

Н. М. Айламазян

Лечение эндоцервицитов и стойких форм эрозии шейки матки электрокоагуляцией

Профилактика и лечение предраковых состояний женских половых органов являются одним из важнейших мероприятий в борьбе против рака. Поэтому в клинике заболеваний женской половой сферы проблема лечения эндоцервицитов, полипозных разрастаний и долго незаживающих эрозий шейки матки в настоящее время приобретает весьма актуальное значение.

Для эффективной терапии эрозии и ведения причинного лечения необходимым является установление основных этио-патогенетических факторов болезни. Этиологическим моментом для хронических цервицитов и эрозий, в большинстве случаев, являются гоноррея и другие виды инфекции, а также *trichomonas vaginalis*.

Конечно, это не значит, что при лечении хронических эрозий и эндоцервицитов нужно учитывать только этиологический фактор и устанавливать вид инфекции. Важно еще распознавание и выявление тех пато-структурных изменений, которые происходят под влиянием воспалительных процессов. Вкратце поэтому мы остановимся на них.

При длительно протекающих воспалительных процессах цилиндрический эпителий, покрывающий эрозированную поверхность шейки матки, углубляется в подлежащую соединительную ткань и образует множество желез, наподобие шеечного канала (см. рисунки препаратов 1 и 2).

На препаратах видно, что влагалищная часть шейки матки на значительном протяжении покрыта типичным цервикальным цилиндрическим эпителием. Во многих местах цилиндрический эпителий погружен в глубь подлежащей соединительной ткани с образованием желез, с типичной цилиндроклеточной эпителиальной выстилкой. Соединительная ткань между железами богата клеточными элементами и сосудами. Среди соединительно-тканной стромы и вблизи железы—очаги мелкокруглоклеточного инфильтрата.

При некоторых же случаях выходные просветы желез закрываются вследствие нарастания на поверхности эрозии плоского эпителия или вследствие перегиба выводного канала, в результате давления растущего вокруг них эпителия, обуславливая накопление и застой секрета в них с образованием кист и *Ovula Nabothii*.

При наличии последних шейка матки утолщается, и при пальпации обнаруживаются узловатые образования (рис. 3). В препарате



Рис. 1.

Diagnosis: Erosio glandularis cum inflammatio chronica.



Рис. 2.

видно множество желез. Они различной величины. Некоторые из них очень большие, кистозно расширены, вследствие закрытия пути оттока секрета.



Рис. 3.

Из многочисленных литературных данных известно, что при хронических воспалительных процессах в эндометрии может происходить патологическая гиперплазия слизистой, т. е. ненормальный чрезмерный рост эпителия. Поэтому можно полагать, что при хронических процессах, долго незаживающих эрозиях и эндоцервицитах трофические и патоструктурные изменения, сопровождающие их, могут не только влиять на характер регенерации, но и служить патологическим стимулом к более быстрому и атипическому росту эпителия.

При стойких эрозиях, затяжных хронических эндоцервицитах происходят воспалительные и регенераторные разрастания эпителия. Благодаря чрезмерному росту, эпителий не успевает дифференцироваться и морфологически принимает характер атипического (Улезко-Строганова).

Такого рода изменения плоского и железистого эпителия шейки матки рассматриваются как „угрожающие по раку“ состояния (Нудольская).

Вот почему лечение эрозий и эндоцервицитов в настоящее время приобретает весьма актуальное значение.

На основании учения великого русского физиолога И. П. Пав-

лова „О трофической иннервации и патологических рефлексах“, нужно прийти к заключению, что при долго незаживающих эрозиях и эндоцервицитах шейки матки имеет место нарушение иннервации — возникновение патологических импульсов в воспалительно-эрозивной области и нарушение трофики.

Все это говорит в пользу того обстоятельства, что при воспалительных явлениях с нарушением трофики поддерживается хроническое состояние процесса и еще более ухудшается заживление эрозии. Помимо этого, вследствие длительного раздражения периферических нервных рецепторов, может быть вызван ряд функциональных расстройств как местного, так и общего характера (обильные выделения, боли, нарушение менструального цикла и т. д.).

Из вышеизложенного становится ясным, что в процессе возникновения хронических эрозий важную роль играет нервная система.

