

*Бадретдинова Ф.Ф., Ганцев Ш.Х., Трубин В.Б.*

## **Применение комплексной системы лечебно - реабилитационных мероприятий у женщин с акушерскими травмами шейки матки при первых родах**

ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет Минздрава РФ, г Уфа

*Badretdinova F.F., Gantsev Sh.Kh., Trubin V.B.*

### **Application of comprehensive treatment and rehabilitation interventions in women with obstetric injuries cervical first childbirth**

#### **Резюме**

В работе приведены результаты лечения 165 первородящих женщин с акушерскими травмами шейки матки. Предложена комплексная система лечебно-реабилитационных мероприятий для профилактики и лечения фоновых и предраковых заболеваний шейки матки. Применение разработанной системы лечебно – реабилитационных мероприятий с использованием лазерохирургического лечения позволило достичь высокий процент эффективности (96,9% ) оздоровления шейки матки у женщин репродуктивного возраста.

**Ключевые слова:** разрывы шейки матки, фоновые и предраковые заболевания шейки матки, лазерохирургическое лечение, реабилитация

#### **Summary**

The results of treatment of 165 nulliparous women with obstetric injuries of the cervix. A complex system of treatment and rehabilitation for the prevention and treatment of background and precancerous lesions of the cervix. The application of the system of treatment - rehabilitation measures using lazerohirurgicheskogo treatment possible to achieve a high percentage of efficiency (96.9%) recovery of cervical cancer in women of reproductive age.

**Keywords:** cervical laceration, background and precancerous cervical lazerohirurgicheskoe treatment, rehabilitation

#### **Введение**

Проблема родового травматизма остается актуальной в современном акушерстве, что обусловлено его высокой частотой. Наиболее частыми травмами являются разрывы шейки матки. Частота акушерских травм шейки матки при первых родах, по данным ряда авторов, составляет от 17 до 28% [1, 7, 12]. Причины возникновения акушерских травм шейки матки многочисленны и нередко сочетаются. К механическим причинам относятся все случаи, где имеет место чрезмерное растяжение тканей: роды крупным плодом, разгибательные вставления головки, ригидность, рубцовые или воспалительные изменения мягких тканей родовых путей [6]. Опасность возникновения разрывов шейки матки в родах увеличивается при анатомически и клинически узких тазах, при быстрых, стремительных, а также затяжных родах, аномалиях родовой деятельности [12, 14]. При акушерских операциях (наложение акушерских щипцов, извлечение плода за тазовый конец с последующим ручным отделением и выделением последа) частота травм мягких

тканей родовых путей достигает 60 % [6]. Отмечена высокая частота разрывов шейки матки, подвергнувшейся диатермохирургическому лечению в анамнезе [10]. Родовая травма шейки матки ведет к нарушению иннервации, рецепции и трофики органа, что нередко приводит к неэффективному восстановлению шейки [9,13]. По литературным данным, у более 30% женщин заживление швов на шейке матки после родов происходит вторичным натяжением [7]. Этому способствует ряд факторов: снижение иммунологической резистентности организма, состояние иммунодефицита у беременных и рожениц, кровопотеря, стрессорное влияние родового акта, повышенная вирулентность и устойчивость микроорганизмов к антибактериальным препаратам, наличие отека и размоложения тканей [3,9]. Перенесенные при первых родах травмы шейки матки, зажившие вторичным натяжением, впоследствии приводят к ее деформации и образованию эктропиона, при которых отсутствие слизистой пробки в цервикальном канале способствует инфицированию полости матки. В свою очередь хронический воспали-

тельный процесс канала шейки и полости матки может привести к атипическим изменениям эпителия [8,11,15]. Данные ряда исследований подтверждают, что патологические изменения эпителия (лейкоплакия, дисплазия различной степени, преинвазивный рак шейки матки) наблюдаются в 3 раза чаще на фоне рубцовой деформации шейки матки и эктропиона [4,5,20]. В настоящее время применяются различные методы лечения фоновых и предраковых заболеваний шейки матки, в том числе возникших в результате акушерской травмы (диатермохирургический метод, криокоагуляция, лазерохирургическое лечение, радиоволновой метод, молекулярно-резонансная коагуляция, комбинированные методы и реконструктивно-пластические хирургические операции) [2,16,17,18,19]. Каждый из перечисленных методов имеет свои преимущества и недостатки, определенный процент рецидивов после проведенного лечения требует индивидуального подхода к его применению. Вопрос о комплексном подходе к разработке целостной системы профилактических, лечебных и реабилитационных мероприятий для первородящих женщин, перенесших акушерские травмы шейки матки, является недостаточно изученным. Это определило актуальность настоящего исследования.

**Цель исследования** - снижение неблагоприятных последствий акушерских травм шейки матки при первых родах путем разработки системы лечебно-реабилитационных мероприятий с использованием лазерного излучения.

## Материалы и методы

Клиническое исследование проведено на базе женской консультации, родильного и гинекологического отделений Городской клинической больницы №8 г. Уфы. В исследование включены 165 женщин в возрасте от 17 до 38 лет, имевших акушерские травмы шейки матки при первых родах. На первом этапе наших исследований путем активного вызова в женскую консультацию обследованы 105 женщин с акушерской травмой шейки матки. Пациенткам этой группы восстановление целостности шейки матки при разрывах 2 степени, при обильных кровотечениях из краев разрыва применяли однорядные узловые кетгутовые швы с целью достижения гемостаза. Небольшие разрывы шейки матки и разрывы без активного кровотечения не ушивались.

При обследовании изучали анамнез, перенесенные заболевания, операции, методы контрацепции, выявляли как часто велось врачебное наблюдение в послеродовом периоде, жалобы больных, объем и характер диагностических и лечебных мероприятий, оценивалась менструальная и репродуктивная функции. Особое внимание обращалось на состояние шейки матки, состояние рубца, наличие или отсутствие её деформации. Эта группа обследуемых составила контрольную группу. В работе использовались современные информативные методы исследования: бактериоскопические, бактериологические, цитологические, гистоморфологические, эндоскопические – кольпоскопия, определение биоценоза влагалища,

иммунофлюоресцентный метод, полимеразная цепная реакция (ПЦР). Для обработки данных, полученных при обследовании больных, использовался метод вариационной статистики. Вычислялись средние арифметические (М), стандартные ошибки средней арифметической (m), среднее квадратичное отклонение (&). Достоверность различий между средними значениями определялась по таблице Стьюдента. Различие оценивалось как достоверное в тех случаях, где вероятность возможной ошибки превышала 0,05. Статистическая обработка данных проводилась с использованием программы «Статист» на ПК AMD Vision A6 в системе Microsoft Windows 7 в Win Word 8.0, Microsoft Excel 2007.

## Результаты и обсуждение

В течении 1-3 года после родов большинство женщин за медицинской помощью не обращались, активного диспансерного наблюдения не проводилось. При обследовании у большинства пациенток выявлены жалобы на бели из половых путей (43%), диспареуния (29%), нарушения менструального цикла, боли в нижней части живота и поясничной области (21%), дискомфорт в промежности (12,4%), дизурические расстройства (13%), чувство инородного тела во влагалище (3,8%). Жалобы отсутствовали у 31 женщины (29,5%).

При осмотре шейки матки и кольпоскопии выявлены: эрозированный эктропион – 66 (62,9%), рубцовая деформация – 24 (22,9%), лейкоплакия – 11 (10,5%), цервицит – 11 (10,5%), атипическая зона трансформации – 5 (4,7%). У всех пациенток была диагностирована рубцовая деформация шейки матки I-II степени с нарушением анатомической целостности с укорочением и изменением формы цервикального канала. Посттравматический эктропион чаще всего встречался при разрывах 2 степени, которые не были устранены или были неправильно ушиты после родов. При этом у 11 женщин были двухсторонние боковые разрывы шейки матки. При этом шейка матки перестает выполнять барьерную функцию, и создаются благоприятные условия для воздействия инфекционных и других факторов. Изменение барьерных функций шейки матки способствует заселению вывернутой слизистой оболочки микроорганизмами, содержащимися во влагалище, и развитию воспалительного процесса. Эктропиону у 57 (86,4%) женщин сопутствовал эндоцервицит и цервицит. В подавляющем большинстве случаев влагалищные мазки были II и III степени чистоты (соответственно 41,3% и 34,9%), а на долю мазков I и IV приходилось соответственно 17,5% и 7,9%. По мнению многих авторов родовые травмы шейки матки и эктропион являются основной причиной возникновения предраковых заболеваний и рака шейки матки. Наиболее частым заболеванием, сопровождающим эктропион, является псевдозрозия, располагающаяся по краям вывернутой слизистой оболочки или на ее поверхности (так называемый эрозированный эктропион), которая встречалась у всех больных. Таким образом, проведенное исследование показало, что у женщин, перенесших акушерские травмы шейки матки при первых родах, в отдаленном периоде

развиваются различные патологические состояния шейки. При этом у большинства женщин возникновение и развитие патологических состояний связаны с разрывом шейки матки и недостаточный объемом хирургического пособия в раннем послеродовом периоде. Недиагностированный или неушитый разрыв шейки матки с одной стороны и наложение грубо-деформирующих швов направленных в основном не на восстановление анатомической целостности шейки матки, а на достижение в основном гемостатического эффекта с другой стороны приводят к значительной деформации шейки матки и возникновению фоновых и предраковых заболеваний шейки матки. Выявлены высокий процент лейкоплакии и дисплазии шейки матки. Выше изложенное свидетельствует о том, что эта группа женщин нуждается в применении реабилитационных мероприятий. Нами с целью устранения вышеперечисленных причин разработана комплексная система профилактических, лечебных (с использованием лазерного излучения) и реабилитационных мероприятий для женщин, перенесших акушерские травмы шейки матки при первых родах которая включает несколько этапов:

I этап. Выделение групп риска родового травматизма с применением профилактических мероприятий во время беременности и родов. Хирургическое восстановление свежих акушерских травм шейки матки в раннем послеродовом периоде. Соответственно шкале прогнозирования акушерских травм шейки матки при первых родах в группах риска во время беременности проводится рациональное лечение сопутствующих вагинитов, восстановление микрофлоры влагалища. Осуществляется рациональная подготовка шейки матки к родам (игло-рефлексотерапия, мифепристон, препадил-гель, спазмолитики). В родах - своевременная рациональная терапия аномалий родовой деятельности с применением игло-рефлексотерапии, обезболивание родов с использованием эпидуральной анестезии. Диагностика травм шейки матки в родах осуществляется при осмотре родовых путей в зеркалах сразу после рождения последа. При этом для захватывания шейки матки используются модифицированные атравматичные зажимы, узкий подъемник и уплощенное нижнее зеркало. Восстановлению подлежат все разрывы шейки, в том числе и длиной менее 1 см, что является профилактикой эктропиона. Ушивание разрывов шейки матки производится двухрядными узловыми швами с использованием синтетических рассасывающихся шовных материалов (полисорб, биосин, викрил). Первый ряд швов накладывается со стороны цервикального канала (слизисто-мышечный). Первый шов соответствует уровню расположения верхнего угла раны. Мышечный слой захватывается на половину толщины шейки матки. Вкол и выкол делается со стороны слизистой цервикального канала. Последующие швы этого ряда накладываются на расстоянии 0,5-0,7 см один от другого. Первый шов второго ряда накладывают на 1 см выше уровня верхнего угла разрыва с вколом и выколом уже со стороны слизистой оболочки влагалищной части шейки матки и узлом в просвет влагалища. Последующие швы этого ряда на-

кладывают также на расстоянии 0,5-0,7 см, при этом швы второго ряда ложатся как бы между швами первого ряда, чем достигается плотное соприкосновение раневых поверхностей шейки, и создаются наилучшие условия заживления раны первичным натяжением. При выписке роженица получает справку-рекомендацию по дальнейшему наблюдению за состоянием шейки матки в женской консультации.

II этап. По окончании послеродового периода в женской консультации проводится комплексное обследование первородящих женщин, перенесших акушерские травмы шейки матки. Соответственно современным установкам, комплексное обследование включает бактериоскопические, бактериологические, цитологические, кольпоскопические и гистоморфологические исследования. Перед применением лечения патологии шейки матки проводится санация половых путей с учетом выявленного возбудителя. После окончания лечения проводится повторное бактериоскопическое и бактериологическое исследование содержимого цервикального канала, уретры и влагалища.

III этап. Выбор метода лечения выявленной патологии шейки матки с использованием лазерного излучения. Лазерохирургическое лечение проводится амбулаторно на аппарате «Лансет-2» под кольпоскопическим контролем. Непосредственно перед операцией поверхность шейки матки очищается от слизи ватным тампоном. Метод лазерокоагуляции применяется при незаконченной зоне трансформации. Лазерокоагуляция выполняется в непрерывном режиме с мощностью лазерного излучения 20 Ватт, глубиной воздействия 1,0-2,5 мм, диаметром пятна луча 0,5-1,5 мм, время экспозиции 1-5 мин. (в зависимости от площади поражения).

Метод лазероэксцизии применяется при простой лейкоплакии шейки матки. Лазероэксцизия осуществляется в суперимпульсном режиме с мощностью лазерного излучения до 50 Ватт, глубиной воздействия до 3,0 мм, диаметром пятна луча 0,5-1,5 мм, время экспозиции 1-5 мин

Лазероконизация шейки матки производится при лейкоплакии шейки матки с атипией, дисплазии шейки матки (CIN I-III). Предварительно - парацервикальная анестезия раствором новокаина (0,25% р-р 80,0 мл). Лазероконизацию шейки матки производят в пределах здоровых тканей в импульсном режиме с мощностью лазерного излучения до 20 Ватт, диаметром пятна луча 0,5-1,5 мм.

Ведение послеоперационного периода. Непосредственно после лазерохирургического лечения шейки матки обработка раневой поверхности не производится. С целью улучшения репаративных процессов через 2-3 дня после лечения используются интравагинальные свечи с метилурацилом по 1 свече в день в течение 10 дней. Рекомендуется половой покой в течение 1 месяца.

IV этап. Диспансерное наблюдение в женской консультации за женщинами, перенесшими акушерские травмы шейки матки при первых родах. Контрольный осмотр пациенток после лазерохирургического лече-

ния осуществляют через 1 месяц, при этом производят осмотр шейки матки в ложкообразных зеркалах и простую кольпоскопию. Последующие контрольные осмотры проводят через 3 и 6 месяцев. При этом производят простую и расширенную кольпоскопию, бактериоскопическое и бактериологическое исследование влагалищного содержимого, цитологическое исследование мазков с поверхности шейки матки, стька цилиндрического и многослойного плоского эпителия, нижней трети цервикального канала. При выявлении неполного эффекта от лечения через 3 месяца применяется повторное лазерохирургическое лечение. Выбор метода определяется индивидуально. При лейкоплакии и дисплазии шейки матки согласно существующим положениям в онкогинекологии диспансерное наблюдение первый год 1 раз в 3 месяца, второй год 1 раз в 6 месяцев, далее 1 раз в год. При осмотре производится простая и расширенная кольпоскопия, берутся мазки на бактериоскопическое и цитологическое исследование.

Разработанная комплексная система профилактических, лечебных и реабилитационных мероприятий применена у 60 женщин которые составили основную группу. В контрольную группу включены 105 первородящих женщин у которых восстановление акушерских травм шейки матки, обследование и лечение проводилось по общепринятой методике. Обе группы сравнимы между собой по основным характеристикам и однородны ( $p < 0,05$ ). Средний возраст пациенток в основной группе составил  $24,33 \pm 0,61$  лет, в контрольной группе –  $25,47 \pm 0,30$  лет. У всех обследованных женщин роды осложнились разрывами шейки матки: I ст. – 49 и 81, II ст. – 11 и 24 в основной и контрольной группах соответственно. Фоновые заболевания шейки матки у пациентов основной группы диагностированы у 35 (58,3%) пациенток, что значительно меньше, чем в контрольной группе (91,4%)  $p < 0,05$ . В основной группе процент лейкоплакии и эрозированного эктропиона (1,7% и 13,3% соответственно) статистически достоверно ниже по сравнению с контрольной (18,1% и 62,9% соответственно). Ведение послеоперационного периода осуществлялось согласно разработанной системе. Контрольные осмотры прово-

дились через 1, 3, 6 мес. после лазерохирургического лечения. Рецидив заболевания выявлен в одном случае (3,1%), по поводу чего произведено повторно лазерохирургическое лечение. В остальных случаях патологии шейки матки не выявлено.

## Выводы

При комплексном обследовании женщин, перенесших акушерские травмы шейки матки при первых родах в отдаленном периоде выявлен высокий процент (91,4%) фоновых и предраковых заболеваний шейки матки с высоким удельным весом эрозированного эктропиона (62,9%) и лейкоплакии (10,5%). Применение разработанной системы лечебно – реабилитационных мероприятий с использованием лазерохирургического лечения позволило достичь высокий процент эффективности (96,9%) оздоровления шейки матки у женщин репродуктивного возраста. Полученные результаты исследования свидетельствуют о необходимости диспансерного наблюдения за женщинами с акушерской травмой шейки матки с целью своевременной диагностики патологии шейки матки и предупредить развитие фоновых и предраковых заболеваний шейки матки у женщин для сохранения репродуктивного потенциала и качества. ■

