

плаценты не наблюдалось.

29 беременных (69%) после поворота плода на головку родоразрешились в головном предлежании в срок. Масса новорожденных составила в среднем $3250,0 \pm 230,0$ г, они были оценены по шкале Апгар на 8 - 10 баллов. Со стороны матери осложнений в родах и послеродовом периодах не наблюдалось.

Таким образом, у 19,1% пациенток поворот на головку был неэффективен и роды произошли в тазовом предлежании. В остальных случаях (80,9%) поворот на головку был успешным.

В группе сравнения, где не применялся поворот, у 52 (38,8 %) беременных с тазовым предлежанием плода роды закончились операцией кесарева сечения. Это те женщины, у которых был отягощенный акушерский анамнез, крупный плод, ножное предлежание плода. Масса новорожденных была в пределах 3700,0-4300,0 г.

Таким образом, проведенные нами исследования показывают, что роды в тазовом предлежании в настоящее время остаются актуальной проблемой акушерской практики и наружный акушерский поворот плода на головку в сроке 38-39 недель, проведенный при тщательном соблюдении условий и учета противопоказаний в ряде случаев может быть альтернативным методом существующей акушерской тактике и способствовать снижению показателей оперативного родоразрешения, перинатальной смертности и заболеваемости, а также числа женщин с болезнью оперированной матки.

Литература

1. Акушерство. Национальное руководство. Под. ред. Э. К. Айламазян, В. И. Кулаков, В. Е. Радзинский, Г. М. Савельева 2009 г. «ГЭОТАР- Медиа»
2. Игамбердиева Н.Б. Прогнозирование исхода беременности и выбор тактики родоразрешения при тазовом предлежании плода: Дис. ... канд. мед.наук. - Ташкент, 2006. - 123 с.
3. Чернуха Е. А., Пучко Т.К. Всех ли женщин с тазовым предлежанием плода при доношенной беременности следует родоразрешать путем кесарева сечения? //Акушерство и гинекология. - 2007. - № 2. - С. 8 — 14.
4. Чернуха Е. А., Пучко Т.К. Тазовое предлежание плода. Руководство для врачей. /2-е изд. - М.: ГЭОТАР- Медиа, 2007. - 175 с.
5. Цхай В.Б. Перинатальное акушерство. — М.: Медицина, 2003
291

ПРИМЕНЕНИЕ РАДИОВОЛНОВОЙ И АРГОНОПЛАЗМЕННОЙ ЭНЕРГИИ В ЛЕЧЕНИИ ФОНОВЫХ И ПРЕДРАКОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ШЕЙКИ МАТКИ

Каттаходжаева М.Х., Глухов Е.Ю., Сулейманова Н.Ж., Амонова З.Д.
Ташкентский Государственный Стоматологический Институт
Уральский Государственный Медицинский Университет

Актуальность проблемы. В современной медицинской практике заболевания шейки матки занимают лидирующие позиции в связи с высокой

частотой их встречаемости, нередким трансформированием в предраковые состояния, которые в свою очередь, могут быть причиной рака шейки матки. На сегодняшний день, как в мировой практике, так и в Узбекистане и в России, в структуре онкологических заболеваний органов гениталий у женщин рак шейки матки – второе по частоте заболевание, обуславливающее высокую смертность пациенток. ВОЗ выделяет в качестве противодействия смертности от рака такие основные направления, как – профилактика, скрининг и ранняя диагностика предраковых заболеваний и ранних стадий. Состояния шейки матки, длительно существующие на фоне воспалительных процессов, относятся к группе риска по возникновению предрака [1, 2]. Согласно данным исследований, частота патологических процессов на шейке матки составляет около 15% в структуре гинекологических заболеваний, а рак шейки матки занимает второе место среди онкогинекологической патологии у женщин [3, 6]. В последние годы, достигнут значительный прогресс и существенно расширились возможности в плане диагностики и лечения патологии шейки матки как основы профилактики злокачественных поражений данной локализации. При этом стоит отметить, что в целом тактика ведения пациенток стала более щадящей. Применяемые методы лечения патологии шейки матки с использованием методов коагуляции (химическая, крио- и лазерная деструкция, а также диатермокоагуляция и диатермоэксцизия шейки матки) сопряжены с относительно длительной медицинской реабилитацией больных. Работами ряда авторов подтверждено, что наряду с убедительной эффективностью вышеописанных методов лечения имеет место длительный (до 12 недель) процесс регенерации эпителия, что обуславливает возможность инфицирования, патологической пролиферации и метаплазии эпителия и соединительной ткани (4, 5). Особенно длительный процесс регенерации отмечается после диатермокоагуляции, эксцизии, крио- и лазерной деструкции обширных доброкачественных очагов патологии эпителия на фоне эктропиона и рубцовых изменений шейки матки. В таких наблюдениях имеет место высокий процент образования субэпителиального эндометриоза (от 8 до 40%), синдрома «коагулированной шейки», кровотечений, обострение хронических

