

Шиляев А.Ю.

Клиника, диагностика и лечение патологии шейки матки у больных миомой матки

НЦАГиП имени В.И. Кулакова

Актуальность проблемы изучения состояния шейки матки у больных миомой матки определяется тем, что как миома матки, так и заболевания шейки матки являются наиболее часто встречаемыми гинекологическими заболеваниями женских половых органов. При профилактических осмотрах миома матки выявляется впервые у 15% женщин старше 30 лет, а в структуре гинекологических заболеваний частота ее достигает 27%. Частота патологии шейки матки в целом достигает 30% в популяции и увеличивается при сопутствующей гинекологической патологии. Однако данные о частоте патологии шейки матки при миоме отсутствуют.

Чрезвычайно актуальной является проблема определения объема операции при миоме матки в зависимости от состояния шейки матки. Если при наличии изменений шейки матки и необходимости гистерэктомии вопрос решается в пользу экстирпации матки, то при их отсутствии вопрос остается дискуссионным.

Сторонники радикальных операций (экстирпация матки) при нормальном состоянии шейки матки оправдывают такой подход тем, что в культе шейки может возникнуть рак. Частота рака культы шейки после надвлагалищной ампутации матки по отношению ко всем случаям рака шейки колеблется от 0,28 до 3,6%. Высока и частота выявления доброкачественных изменений шейки матки при миоме матки, достигающая 36%. Частота предраковых изменений, выявленных при профилактических осмотрах пациенток с миомой при кольпоскопическом исследовании колеблется от 3% до 16,2%.

Известно, что шейка матки также, как и матка, является гормональнозависимым органом, что свидетельствует об определенной общности патогенетических механизмов, лежащих в основе развития их патологических изменений, однако анатомически и функционально шейка матки в известной мере автономна, и в этой связи многое в развитии ее патологии, в том числе при заболеваниях тела матки остается неизученным.

В частности, не изучена структура заболеваний шейки матки у женщин, наблюдающихся по поводу миомы матки, не определены особенности состояния шейки матки у больных, подвергшихся операции субтотальной гистерэктомии в различные сроки после нее и у неоперированных женщин, подлежащих диспансерному наблюдению, не выявлена эффективность различных методов лечения и реабилитации после проведенного лечения.

В этой связи целью исследования явилась разработка тактики и принципов лечения патологии шейки у больных с миомой матки на основании изучения ее особенностей у неоперированных женщин и у пациенток после субтотальной гистерэктомии (с придатками и без) в различные сроки после операции.

Материалы и методы исследования

Исследование проведено на базе Научно-поликлинического отделения ФГУ «НЦАГиП им. В.И. Кулакова» Росмедтехнологий.

Для решения поставленных задач было проведено ретроспективное исследование 320 историй болезни больных, перенесших субтотальную гистерэктомию по поводу миомы матки и обследование 425 женщин, направленных в Научно – поликлиническое отделение в период с 2002 по 2005 гг. В исследование включены 298 пациенток с патологией шейки матки, которые были разделены на три группы: 1-ю группу составили 102 женщины с миомой матки, 2-ю – 96 женщин после субтотальной гистерэктомии, 3-ю (контрольную) группу – 100 пациенток без патологии матки.

Пациентки обследованы с применением комплекса наиболее информативных методов диагностики.

Основные методы исследования

1. Общеклинический.
2. УЗИ органов малого таза.
3. Расширенная кольпоскопия.
4. Pap-smear test – цитологическое исследование мазков с экзо – и эндоцервикса
5. Бактериоскопия.

6. Микробиологическое исследование отделяемого из влагалища.

7. Обследование на инфекции, передающиеся половым путем (ПЦР).

8. Цервикоскопия (по показаниям).

9. Биопсия шейки матки (по показаниям)

10. Морфологическое исследование биоптата шейки матки и др.

Тактика наблюдения за пациентками состояла в динамическом обследовании и контроле за состоянием шейки матки: до взятия под наблюдение, через 1 месяц, затем через 3, 6, 9, 12 месяцев после лечения. В целом наблюдение осуществлялось в течение 1–3 лет с момента обращения и обследования.

