

КОАГУЛЯЦІЯ ШИЙКИ МАТКИ З ЗАСТОСУВАННЯМ БОРНОЇ КИСЛОТИ ПРИ ЛІКУВАННІ ДИСПЛАСТИЧНИХ ПРОЦЕСІВ ШИЙКИ МАТКИ

Салай М. М., Салай В.М.

Проблема ранньої діагностики фонових захворювань, дисплазій і відповідне лікування актуальна. Результати проведених досліджень показують, що можливість прогресування нелікованих слабовиражених дисплазій до передінвазійного і інвазійного раку збільшується від 7% після двохрічного спостереження до 12% після 12-и річного спостереження [20], що свідчить про біологічний потенціал слабовиражених дисплазій, про необхідність їх раннього виявлення і лікування.

За основу ранньої діагностики ми взяли метод кольпоскопічного і цитологічного дослідження. Достовірність кольпоскопічного дослідження в порівнянні з результатами цитологічного дослідження по даним [23] різних авторів складає від 70% до 91 %.

Ступінь важкості кольпоскопічних змін відповідає ступеню атипії при цитологічних дослідженнях [23], а на думку деяких авторів цитологічна атипія являється експресією ЦИН [19]. В той же час негативний цитологічний діагноз не повинен заспокоювати онконастороженість, так як дослідження деяких авторів показали, що у 16.3% обстежених хворих із злякисними пошкодженнями шийки матки при цитологічному дослідженні не виявили аномальних і атипічних клітин [23].

Діагностична чистка цервікального каналу не проводилась, так як вона малоінформативна і не сприяє уточненню діагнозу поставленого при кольпоскопічному обстеженні [16]. Деякі автори все ж рахують, що чистка цервікального каналу показана всім хворим з аномаліями цитології шийки матки [6, 22], причому частота виявлених патологій при незадовільних даних кольпоскопії складає 55.6%.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Нами проведено обстеження 190 хворих з кольпоскопічно атипічною картиною. Всім хворим проведено цитологічне вивчення мазків по Папаниколау. В результаті дослідження у 17 хворих відмічено P – 3 (11.3%), з них троє хворих перенесли раніше операцію конізації шийки матки з приводу дисплазії; у однієї хворої відмічено P – 4 (0.6%). У 2-х хворих субклінічно протікаюча інфекція вірусом папіломи людини (гібридизація ВПЧ не проводилась). Запалення вагіни трихомонадної і кандидозної етіології виявлено у 21-ї хворої, хламідіазом у 1-ї хворої, кишкової палички у 6-и хворих, бета-гемолітичним стрептококом у 5-и хворих.

Попередньо проведене консервативне лікування в кінцевому рахунку якого-небудь суттєвого впливу на кольпоскопічно змінену слизову шийки матки не виявило.

Вік хворих коливався від 15 до 68 років; в тому числі від 15-20 років, 32 жінки, від 21-30 років – 65 жінок, від 31-40 років – 43 жінки, від 41-50 років – 8 жінок, більше 50 років – 1 жінка. Частіше всього кольпоскопічна і цитологічна дисплазія зустрічалась у віці від 20-40 років. Зони атипічних змін розміщувались центрально навкруг зовнішнього зіву у зонах А, Б і цервікальному каналі доходячи до внутрішнього зіву. Найбільша частота пошкоджень слизової шийки матки в основному знаходилась полюсно в зонах А і Б відповідно 10 ≥ 12 ≥ 1 години та 5 ≥ 6 ≥ 7 години. Розміри їх були від 5 мм до тотального пошкодження шийки матки.

Вибір методики локальної електрокоагуляції (ЛЕК) визначалась розмірами і локалізацією патологічної ділянки, станом зони трансформації, цервікального каналу і віковими особливостями хворих.

Маніпуляція проводилась в амбулаторних умовах одноразово, одним лікарем без премедикації і анестезії, з допомогою удосконаленого нами апарату "Ендоскопія ТЕ-1". Термічний зонд діаметром 4 мм довжиною

150 мм з діаметром наконечника 2 мм. Зонд підбирався по розміру, який забезпечує проникнення і маніпуляції вздовж цервікального каналу, забезпечуючи коагуляцію в товщу слизової не менше 2-3 мм і на висоту цервікального каналу не менше 10 мм.

При наявності патологічних змін у цервікальному каналі ЛЕК проводилась на всьому протязі пошкодження у межах здорових тканин, після чого коагулювали поверхню всього каналу. Час впливу від 3 до 12 хвилин в залежності від площі пошкодження і наявності деструктивних змін у шийці матки. Безпосередньо після термічної маніпуляції шийка матки і цервікальний канал обробляли порошком борної кислоти. Ця процедура виконувалась щоденно в амбулаторних умовах на протязі 20-60 днів в залежності від важкості пошкодження, супутніх запальних захворювань, індивідуальних обмінних процесів і віку хворих до повної реституції епітелія у осередку термовпливу. При необхідності проводився посів із вагіни на чутливість до антибіотиків з послідуочим цілеспрямованим лікуванням супутніх запальних захворювань. Ускладнення під час термовпливу і в близькі строки після нього не спостерігалось. Після повної реституції слизової шийки матки і цервікального каналу хворі піддавались динамічному кольпоскопічному і цитологічному контролю через 10 днів, 1 місяць, 6 місяців на протязі першого року після лікування і у подальшому – один раз у 6 місяців. Всі хворі простежені в строки від 1 до 3 років. Рецидивів не спостерігалось.

ОБГОВОРЕННЯ

На сучасному етапі є різні загальнопризнані методики радикальної терапії фонових і передракових захворювань шийки матки і кожен метод виправдовується можливостями даного часу і особливістю кваліфікації спеціаліста. Поряд з цим кожен метод має свої недоліки:

Кріотерапія веде до циркуляторних розладів у тканинах (набряк, стаз, тромби, геморагії) до некрозів, які формуються на 1-3 добу [3] і рецидивам патології [4, 7, 9] особливо лейкоплакії [7, 9].

Застосування діатермохірургічних і хірургічних методів має свої особливості – госпіталізація і стаціонарне лікування хворих, участь суміжних спеціалістів, наркоз – ці методи не являються фізіологічними у зв'язку із втратою хворими органу або частини його [6, 8], що суттєво обмежує їх застосування у жінок дітородного віку; поряд з цим відмічаються рубцювання шийки матки з наступним стенозуванням цервікального каналу, часті кровотечі у післяопераційному періоді; порушення менструального циклу – альгоменорея, загострення хронічного ендометриту і аднекситу, виникнення рецидивів [2, 5, 7, 8]; частота ускладнень достатньо висока, по даним різних авторів вона досягає від 6.2% до 36.5% [18]

ЛЕК признаний як традиційний і теоретично обоснований метод [11, 12] який відрізняється високою ефективністю від 73 % до 98% навіть при важких дисплазіях і преінвазивному раку [10, 11, 13, 14, 24], але в останній час віднесений на останній план внаслідок своїх недоліків і ускладнень – болючість маніпуляції яка потребує спеціальної анестезії, повільне вилікування із значним рубцюванням тканини [21], кровотечі при відпаданні струпа, стеноз цервікального каналу, поява атрофічних змін, ретенційних кист, субепітеліальних ендометріозів, загострення запальних процесів придатків, порушення менструального циклу, виникнення лейкоплакії, обумовленої порушенням трофіки тканин [4, 7] і часті рецидиви від 9% до 18% [1. 7], що при цьому залишаються не коагульованими епітеліальні клітини які глибоко врастають в підлежачу тканину [5.] тоді як при ряді фонових і передракових захворюваннях патологічний осередок локалізується в епітеліальному пласті, товщина якого не перебільшує 500 мікрон [15].

Аналогічна методика коагуляції шийки матки з наступним використанням канаміцину сульфату полідезоксирибонуклеотида розроблена зарубіжними авторами. Ефективність методу складає 83% [10]

ПРАКТИЧНА ЦІННІСТЬ

Аналізуючи багатогранність ускладнень вищеперелічених методів лікування дисплазій шийки матки ми розробили методику ЛЕК основану на обробці струпа борною кислотою. Апробація способу була проведена і впроваджена у практику ранньої діагностики і лікування фонових і передракових станів шийки матки на базі міської поліклініки м. Тисафюред. В результаті апробації запропонованого способу було виявлено, що терапевтичний ефект достатній для лікування фонових і передракових станів шийки матки і володіє рядом переваг:

1. Висока ефективність методу – 99.4%. У 149 хворих досягнута повна реституція після одноразової маніпуляції, обходячи циркуляторні розлади в ділянці коагуляції.

2. Асептичність, що особливо важливо при підвищеному ризику ускладнень внаслідок фізіологічних особливостей багатоперистої мікрофлори вагіни.

3. Широкий вибір пластичних термічних зондів дає можливість видалення пошкодженого епітелію глибоко у цервікальному каналі незалежно від форми і конфігурації шийки матки при умові, що кольпоскопічне дослідження дозволяє з високим ступенем точності верифікувати характер, глибину і ділянки розповсюдження морфологічних змін.

4. Цей органозберігаючий, функціонально щадячий метод лікування повністю зберігає репродуктивну функцію, не порушуючи фізіологічну функцію цервікального каналу [17] забезпечуючого секрецію і постійність бактерицидної слизової пробки у цервікальному каналі.

5. Застосування методу не потребує госпіталізації і стаціонарного лікування хворих, маніпуляція не потребує анестезії [2, II, 12].

6. Дана методика попереджує ризик розвитку рецидивів, загострення запальних процесів придатків, ретенційних кист, субепітеліальних ендометриозів, кровотеч при відпаданні струпа, рубцеві деформації шийки матки, порушення менструального циклу.

7. Методика безпечна для медперсоналу.

8. Хворі повністю зберігають працездатність на всьому протязі лікування.

9. Метод доступний, простий, дешевий, не потребує дорогої апаратури і обслуговування.

10. Для досягнення стійкого ефекту необхідно провести 1 курс лікування.

II. В якості критерію адекватності проводимого лікування і стійкості досягнутого терапевтичного ефекту можуть служити контрольні дані кольпоскопії, цитологічне дослідження шийки матки (при необхідності біопсія шийки матки).

Запропонований метод може успішно застосовуватись в якості самостійного методу лікування хворих фоновими і диспластичними захворюваннями шийки матки в амбулаторних умовах із врахуванням топіки патологічного осередку.

Застосування даного методу лікування дозволило знизити захворюваність раком шийки матки на $66.7 \pm 3.8\%$.

ЛІТЕРАТУРА

1. Анфиногенова Л.В., Нернина И.С. // Вопросы онкологии.-№ 3.-С.103-105.
2. Васильевская Л.Н. Кольпоскопия. -М.: Медицина.-1986. -С.125-137
3. Грищенко В.И. // Акуш. и гинек. -1987, -№ 2. -С.3-6.
4. Калиниченко А.С., Бычков В.И., Кузьменко Г.Ю. // Акуш. и гинек. -1990.-№ 10. – С. 53-54.
5. Коханевич Е.В., Ильяшенко Н.А. Комплексная диагностика и комбинированное лечение предрака и рака шейки матки. -К.: -1976.- С.91-125.
6. Новикова Е.Г., Вехова Л.И., Антошечкина Е.Т. и др. //Акуш. и гинек. -1988. -№ 11, – С.38-40
7. Прилепская В.Н., Фокина Т.А. //Акуш. и гинек. -1990.-№ 6.- С.4-5
8. Тимошенко Л.В., Хабрат Б.В. //Акуш. и гинек. -1991.-№ 12.- С.52.
9. Хаит Р.М. //Акуш. и гинек. -1991.-№ 4. -С.56-57.
10. Bianco V., Stillo A., Vassali S. Ann obstet Gynecol. Med Perinat. 1989. szept. okt. 110 (5) P. 255.
11. Chanen W.) Bailyeres Clin. Obsstet Gynecol. 1995. 9, P. 157.
12. Chanen W. /Aust. N.Z.J. Obstet Gynecol. 1989, 3, P. 189.
13. Deigan E., Carmichael J. and oth. Am.J. Obstet Gynecol. 1986.154. P.255.
14. Giles J., Walker P., Chalk P. Br.J. Obstet 1987. 94, P. 1089.
15. Hilgarth M. Arch. Gynec. 1987. vol. 242, № 1, P. 247.
16. Hussein I. Gallovary R. Obstet Gynec. 1987. № 5, P. 898.
17. Hollyok V., Chanen W., Wein R. Obstet Gynec.1983, 61, P. 79.
18. Molgaard C., Golbeck A., Gresham L. /West.J.Med. 1985, vol.vol. 143 N. 1. P. 42.
19. Morisson J.Obstet Gynec. 1989. № 8. P. 1345.
20. Nasiel K., Nasiel M., Roger V. Obstet Gynec. 1987. P. 712.
21. Nyiresy I., Hernadi Z. Nogyogyszati rakmegelozes es korai felismeres. Budapest, 1994. P. 59.
22. Papp Z. A mehnyakrak szurese, diagnosztikaja es terapia. Budapest, 1992. P.132.
23. Wetrich D. Obstet Gynec. 1987. № 5. P. 997.
24. Woodman C., Jordan J. and oth.Br.J. Obstet Gynec. 1985, 92, P. 751.
25. Zannoni E., Di Taranto G. and oth. Minerva Gynec. 1990. 42. P. 7.

SUMMARY

COAGULATION OF CERVIX UTERI WITH APPLICATION OF BORIC ACID IN THE TREATMENT OF THE DISPLASTIC PROCESSES OF THE CERVIX UTERI.

Salay M.M., Salay V.M.

As a result of applying the suggested method it was discovered that therapeutic effect is sufficient for the treatment of background and pre-cancer conditions of the cervix uteri. This is a safe functionally sparing method of treatment which brings no scar to the organ and retains completely its reproductive function.