Отсюда и необходимо осуществление мероприятий, направленных к ликвидации пораженного очага, являющегося местом возникновения патологических импульсов, раздражающих задерживающие трофические нервы. Ввиду того, что кроме местного воспалительного процесса причинами эрозии шейки матки, в ряде случаев, являются общие заболевания (овариальная дисфункция, диабет, ожирение, глисты и т. д.), поэтому необходимо при лечении эрозий и эндоцервицитов местную терапию сочетать с общей.

Для лечения эрозии и эндоцервицитов существует множество методов консервативного характера, но, к сожалению, в большинстве случаев они или мало эффективны или их результаты носят временный характер. Поэтому довольно часто наблюдается после кратковременного улучшения рецидив болезни.

При лечении эрозии выбор метода должен быть обусловлен теми факторами, которые поддерживают патологический процесс, и пато-структурными изменениями, которые для данного случая являются основными.

Необходимо, чтобы предпринятые лечебные мероприятия были направлены, главным образом, к устранению основной причины эрозии, а не только процессов, являющихся ее последствиями, что иногда наблюдается в практической работе врачей.

При выборе метода лечения папиллярных и фолликулярных форм эрозии, кроме учета этио-патогенетических факторов, мы исходили также и из тех патоморфологических структурных изменений, которые обнаруживались при клинических и гистологических исследованиях, и общего состояния организма.

В настоящей работе мы задались целью поделиться результатами проверки эффективности лечения хронических эндоцервицитов и эрозий папиллярных и фолликулярных форм шейки матки методом электрокоагуляции.

В Институте рентгенологии и онкологии было подвергнуто лечению методом электрокоагуляции всего 295 больных в возрасте от 22 до 55 лет.

Эти больные страдали долго незаживающими и упорными формами эрозий и эндоцервицитов. Почти без исключения все больные до поступления в институт лечились в женских консультациях и в гинекологических стационарах различными способами, в течение нескольких месяцев до одного года и более. Весь клинический материал, объединяющий 295 случаев, на основании патологоанатомической и клинической картины разделен на 6 групп.

Таблица 1

Распределение больных по клинической и патологоанатомической картине заболевания

Эрозии и эндоцервициты	Число случаев
Эндоцервициты и сопутствующие им эрозии	43
Фолликулярные эрозии	73
Фолликулярные эрозии и эндоцервициты	81
Папиллярные эрозии	34
Папиллярные эрозии и эндоцервициты	35
Смешанные формы	29

Как правило, перед лечением все больные подвергались различным лабораторным исследованиям: клиническому анализу крови, РОЭ и мочи, микроскопированию отделяемого цервикального канала, определению степени чистоты влагалищной флоры и т. д.

В 106 случаях перед началом лечения была произведена также биопсия с установлением патогистологического диагноза. В остальных случаях, по мере необходимости, была произведена кольпоскопия, с помощью которой возможно было определять характер заболевания.

Лечение электрокоагуляцией проводилось в амбулаторных условиях, на 4—6-й день после менструации.

Лечение эндоцервицитов и эрозий электрокоагуляцией мы проводили с помощью хирургического диатермического аппарата.

Сущность электрокоагуляции заключается в уничтожении патологически измененной ткани шейки матки. Требуемая глубина коагуляции находится в зависимости от локализации и глубины поражения в ткани.

Электрокоагуляция производилась обычно в один сеанс. После электрокоагуляции мы предпочитали в тот же час смазывать коагулированную поверхность 2%, марганцево-кислым калием, впоследствии повторяя с промежутками от одного до трех дней, всего 2—3 раза.

По мнению некоторых авторов, что и подтверждается нашим материалом, после электрокоагуляции повышается регенераторная способность тканей, и раневая поверхность мало проявляет склонности к нагноению.

Переходя к изложению результатов лечения, наблюдаемых нами в течение от 3 месяцев до 3 лет больных, считаем необходимым отметить, что среди 295 больных осложнения имелись в четырех случаях (1,3%) в виде легкого сужения наружного зева шейки матки, которое устранено путем расширения. В 4 случаях имели место кровотечения в связи с ранним отторжением струпа (на 3—4-й день).

У 8 больных менструация наступила раньше срока на 5—10 дней. В 35 случаях наблюдалась субфебрильная температура продолжительностью от 2 до 4 дней, в пяти случаях после электрокоагуляции имел место рецидив эрозий.

Все лечившиеся больные отмечали субъективное улучшение, прекращение влагалищного выделения, исчезновение болей и установление менструации.