Все результаты обследования были подвергнуты тщательному статистическому анализу. Полученные цифровые результаты обрабатывали методом вариационной статистики. Среднюю статистическую величину M , среднеквадратичное отклонение, ошибку средней m и коэффициент корреляции r вычисляли на компьютере Compaq Presario на базе процессора Pentium – с использованием пакета прикладных статистических программ. Достоверность различий между выборками оценивалась методами вариационной статистики с использованием критерия Стьюдента (t) для парных независимых выборок. Различия между сравниваемыми величинами признавались достоверными при $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

Из 425 обследованных женщин нами были отобраны 298 пациенток с патологией шейки матки, средний возраст которых составил $41,0 \pm 2,0$ года (от 29 до 63 лет).

Больные были разделены на три группы.

I группу составили 102 женщины с патологией шейки матки и миомой матки, не требующей оперативного лечения, а подлежащих диспансерному наблюдению. Во II группу вошли 96 женщин после субтотальной гистерэктомии по поводу миомы матки. III группа была своеобразной контрольной группой, ее со-

ставили 100 женщин с патологией шейки матки без заболевания тела матки.

Из данных акушерско-гинекологического анамнеза следует отметить высокое число аборт в 2-х группах больных: в I-ой – у 26 женщин (25,5%), во II-ой группе – у 51 женщины (53,1%), соответственно. В контрольной группе это показатель составил 12,0%, т.е число аборт в у пациенток с патологией шейки матки при миоме матки достоверно превышало аналогичный показатель у пациенток контрольной группы.

Изучение анамнеза свидетельствовало о большом числе детских инфекционных заболеваний, перенесенных пациентками всех групп, превышающем популяционные значения ($p < 0,01$).

Следует отметить, что у достаточно большого числа пациенток в анамнезе встречались инфекции, передающиеся половым путем (ИППП).

Из инфекций, передаваемых половым путем, наиболее часто в анамнезе встречались: папилломавирусная инфекция, уреоплазмоз.

У 102 женщин I-ой группы была диагностирована миома матки, из них 8 больным в этой группе была ранее проведена консервативная миомэктомия.

Среди гинекологических заболеваний у пациенток во всех исследуемых группах в анамнезе преобладала патология шейки матки и хронический сальпингоофорит.

Анамнез патологии шейки матки показал, что у 59,8% женщин в I-ой группе, у 53,1% – во II-ой и 32,0% – в III-ей группе пациенток врачами ранее в разные сроки до периода наблюдения была диагностирована так называемая «эрозия» шейки матки, по поводу чего части из них проводилось лечение различными деструктивными методами без детального обследования и нередко без последующего наблюдения.

При применении специальных методов исследования и анализе полученных данных была определена структура заболеваний шейки матки.

Как видно из *таблицы 1* наиболее часто в структуре заболеваний шейки матки у больных I-ой группы выявлялся хронический цервицит, который диагностирован у 72,5% больных и его последствия в виде ретенционных кист шейки матки – у 70,6% женщин, часто встречалась деформация шейки матки, обусловленная преимущественно вмешательствами на шейке матки (абортами и др.), а также

лейкоплакия шейки матки (47,1%).

В *таблице 2* представлена структура заболеваний шейки матки у пациенток 2-ой группы, которым в те или иные сроки до периода наблюдения была произведена операция субтотальной гистерэктомии по поводу миомы матки или ее сочетания с доброкачественными опухолями яичников (без придатков – у 29 больных, с придатками у – 67 больных).

Исследования шейки матки показали, что основными патологическими изменениями на шейке матки явились: хронический цервицит – у 83,3%, причем у 70 больных – атрофический, (у женщин с овариоэктомией в анамнезе). В данной группе у 5 (5,2%) пациенток выявлен CIN I – III, а у 4 (4,2%) был диагностирован рак шейки матки, из них у 3 (3,1%) больных – плоскоклеточный рак шейки матки), у 1 – аденокарцинома (стадия IA1). Эти пациентки были направлены для консультации и дальнейшего лечения к онкогинекологу.