292

воспалительных процессов (до 30%), образование стеноза цервикального канала, истмико-цервикальной недостаточности [4, 2, 6]. Актуальность проблемы побуждает к поиску более совершенных методов лечения фоновых процессов шейки матки, позволяющих ускорить эпителизацию шейки матки и избежать осложнений после проведенного лечения.

Необходимо помнить, что методика аблации может быть применена, только если зона трансформации полностью визуализируется при кольпоскопии, отсутствует злокачественный инвазивный процесс и атипия железистого эпителия канала и нет расхождения в данных цитологического и гистологического исследований [4, 7]. Общепринятыми показаниями для использования данной методики являются:

- заболевания шейки матки в виде поверхностных поражений (эктопия, стойкий хронический цервицит, эндометриоидные гетеротопии, гиперкератоз, CIN легкой степени);
- остановка кровотечений после биопсии, удаления новообразований и конизаций.

Немаловажным фактором является адекватное лечение данной патологии. При взятии биопсии, экцизии или конизации шейки матки, вскрытии ретенционных кист, хирургическом лечении эктропиона, удалении различных новообразований шейки, влагалища или вульвы, очень важными являются безопасность электрохирургических технологий, регулирование глубины ожогового поражения тканей и косметологические эффекты. Таким образом, крайне актуальными являются вопросы правильного выбора метода коагуляции или абляции пораженных участков шейки матки, особенно у женщин с продолжающейся репродуктивной функцией.

Целью данного исследования явилось изучение сравнительной эффективности и безопасности применения аргонотермической коагуляции и других методов деструкции патологических очагов шейки матки при доброкачественных фоновых и предраковых процессах.

Материалы и методы. Объектом исследования явились 67 женщин репродуктивного возраста с различной патологией шейки матки. В основную группу вошли 37 пациенток, в лечение которых применялась радиоволновая биопсия и аргонотермическая абляция. В лечение 30 женщин использовалась традиционная диатермоэлектрокоагуляция с применением аппарата К57.

Процедуры радиоволновой биопсии и аргонотермической коагуляции проводились на российском аппарате «Фотек ЕА-141» в первой фазе менструального цикла – на 5–9 день. Абляция выполнялась при условии полной кольпоскопической визуализации зоны трансформации и отсутствия расхождения между данными проведенных обследований. Для этого использовался поток аргонотермической плазмы в режиме «Спрей» и мощностью 36–38 Вт (мягкая, плавная аргонотермическая абляция). Обезболивания рутинно не производилось.

293

Результаты исследования. При выполнении работы под наблюдением находились 87 женщин в возрасте от 16 до 38 лет (средний возраст – $22,3 \pm 1,7$ года) с доброкачественными патологическими процессами эпителия шейки матки. Прежде чем применять методы аргонотермической коагуляции тканей и другие методы деструкции патологических очагов при данной патологии шейки матки все 67 пациенток были отобраны после проведения комплексного обследования: цитологическое, общеклиническое обследования, расширенная кольпоскопия, диагностика методом полимеразной цепной реакции (ПЦР), бактериологическое и бактериоскопическое исследования отделяемого из цервикального канала и влагалища, исключающие инфекционно-воспалительные процессы. При кольпоскопических исследованиях выявлены следующие заболевания:

эктопия цилиндрического эпителия – у 21 пациентки (37%), доброкачественная зона трансформации – у 12 женщин (21%), сочетание перечисленных процессов диагностированы в 17 случаях (30%), субэпителиальный эндометриоз – у 7 (12%) женщин. Перечисленные патологические процессы шейки матки с одинаковой частотой распределялись в обеих группах больных. Обследованные пациентки были разделены на 2 группы. I группу составили 37 женщин, которым коагуляцию патологических очагов проводили, используя аргоноплазменную коагуляцию тканей с применением аппарата «ФОТЕК-ЕА 141» (Россия) в режиме «Спрей» при мощности 36-38 Вт, расход газа – 7 литров в минуту. Коагуляция проводилась факелом аргоновой плазмы круговыми движениями от периферии к центру с частичным захватом здоровой ткани, до образования светло-желтого участка обработанного эпителия. Перед проведением процедуры с целью локального обезболивания проводилась обработка шейки матки препаратом лидокаин-спрей. II группу – 30 женщин, которым была выполнена криодеструкция шейки матки. Группы были сопоставимы по возрасту пациенток, анамнестическим данным и результатам комплексного исследования. Вмешательство осуществлялось амбулаторно. При необходимости назначалась санация влагалища, противовоспалительная терапия. Обычно в процессе операции пациентки отмечали легкий дискомфорт внизу живота или чувство «покалывания внутри», что не требовало применения медикаментов. Продолжительность операции составляла 10–15 мин. Осложнений во время и после процедуры не возникло ни в одном случае. По окончании вмешательства пациентки были отпущены домой с рекомендациями воздержаться от половых контактов до контрольного осмотра через 1,5 месяца, ограничить физические нагрузки, исключить купание и при необходимости использовать прокладки «на каждый день». Клиническая эффективность терапии оценивалась по положительной динамике клинической симптоматики, кольпоскопической и цитологической картины. В результате опроса после выполнения

294

процедуры было выяснено, что в I группе женщин болевые ощущения в виде умеренного покалывания или жжения отмечали 30% пациенток. Жалобы по продолжительности были в течение 2-5 минут, в дальнейшем чувство дискомфорта не проявлялось. У женщин II группы болевые ощущения разной степени выраженности присутствовали у 15 (79%) пациенток, что заставляло применять обкалывание шейки матки 2% – 1 мл лидокаином или ультракаином или обработку шейки матки препаратом лидокаин-спрей, назначать различные обезболивающие препараты после процедуры. Болевые ощущения отмечались на протяжении 2-4 часов. В послеоперационном периоде раневой экссудат был представлен скудными серозными или мажущими сукровичными выделениями, которые продолжались 6–11 дней. При отторжении струпа с раневой поверхности шейки матки на 7–10 сутки во всех случаях выделения не требовали

лечебных мероприятий. Во II группе, где применялась диатермодеструкция патологических очагов, обильные водянистые выделения наблюдались у всех 100% пациенток в течение 20 дней, затем интенсивность постепенно снижалась, полностью исчезали через 28-30 дней. При проведении контрольной кольпоскопии через 28-30 дней после проведенного лечения отмечено, что в I группе, после аргоноплазменной коагуляции тканей полная эпителизация тканей шейки матки наступила у 90% пациенток, средний срок полной эпителизации составил 35 дней (на 25-45 дней раньше, чем в группе сравнения. В группе больных после диатермодеструкции шейки матки при кольпоскопии через 35 дней полная эпителизация констатирована только у 38,8% женщин, а средний срок полной эпителизации составил 3 месяца. Рубцовые изменения присутствовали в 22% случаев. Повторное вмешательство после диатермодеструкции методом аргоноплазменной коагуляции пришлось выполнять 4 женщинам. Контрольный осмотр и расширенная кольпоскопия проводились через 1,5–2 месяца после операции и при необходимости далее в динамике. Было установлено, что средняя продолжительность заживления шейки после процедуры составила $42 \pm 2,5$ дня. Замедленная эпителизация (50–60 дней) отмечена в 3 случаях, причем во всех этих ситуациях процедура аргоноплазменной коагуляции шейки проводилась после санации влагалища в связи с бактериальным вагинозом и/или ИППП – микоплазменной, уреоплазменной и папилломавирусной инфекциями; таким пациенткам после осмотра назначался декспантенол вагинально (в свечах) и актовегин (в драже) перорально в стандартных курсовых дозировках.