*Бадретдинова Флариди Фуатовна – кандидат медицинских наук, ассистент кафедры акушерства и гинекологии ИПО Башкирского государственного медицинского университета, г. Уфа; Ганцев Шамиль Ханфинович – директор клиники онкологии, академик АН РБ, заслуженный деятель науки РФ, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой хирургии и онкологии с курсами онкологии и патологической анатомии ИПО БГМУ, г.Уфа; Трубин Владимир Борисович- доктор медицинских наук, профессор кафедры акушерства и гинекологии №2 БГМУ, г.Уфа; Автор, ответственный за переписку - Бадретдинова Флариди Фуатовна, 450078, Россия, Республика Башкортостан, г. Уфа ул. Чернышевского, д. 160 а. тел. 8-917-74-40-953.e-mail: fbadretdinova@mail.ru*

## Литература:

1. Акушерство от десяти учителей. Под ред Кэмпбелла С., Лиза К. – 2004. – 464 с.
2. Волков В. Г., Захарова Т. В. Опыт применения СО2-лазерной хирургии в комплексном лечении шейки матки, ассоциированной с вирусом папилломы человека. // Вестник новых медицинских технологий. – 2000. – Т. VII. - №1. – С. 95-97.
3. Гаспарян Н. Д., Карева Е. Н. Мифепристон в подготовке и индукции родов // Акушерство и гинекология. – 2008. - №3. – С. 50-53.
4. Заболевания шейки матки / Под ред Ш. Х. Ганцева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 160 с.
5. Заболевания шейки матки, влагалища и вульвы (клинические лекции) / Под ред. проф. В. Н. Прилепской. – 2-е изд. – М.: МЕДпресс, 2005. – 432 с.
6. Комиссарова Л. М., Токова З. З., Мекша Ю. В., Абдоминальное родоразрешение первобеременных женщин // Акушерство и гинекология. – 2006. - №2. – С 18-21. 8.
7. Кулаков В. И., Бутова Е. А. Акушерский травматизм мягких тканей родовых путей – М.: ООО «Медицинское информационное агенство», 2003. – 128 с.
8. Минкина Г.Н., Манухин И.Б., Франк Г.А. Предрак шейки матки. - М.: Азрограф-Медиа, 2001. - 112 с.
9. Перинеология: болезни женской промежности в акушерско-гинекологических, сексологических, урологических, проктологических аспектах / Под ред. В. Е. Радзинского. – М.: ООО «Медицинское информационное агенство», 2006. – 336 с.
10. Поликлиническая гинекология (Клинические лекции) / Под ред. проф. В.Н. Прилепской. - М.: МЕДпресс, 2005. – 640 с.

11. Прилепская В.Н. Лейкоплакия шейки матки // Заболевания шейки матки, влагалища и вульвы: Клинические лекции / Под ред. В.Н. Прилепской: 2-е изд. - М.: МЕДпресс, 2000. - С. 84-93.
12. Радзинский В.Е. Акушерская агрессия. - М.: Изд-во журнала Status Praesens, 2011. - 688 с.
13. Русакевич П.С. Заболевания шейки матки: симптоматика, диагностика, профилактика. Мн: Высш. шк. - 2000. - 368с.
14. Сидорова И.С. Физиология и патология родовой деятельности. - М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2006. - 240 с.
15. Фролова И.И., Бабиченко И.И., Местергази Г.М. Цервикальные интраэпителиальные неоплазии и дискератозы шейки матки. - М.: Династия, 2004. - 88 с.
16. Фролова И.И. Сравнительная характеристика радикальных методов лечения цервикальных интраэпителиальных неоплазий и рака шейки матки // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. - 2003. - Т. 2, № 2. - С. 43-47.
17. Хайнцль С. Лазерная хирургия // Оперативная гинекология: Пер. с англ. / Под ред. В.И. Кулакова. - М.: ГЭОТАР-Медицина, 1999. - С. 35-40.
18. Хирш Х.А., Кезер О., Икле Ф.А. Операции на шейке матки // Оперативная гинекология: Пер. с англ. / Под ред. В.И. Кулакова. - М.: ГЭОТАР-Медиа 1999. - С. 21-28.
19. Schiffman M.N., Brinton L.A. The epidemiology of cervical carcinogenesis // Cancer. - 1995. - Vol.76. - P.1888-1901.
20. Walker P., Dexeus S., DePalo G. et al. International terminology of colposcopy: An updated report from the international federation for cervical pathology and colposcopy // Obstet Gynecol. - 2003. - Vol. 101(1)-P. 175-177.