После лечения электрокоагуляцией в тридцати случаях мы наблюдали беременность.

Таблица 2

Результаты лечения

	Полное за- живление эрозий	Улучше- ние	Реци- дивы	Не имеется сведений	Осложнения	
					кровоте- чение	легк. сужев. наруж. зева
Количество больных	272	11	5	7	4	4
Проц. к об- щему числу	92,2	3,7	1,7	2,4	1,3	1,3

Из таблицы 2 видно, что полное заживление имело место в 92,2% и улучшение в 3,7%.

С целью выяснения картины изменений, происходивших после электрокоагуляции в тканях шейки матки, была произведена в 10 случаях через 6 месяцев повторная биопсия. При гистологическом исследовании обнаружена следующая картина (см. рисунки препаратов 4 и 5).

Таким образом, на основании анализа нашего клинического материала, мы приходим к заключению, что среди существующих способов консервативного метода лечения наиболее эффективным при долго незаживающих эрозиях и эндоцервицитах является электрокоагуляция.

Столь хорошая эффективность электрокоагуляции объясняется помимо разрушения патологически измененной ткани, также всасыванием продуктов распада в период образования и отторжения струпа, действующих в качестве фактора своеобразной аутопротей-котерапии.

Помимо этого, при ликвидации пораженного очага, являющегося местом возникновения патологических импульсов, устанавливается



Рис. 4. Новообразованный плоско-эпителиальный покров типично выражен. Сосочковое строение эпителия развито хорошо. Граница между эпителием и соединительной тканью четкая. Отмечается небольшая, мелкокруглоклеточная инфильтрация—остаток предшествующего воспалительного процесса.



Рис. 5. Новообразованный плоско-эпителиальный покров в среднем состоит из 12 рядов, несколько рыхлый и местами наблюдается отечность. Эрозивные железы отсутствуют. Граница между эпителием и соединительной тканью выражена ясно. В подэпителиальном слое наблюдается круглоклеточная инфильтрация—остаток предшествующего воспаления.

нормальная трофическая иннервация, что и способствует заживлению ткани.

Кроме того, продукты белкового распада являются раздражающим фактором, усиливающим и стимулирующим местный клеточный обмен, тем самым улучшающим процессы регенерации.

В ы в о д ы

1. Метод электрокоагуляции является весьма эффективным при лечении хронических эндоцервицитов и долго незаживающих эрозий, ввиду чего заслуживает широкого применения в лечебной практике.

2. Метод электрокоагуляции технически не сложен и поэтому может быть применен не только в условиях стационара, но и амбулаторно.

3. Для правильного выбора метода лечения необходимо учитывать, помимо клинических, и патогистологические данные.

4. Противопоказаниями к применению электрокоагуляции являются:

- а) туберкулезные, сифилитические язвы;
- б) воспалительные явления половых органов;
- в) лихорадочное состояние;
- г) рак шейки матки;
- д) беременность всех сроков;
- е) туберкулез легких;
- ж) декубитальные язвы шейки матки;
- з) эрозии вследствие диабета, гиперсекреции при гормональных расстройствах

5. Лучшим периодом для электрокоагуляции являются 4—6-й день после менструации.

6. Электрокоагуляция является фактором, усиливающим регенеративные процессы в тканях.

7. При упорных формах эрозии и эндоцервицитов, не дающих эффекта после однократной электрокоагуляции, может быть рекомендована вторая коагуляция через один-полтора месяца.

Институт рентгенологии и онкологии
Министерства здравоохранения Арм. ССР

Поступило 14 V 1952 г

Ն. Մ. Այլամաջյան

ԱՐԳԱՆԴԻ ՊԱՐԱՆՈՅԻ ԿԱՅՈՒՆ ՋԵՎԻ ԷՐՈԶԻԱՆԵՐԻ
ԵՎ ԷՆԴՈՑԵՐՎԻՑԻՏՆԵՐԻ ԲՈՒԺՈՒՄԸ ԷԼԵԿՏՐՈԿՈԱԳՈՒԼԱՑԻԱՅԻ ՄԻՋՈՑՈՎ

Ա Մ Փ Ո Փ Ո Ւ Ր

Գրաֆիկական միջոցառումները և կանանց սեռական օրգանների նախաքաղցկեղային հիվանդությունների բուժումը հանդիսանում է նախաքաղցկեղային պայքարի կարևորագույն շարքերից մեկը: Դրա համար էլ կանանց սեռական սֆերայի հիվանդությունների կլինիկայում էնդոցեր-