Следует отметить, что рак шейки матки был диагностирован у больных, которым операция была произведена в сроки от 1–4 лет тому назад.

В 3-ей, контрольной, группе пациенток (*таблица 3*), у которых не было выявлено патологии тела матки, изменения на шейке матки встречались достоверно реже, чем в первых двух группах, ($p < 0,001$). Однако и у пациенток контрольной группы наиболее часто встречался хронический цервицит – у 48 % женщин.

Кольпоскопические и морфологические особенности выявленной патологии шейки матки в 3-х группах больных имели признаки, характерные для конкретной нозологической формы заболевания.

На *рисунке 1* представлена кольпоскопическая картина сочетания хронического цервицита и ретенционных кист шейки матки, возникших в виду нарушения процессов эпителизации на фоне деформации шейки матки.

Нередко диагностировалась лейкоплакия шейки матки (54,8%), чаще как следствие неадекватного, многократного лечения патологии шейки матки, проведенного ранее, что совпадает с данными Новиковой М.Ю. (2000).

Анализ результатов микроскопического и микробиологического методов исследования показал высокую частоту выявляемости бактериального вагиноза (в целом – у 36,4 % из общего числа пациенток), и вульвовагинального кандидоза – у 23,7% женщин.

Таблица 1.

Структура заболеваний шейки матки у больных 1 группы

	Абс.	%
Цервицит	74	72,5
Эктропион	74	72,5
Ретенционные кисты	72	70,6
Лейкоплакия	48	47,1
Эндометриоз	18	17,6
Полип цервикального канала	8	7,8

Таблица 2.

Структура заболеваний шейки матки у больных 2 группы

	Абс.	%
Цервицит	80	83,3
Эктропион	68	70,8
Ретенционные кисты	64	66,7
Лейкоплакия	40	41,7
Эндометриоз	16	16,7
Полип цервикального канала	4	4,2
Рак шейки матки	4	4,2

Таблица 3.

Структура заболеваний шейки матки у больных 3 группы

	Абс.	%
Цервицит	48	48
Ретенционные кисты	40	40
Лейкоплакия	36	36
Эктропион	20	20
Эндометриоз	6	6
Полип цервикального канала	6	6

Как известно, бактериальный вагиноз не относится к воспалительным заболеваниям женских половых органов, а является дисбиотическим процессом (Анكيرская А.С., Прилепская В.Н., 2007). По – видимому, обменные нарушения, присущие в целом больным с миомой матки, закономерно сказываются и на состоянии микробиоценоза влагалища, причем эти изменения были более значительно выражены во 2-ой группе пациенток, перенесших субтотальную гистерэктомию (Новиков А.И. и др. 2002). Известно также, что не только бактериальный вагиноз, но и вульвовагинальный кандидоз, по классификации МКБ – 10, не отнесены к инфекциям, пе-

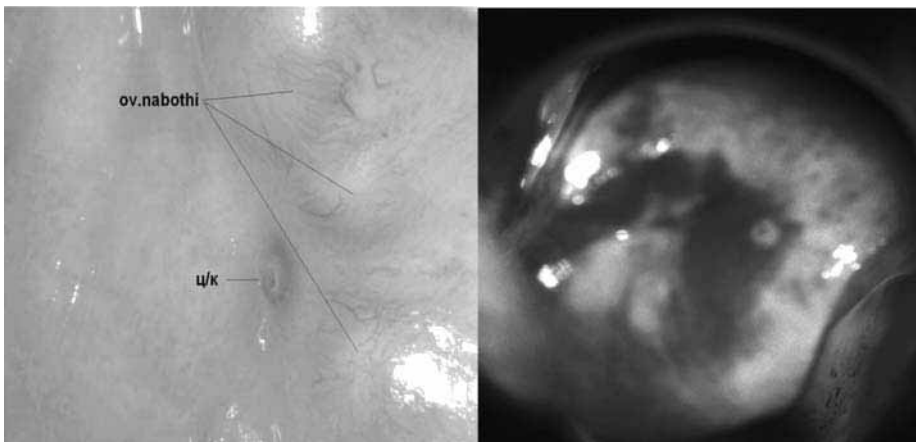


Рисунок 1. Хронический экзоцервицит с образованием ретенционных кист на шейке матки.

редающимся половым путем, и во многом инфицирование грибами обусловлено дисбиозом.

В большинстве случаев (53,5%) при выявлении бактериального вагиноза, вульвовагинального кандидоза у больных были диагностированы хронические экзо- и эндоцервициты. Известно, что влагалище и шейка матки, представляют собой единую экосистему и в большинстве случаев мы можем говорить о заболевании того и другого органа одновременно.

Следует отметить, что такая тяжелая патология, как рак шейки матки сочеталась с атрофическим вагинитом у 2 пациенток, у 1 пациентки рак шейки матки возник как следствие папилломавирусной инфекции.

Многими авторами отмечено наличие у больных миомой матки очагов хронической инфекции. Несвоевременное и неадекватное лечение приводит к распространению процесса, что отчасти объясняет рецидивирующий характер течения патологии шейки матки на фоне миомы матки.

При анализе клинико – лабораторных параметров, полученных в 1-й и 2-ой группах больных, обращал на себя внимание длительный анамнез патологии шейки матки, однотипный диагноз «эрозия» шейки матки при определении тактики ведения, длительное наблюдение больных без проведения терапии, использование так называемых «консервативных» методов лечения (тампоны, мази, аппликации, орошения, в том числе и биологически активными веществами). Это способствовало хронизации и прогрессированию процесса вплоть до развития дисплазии. Практически у каждой второй пациентки встречалась сочетанная патология: лейкоплакия сочеталась с эктропиозом, деформация шейки мат-

ки сочеталась с хроническим цервицитом, с эндометриозом.

Тактика ведения больных

При лечении патологии шейки матки у больных с лейомиомой мы считали обоснованным применение ДЭК и радиоволновой хирургии ввиду наличия данных литературы о возможной стимуляции роста миомы при использовании данных методик.

Более обоснованным является применение CO₂-лазера, так как он безопасен в процессе лечения, позволяет контролировать визуально весь процесс коагуляции, не является травматичным и дает меньшее число осложнений после лечения.

В этой связи нами проведена лазерная деструкция доброкачественных патологических процессов на шейке матки у больных в трех группах с учетом характера патологического процесса. 103 больным проведена лазерная коагуляция, 94 – конизация шейки матки CO₂-лазером.

Клиническая оценка эффективности лечения патологии шейки матки с помощью CO₂-лазера проводилась по следующим критериям:

- Осложнения во время лечения.
- Длительность лимфории.
- Сроки завершения эпителизации шейки матки.
- Полноценность эпителизации.
- Рецидивы заболеваний шейки матки в ранние и отдаленные сроки.

У пациенток второй группы, особенно после тотальной гистерэктомии с придатками, обращали на себя внимание особенности течения заболеваний шейки матки, которые характеризовались рецидивирующим характером течения, более длительным процессом регенерации после проведенного деструк-

тивного лечения. Учитывая это, для сокращения сроков регенерации эпителия у пациенток II группы, которым были удалены придатки матки, применялся препарат «Овестин» в виде вагинальных свечей, содержащих 0,5 мг эстриола, длительность применения препарата составила 14 дней.

Наблюдение за женщинами осуществляли в сроки 1, 3, 6 и 12 месяцев с кольпоскопическим и цитологическим контролем в эти же сроки (таблица 4).

Наиболее эффективным лечение оказалось у пациенток 3-й, контрольной группы, для которых были характерны:

- течение периода эпителизации меньше на 1–2 недели, чем в основных группах.

- частота осложнений у пациенток контрольной группы также намного ниже, чем в основных исследуемых группах – 8 (7,8%) пациенток в I-ой группе, у 11 (11,5%) больных II-ой группы и у 6 (6,0%) женщин в III-ей группе (p<0,05).

Нами определена тактика ведения пациенток с миомой и патологией шейки матки, которая должна быть дифференцированной и поэтапной и предусматривать:

- этиотропное лечение сопутствующих заболеваний влагалища в соответствии с общепринятыми стандартами.

- цитологическое исследование мазка и кольпоскопию.

- при обнаружении патологии шейки матки – биопсию шейки матки с последующим морфологическим исследованием биоптата.

- лазерную коагуляцию при доброкачественных процессах на шейке матки.

- при затяжном течении репаративных процессов – применение средств, способствующих регенерации шейки матки (эстриолсодержащий препарат «овестин»).

- в тех случаях, когда пациентке с миомой матки определены показания к хирургическому лечению, вне зависимости состояния шейки матки, предпочтительна тотальная гистерэктомия, т.к. у пациенток в различные сроки после субтотальной гистерэктомии частота доброкачественной патологии шейки матки достигает 83,3%, злокачественной – 4%.

Наблюдение после проведенного лечения шейки матки должно включать в себя активное диспансерное наблюдение:

- клиническое исследование
- цитологическое исследование цер-

викального эпителия через 1, 3, 6, 12 месяцев после лечения и далее 1 раз в год – расширенное кольпоскопическое исследование влагалища и шейки матки.

Выводы

1. Больных с миомой матки следует относить к группе риска по возникновению патологических процессов шейки матки. Частота доброкачественной патологии шейки матки превышает в 2 раза аналогичные показатели у женщин без патологии тела матки и составляет 83,3%. При этом частота и тяжесть этой патологии у женщин после субтотальной гистерэктомии достоверно превосходит таковую у неоперированных больных.

2. Структура патологии шейки матки у женщин с миомой матки, не подлежащих оперативному лечению, представлена в основном доброкачественными процессами, среди которых преобладают хронические экзоцервициты и ретенционные кисты шейки матки, лейкоплакия.

3. У пациенток после субтотальной гистерэктомии (с придатками и без) по поводу миомы матки, частота патологических процессов шейки матки достоверно ($p < 0,01$) выше, чем у пациенток диспансерной группы, наряду с большей их тяжестью вплоть до развития

CIN I–III (5,2%) и рака шейки матки (4,2%) в различные сроки после оперативного лечения.

4. Течение заболеваний шейки матки у больных с миомой отягощено длительным анамнезом заболевания, предшествующей неадекватной и неэффективной терапией.

5. Применение лазерной деструкции является эффективным методом лечения доброкачественной патологии шейки матки (эффективность лечения составила 73,4%). Исключение составляют женщины, перенесшие субтотальную гистерэктомию с придатками матки, для которых характерен длительный период регенерации и склонность к рецидивам после лечения шейки матки.

6. Эстриол способствует ускорению процессов регенерации многослойного плоского эпителия и уменьшению числа рецидивов патологических процессов в 2 раза у пациенток после субтотальной гистерэктомии.

7. Учитывая высокую частоту и тяжесть заболеваний шейки матки у больных после субтотальной гистерэктомии вплоть до развития предрака и рака шейки матки при решении вопроса об объеме операции с позиций отдаленных результатов, предпочтение следует отдавать тотальной гистерэктомии.

Литература

1. Костава М.Н., Быковская О.В., Шиляев А.Ю. /Атрофические и дистрофические заболевания нижнего отдела половых путей // Генитальные инфекции и патология шейки матки – №1. – 2005. – С. 39 – 44
2. Шиляев А.Ю. /Лейомиома матки в помощь начинающему врачу// Гинекология Т.7. – №1 – 2005. – С.65–70
3. Шиляев, А.Ю., Голубенко А.И. / Современные подходы к диагностике и лечению лейомиомы матки // Вестник ВолГМУ 2008. – N3.– С. 22–25.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

- АД – артериальное давление
 ГЭ – гистерэктомия
 ИППП – инфекции передаваемые половым путем
 МКБ – международная классификация болезней
 ПЦР – полимеразная цепная реакция
 CIN – цервикальная интраэпителиальная неоплазия
 PAP – test – цитологическое исследование мазков экзо – и эндоцервикса



ПОДПИСКА НА ЖУРНАЛ
в каталоге «Роспечать» на 2013 г.
индекс 80709