Выводы

В соответствии с полученными результатами можно сделать ряд выводов о целесообразности применения метода аргоноплазменной коагуляции в лечении патологии шейки матки.

295

Преимуществами данного метода являются: – возможность одномоментного и быстрого удаления патологических тканей с большого очага поражения;

- минимальные дискомфортные ощущения в процессе операции, что позволяет отказаться от анестезии в большинстве случаев;
- отсутствие физического соприкосновения рабочей части инструмента с тканями пациента сводит на нет возможность инфицирования и образования нагара на электроде, обеспечивает возможность контроля глубины и площади коагуляции;
- бескровность вмешательства и отсутствие дыма обеспечивает врачу хорошую визуализацию и возможность производить быстрые и точные манипуляции;
- стерилизующий эффект радиоволн позволяет использовать его при лечении стойкого хронического цервицита;
- сохранение формы шейки матки и отсутствие грубого рубцевания

позволяют применять данный метод нерожавшим и планирующим повторную беременность женщинам;

– короткие сроки заживления послеоперационной раны.

Список использованной литературы:

1. Диагностика и лечение заболеваний шейки матки, влагалища и наружных половых органов широкополосной радиоволновой хирургии и аргонплазменной абляции / С. И. Роговская, В. Н. Прилепская, Т. Н. Бебнева и др.] // Пособие для врачей. – Москва, 2008. – 44 с.
2. Заболевания шейки матки, влагалища и вульвы / под ред. В. Н. Прилепской. – М. : «МЕДпрессинформ», 2003. – 430 с.
3. Кустаров. В. Н. Патология шейки матки / В. Н. Кустаров, В. А. Линде. – СПб. : Изд-во «Гиппократ», 2002 – 141 с.
4. Обоскалова Т. А. Оптимизация методов лечения патологии шейки матки (опыт применения аргонплазменной абляции) / Т. А. Обоскалова, Е. Ю. Глухов, Т. В. Кузина [и др.] // Патология шейки матки и генитальные инфекции – от теории к практике : материалы Конференции , Москва, 2007 г.
5. Оценка эффективности лечения заболеваний шейки матки аргонплазменной коагуляцией у нерожавших женщин / Т. Е. Белокриницкая, И. с соавт. //Профилактика рака шейки матки: взгляд в будущее: материалы Международная научно-практической конференции, 2–4 апреля 2008 г., Москва, Россия.
6. Прилепская В. Н. Эктопии и эрозии шейки матки / Прилепская В. Н., Рудакова Е. Б.,
7. Shumacher A. Laser therapy of the uterine cervix / A. Shumacher // Zentralbl. Gynakol. – 1994. – Vol. 116, № 2. – P. 17–22.

296

НАРУЖНЫЙ АКУШЕРСКИЙ ПОВОРОТ ПРИ ТАЗОВОМ

ПРЕДЛЕЖАНИИ ПЛОДА - КАК АЛЬТЕРНАТИВА АБДОМИНАЛЬНОМУ РОДОРАЗРЕШЕНИЮ

**К а т т а х о д ж а е в а М. Х., У м а р о в З. М., А б д у л л а е в а Л. С., С а ф а р о в А. Т.,
С у л а й м а н о в а Н. Ж.**

Т а ш к е н т с к и й Г о с у д а р с т в е н н ы й с т о м а т о л о г и ч е с к и й и н с т и т у т

С а м а р к а н д с к и й м е д и ц и н с к и й и н с т и т у т

А к т у а л ь н о с т ь п р о б л е м ы. Тазовое предлежание относится к

патологическим состояниям беременности, роды при нем также считаются патологическими. Тем не менее, около 4-6% всех беременностей протекают