վիցիտներին, պոլիպոզ դոնացյալ թյունների և երկար մամանակ չբուժվող էրոզիաների բուժման պրոբլեման ամենատարածված խնդիրն է հանդիսանում:

Էրոզիաների էֆեկտիվ թերապիայի համար անհրաժեշտ պայման է հանդիսանում հիվանդության էտիո-պատոլոգիական ֆակտորների ճիշտ որոշումը:

Խրոնիկ ցերվիցիտների, ինչպես և էրոզիաների դեպքում մեծ մասամբ էտիոլոգիական պատճառ է հանդիսանում գոնորրեան և այլ տիպի ինֆեկցիաները: Այս նշանակում է, որ այդ հիվանդությունների կլինիկայում հիմնականը հանդիսանում են բորբոքային երևույթները: Խնայելիս այս ամենի հետ միաժամանակ, ի նկատի է առնվում նաև այն պատո-պոլոգիային փոփոխությունները, որոնք առաջանում են հյուսվածք-ներում, բորբոքային պրոցեսների ազդեցության հետևանքով:

Խրոնիկ էրոզիաների և էնդոցերվիցիտների դեպքում երբեմն տեղի է ունենում էպիթելիային հյուսվածքի դերաճում, էսա Սելեկո-Սուրգանո-վայի նման բուռն աճման հետևանքով, էպիթելիային հյուսվածքը չի հաս-ցրելում նույն տեմպով դիֆերենցիացիայի ենթարկվում և կարող է մոր-ֆոլոգիորեն ընդունել առիպիկ բնույթ:

Ցավակ և գեղձային էպիթելի բնույթի նման փոփոխությունները այժմ գնահատվում են (բոտ նուգոլիայայի), որպես «քաղցկեղի սպառ-նացող» վիճակ: Ահա թե ինչու էրոզիաների և էնդոցերվիցիտների ժամա-նակին բուժումը խիստ կարևոր նշանակություն ունի:

Խրոնիկ էրոզիաների առաջացման հարցերում նաև կարևոր դեր ունի ներվային սխառմը: Համաձայն ուսումնասիրվող Պավլովի ուսումնարանի «բորբոքի ինքնազգիայի և պատոլոգիական սեփեքսները» մասին, պետք է նշել, որ արգանդի պարանոցի խրոնիկ էրոզիաների և էնդոցերվիցիտների ժամանակ, բորբոքային հոտվածներում, տեղի են ունենում պատոլոգիա-կան ինյուլաների և սեփեքսների առաջացում, ինչպես նաև տրոփիկայի խանգարում: Այս նշանակում է, որ հյուսվածքները տրոփիկայի խան-գարման երևույթներն օժանդակում են բորբոքային պրոցեսների խրոնիկ վիճակի պահպանմանը և ավելի են զժվարացնում էրոզիաների առողջա-ցումը:

Բացի այդ պերիֆերիկ ներվերի ուղեկալներին անընդհատ դրզո-ման հետևանքով, կարող են առաջանալ մի շարք տեղական, կամ ընդհա-նուր բնույթի ֆունկցիոնալ խանգարումներ: Ուստի մեր բույր միջոցա-ռումները հիմնականում պետք է ուղղված լինեն պատոլոգիական օջախի վերացմանը, ուր ծաղում են պատոլոգիական ինյուլաներ և առաջացնում են արոփիկայի խանգարման երևույթներ:

Բացի տեղական բորբոքային պրոցեսներից, էրոզիաների առաջացման պատճառ կարող են հանդիսանալ նաև բնագնաուր հիվանդու-թյունները, ինչպես, օրինակ՝ ձվարանային գիսֆունկցիաները, գիսարևուր և այլն:

Այլ իսկ պատճառով էլ մեր բուժման մեթոդիկայի հիմքում պետք է դրված լինի տեղական և ընդհանուր թերապիայի գուղակցումը:

Տվյալ աշխատության մեջ արգանդի պարանոցի խրոնիկ էրոզիաների և էնդոցերվիցիտների բուժման հարցերում կենտրոնական տեղ է արվում, որպես ազիլի ռադիոնալ բուժման մեթոդ, էլեկտրոկոագուլյացիային, հո-գուտ որին խոսում են ստացած արդյունքները: