран в контрольной группе

Сутки	Средняя площадь раны (см ²), S n=50	Средняя относительная скорость заживления ран ΔS, % n=50
0	3,7	0
1	3,4	7,0
7	3,1	2,3
14	2,6	2,1
21	2,2	2,0
28	1,7	2,0
35	1,2	2,0
42	0,7	1,9
49	0,3	1,9
56	0,0	1,8

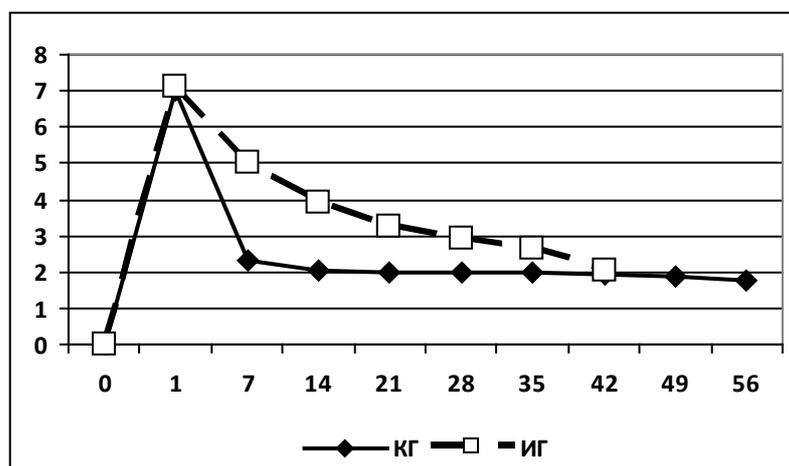


Рис. 1. Средняя скорость заживления раны по суткам у женщин исследуемой и контрольной групп.

Таким образом, в контрольной группе средняя скорость заживления в целом равнялась $2,54 \pm 0,30$ при $p < 0,05$.

Алгоритм определения площади раны и расчетных величин у пациенток ИГ был аналогичен

алгоритму вычислений у женщин в КГ. В таблице (табл. 1) приведены данные наших измерений площади раневого дефекта в ИГ по суткам.

В таблице (табл. 3) приведены данные по ИГ о средней площади раны в динамике лечения.

Таблица 3.

Средняя площадь и скорость заживления ран в ИГ (n=50).

Сутки	Средняя площадь раны (см ²), S	Средняя относительная скорость заживления ран ΔS
0	3,7	0
1	3,4	7,1
7	2,4	5,0
14	1,7	3,9
21	1,2	3,2
28	0,7	2,9
35	0,3	2,6
42	0,0	2,4

На рисунке (рис. 1) представлены исходные данные по ИГ, на основании которых была рассчитана ΔS .

В исследуемой группе средняя скорость заживления в целом равнялась $3,46 \pm 0,21$ при $p < 0,05$.

Таким образом, по данным планиметрического мониторинга было установлено, что в исследуемой клинической группе имеет место ускорение процессов заживления раны после радиоволновой эксцизии шейки матки. При этом можно констатировать факт терапевтического эффекта от применения радиоволновой эксцизии.

ВЫВОДЫ

Использование радиоволнового метода способно стимулировать процессы ремоделирования раневого дефекта и направлять их по более физиологичному руслу. Показанием к применению радиоволнового метода является наличие у пациенток рубцовой деформацией шейки матки при отсутствии морфологических признаков онкологической неоплазии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бычков В. И. Осложнения и отдаленные результаты лечения фоновых и предраковых заболеваний шейки матки диатермокоагуляцией / В. И.

Бычков, Э. Г. Быков, А. М. Братусь // Акушерство и гинекология. – 1992. – № 2. – С. 61–62.

2. Бычков В. И. Оценка факторов риска развития фоновых и предраковых заболеваний шейки матки / В. И. Бычков, А. И. Рог // Акушерство и гинекология. – 1991. – № 5. – С. 53–54.

3. Волошина Н. М. Шляхи підвищення ефективності кріохірургічного лікування фонових захворювань шийки матки : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.01.01 / Волошина Н. М. ; КМАПО. – Х., 1999. – 19 с.

4. Голубкова О. В. Отдаленные результаты лечения фоновых заболеваний шейки матки / О. В. Голубкова // Пробл. репродукции. – 2003. – Т. 9, № 2. – С. 48–50.

5. Минкина Г. Н. Предрак шейки матки / Минкина Г. Н., Манухин И. Б., Франк Г. А. – М. : Аэрограф-медиа, 2001. – 118 с.

6. Чайка В. К. Заболевания шейки матки и гиперпластические процессы эндометрия / Чайка В. К., Яковлева Э. Б., Прядко Н. Г. – Севастополь-Донецк : Вэбер, 2002. – 159 с.

7. Шабалова И. П. Критерии диагностики заболеваний шейки матки / И. П. Шабалова. – М. : ГЭОТАР, 2001. – 105 с.