

ISSN 2225-6016

ВЕСТНИК

*Смоленской государственной
медицинской академии*

Том 16, №1

2017



УДК 618.3-06

ВОЗМОЖНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ПРИ РУБЦОВОЙ ДЕФОРМАЦИИ ШЕЙКИ МАТКИ У БЕРЕМЕННЫХ© Сергеева Ю.А.², Иванян А.Н.¹, Густоварова Т.А.¹, Крюковский С.Б.¹, Киракосян Л.С.¹, Бельская Г.Д.¹, Кузьминых В.В.¹¹Смоленский государственный медицинский университет, Россия, 214019, Смоленск, ул. Крупской, 28²ОГБУЗ «Клиническая больница №1», Россия, 214006, Смоленск, ул. Фрунзе, 40

Резюме: целью работы явилась оценка результатов хирургической коррекции рубцовой деформации шейки матки в родах на базе Клинической больницы №1 г. Смоленска. Было выявлено, что рубцовая деформация шейки матки является показанием к кесареву сечению в 2% случаев. На основании медицинской документации изучались особенности течения настоящей и предшествующей беременности. Пластика рубцовой деформации шейки матки проводилась в раннем послеродовом периоде. При наличии глубоких разрывов шейки матки до сводов влагалища родоразрешение проводилось путем операции кесарева сечения. При сохранении циркулярных волокон роды велись через естественные родовые пути. Было выявлено, что значимыми факторами риска формирования рубцовой деформации шейки матки являются воспалительные заболевания гениталий и внутриматочные вмешательства. Оценивалось течение послеоперационного периода. Через 6 мес. после родоразрешения более чем 94% женщин отклонений от нормы не имели. Были полностью восстановлены анатомо-функциональные показатели шейки матки, что, в свою очередь, является профилактикой фоновых и предраковых заболеваний, способствует восстановлению нормального биоценоза влагалища, а также снижает риск невынашивания и преждевременных родов при последующих беременностях.

Ключевые слова: рубцовая деформация шейки матки, кесарево сечение, пластика шейки матки

THE POSSIBILITIES OF SURGICAL CORRECTION OF CICATRICIAL-DEFORMED CERVIX UTERI IN PREGNANT WOMENSergeeva I.A.², Ivanyan A.N.¹, Gustovarova T.A.¹, Krucovsky S.B.¹, Kiracosyan L.S.¹, Belskaya G.D.¹, Kuzminyh V.V.¹¹Smolensk State Medical University, Russia, 214019, Smolensk, Krupskaya St., 28²Smolensk Clinic Hospital N1, Russia, 214019, Smolensk, Frunze St., 40

Summary: on the basis of Smolensk Clinical hospital №1 an assessment of the results of surgical correction of cicatricially deformed in labor cervix was carried out. Cicatricially deformed cervix was established to be an indication for cesarian section in 2 % of all cases. Also according to medical records, peculiarities of previous and present gestation course were studied. On the fourth stage of labor hysterotracheloplasty was carried out. In patients with deep lacerations of cervix to the vaginal vaults delivery was carried out by Caesarian section. If the circular fibers were preserved, the labor was performed through maternal passages. A significant risk factor of cicatricially deformed cervix was found out to be genital inflammations and intrauterine interventions. The course of the postoperative period was analyzed. In 6 months after delivery more than 94% of women with hysterotracheloplasty did not have any abnormalities. Normal anatomic and functional cervix indicators are the prophylaxis of background and pre-malignant diseases. They also contribute to the restoration of normal vaginal biocenosis and reduce the risk of miscarriage and premature delivery in subsequent pregnancies.

Key words: cicatricial-deformed cervix uteri, cesarean section, tracheloplasty

Введение

Проблема рубцовой деформации шейки матки (РДШМ) актуальна в современной медицине, так как возникающие при этом анатомические и функциональные изменения являются не только благоприятным фоном для развития воспалительных и предраковых заболеваний, но и могут быть причиной бесплодия, невынашивания беременности. Частота встречаемости РДШМ колеблется в значительных пределах (15,3-54,9%), а у женщин репродуктивного возраста может достигать 70% [11]. По литературным данным в 40-60% случаев наблюдаений рубцовая деформация шейки матки обусловлена расхождением швов после ушивания послеродовых разрывов с формированием ее несостоятельности [3]. Ключевым моментом является неправильная методика восстановления целостности шейки матки, а также использование устаревшего шовного материала. Часто при ушивании шейки матки используют кетгут, недостатки которого широко известны. При этом в арсенале врача в настоящее время имеются современные быстро рассасывающиеся шовные

материалы. Основной целью при восстановлении шейки матки после родов является достижение гемостатического эффекта. При хирургических манипуляциях края поврежденной шейки грубо захватываются, что может приводить к значительной деформации органа после заживления. Также используются инструменты, которые ввиду своей травматичности являются дополнительным фактором заживления шейки матки вторичным натяжением после ее ушивания [7]. Кроме того, 25% разрывов шейки в родах не восстанавливаются вовсе (небольшие разрывы менее 1 см, при отсутствии обильного кровотечения) [3, 8, 12]. К сожалению, нередко пациентки с РДШМ не наблюдаются в женской консультации или не получают вовремя адекватное лечение данной патологии, сталкиваясь с последствиями имеющейся рубцовой деформации шейки матки уже во время последующей беременности. Основным объективным признаком РДШМ является несостоятельность наружного маточного зева, который либо зияет, либо пропускает целиком исследующий палец [6].

Целью работы явилась оценка результатов хирургической коррекции рубцовой деформации шейки матки в родах для оптимизации ведения беременных с данной патологией.

Методика

Исследование проводилось на базе женской консультации, родильного отделения ОГБУЗ «Клиническая больница №1» г. Смоленска. Главным критерием для постановки диагноза «Рубцовая деформация шейки матки» явилось наличие несостоятельности наружного зева, пропускающего кончик или целиком исследующий палец, выявленное до беременности при бимануальном вагинальном осмотре и проведении кольпоскопии, а также наличие «старых» разрывов шейки матки, деформирующих цервикальный канал.

По данным нашего исследования за период с 2003 по 2014 гг. В ОГБУЗ «Клиническая больница №1» г. Смоленска было проведено 5 766 операций кесарево сечение, из них рубцовая деформация шейки матки явилась показанием к оперативному родоразрешению в 115 случаях (2%). Определяющим критерием для хирургического вмешательства явились глубокие разрывы шейки матки до свода влагалища с повреждением циркулярных волокон. При наличии незначительной РДШМ с сохранением циркулярных волокон внутреннего зева и отсутствии других акушерских показаний для оперативного родоразрешения, роды велись через естественные родовые пути. В случае появления в родах признаков начавшегося разрыва шейки матки по «старому» рубцу проводилось немедленное оперативное родоразрешение.

Для оценки особенностей течения родов и послеродового периода при наличии рубцовой деформации шейки матки были обследованы 74 повторнородящие женщины с РДШМ, составившие основную группу, и 80 повторнородящих женщин с неизменной шейкой матки (контрольная группа). Из основной группы была выделена подгруппа «А», включающая в себя 56 беременных: 50 пациенток с выраженной рубцовой деформацией шейки матки (глубокие «старые» разрывы с повреждением циркулярных волокон) родоразрешались оперативно, в раннем послеоперационном периоде им проводилась пластическая операция с последующим наблюдением в кабинете патологии шейки матки; 6 женщин с незначительной РДШМ (деформация цервикального канала без повреждения циркулярных волокон) были родоразрешены через естественные родовые пути с последующей цервикопластикой. Подгруппу «В» составили 18 пациенток, родоразрешенные путем операции кесарево сечение, которым не проводилась пластика шейки матки. Подгруппы «А» и «В» сопоставимы между собой по основным характеристикам.

На основании медицинской документации (индивидуальная карта беременной, обменная карта, история родов) изучались особенности течения предыдущей беременности, гинекологического анамнеза у данной категории женщин. При обследовании беременных и родоразрешенных женщин применялись следующие методы: бактериоскопические, бактериологические, гистоморфологические, кольпоскопия с проведением цитологического исследования, оценка биоценоза влагалища, полимеразная цепная реакция (ПЦР) для определения наличия вируса папилломы человека (ВПЧ), ультразвуковая диагностика (цервикометрия, доплерометрия нисходящих ветвей маточных артерий). Перед операцией кесарева сечения с последующей пластикой шейки матки обязательным условием являлась санация нижних отделов урогенитального тракта при воспалительных процессах. Также проводилась расширенная кольпоскопия с цитологическим исследованием мазка-отпечатка для исключения цервикальной интраэпителиальной неоплазии, рака шейки матки. Техника операции заключалась в следующем: первым этапом проводилась лапаротомия, кесарево сечение в нижнем сегменте матки; вторым этапом – пластическая операция. Шейка матки обнажалась на зеркалах, края «старого» разрыва захватывались атравматичными зажимами. На 1 см выше угла разрыва накладывался первый (гемостатический) шов с вкалыванием и выкалыванием со стороны слизистой оболочки влагалищной части шейки матки без захвата эндоцервикса. Рубец иссекался в пределах здоровых тканей с последующим гистологическим исследованием полученного материала, затем

производилось ушивание раны однорядными узловыми швами с применением современных рассасывающихся материалов (плетеный полиглактин с покрытием). Швы накладывались на расстоянии 0,5-0,7 см методом «косого» укола, полностью захватывающего мышечный слой и не затрагивающего эндоцервикс, что позволило достигнуть плотного соприкосновения раневых поверхностей шейки матки, создать оптимальные условия для заживления раны первичным натяжением и избежать развития эктропиона в области послеоперационного рубца. Продолжительность второго этапа составила 10 ± 5 мин., кровопотеря – 60 ± 10 мл.

Анализировалось течение послеоперационного периода с учетом клинических, лабораторных показателей, данных УЗИ. Перед выпиской шейка матки осматривалась в зеркалах с целью оценки состоятельности швов, наличие отека, налета, инфильтрации тканей. В дальнейшем всем пациенткам рекомендовалось наблюдение в кабинете патологии шейки матки, через 6 и 12 мес. – осмотр шейки матки в зеркалах, взятие мазков на онкоцитологию и степень чистоты, проведение кольпоскопии и взятие биопсии по показаниям.

Для обработки данных, полученных при обследовании больных, использовались методики, принятые в медицинской статистике (критерий хи-квадрат для произвольных таблиц методом Пирсона) [15].

Результаты исследования и их обсуждение

На основании архивных историй родов выявлено, что из 74 женщин основной группы только 19 женщинам (25,7%) в предыдущих родах проводилось ушивание разрывов шейки матки, в контрольной группе данный показатель встречался достоверно реже – у 7 (8,75%). Это коррелирует с литературными данными, согласно которым травма шейки матки возникает у 17-27% первородящих [7]. Для подавляющего большинства пациенток (63 беременные – 85,1%) наличие у них «старых» разрывов шейки матки оказалось неожиданной находкой, выявленной при осмотре в приемном отделении. Внутриматочные вмешательства до наступления настоящей беременности (выскабливания полости матки по поводу прерывания беременности, полипэктомии, гиперплазии эндометрия) имели место у 25 женщин основной группы (33,8%), что достоверно чаще, чем в контрольной группе (10 пациенток – 12,5%). При анализе предыдущих родов выявлено, что в основной группе явления вульвовагинита накануне родов встречались у 52 (70,3%), в контрольной группе – у 37 (46,3%). Предшествующие роды в сроке беременности 41 неделя в основной группе состоялись у 15 беременных (20,2%), в контрольной группе – у 10 женщин (12,5%). У 1 пациентки основной (1,4%) и у 8 пациенток (10%) контрольной группы имело место проведение родовозбуждения с амниотомией и последующим внутривенным подведением окситоцина. Преждевременный разрыв плодных оболочек в основной группе встречался у 31 женщины (41,9%), в контрольной группе – у 23 беременных (28,8%). По данным Прилепской В.Н. и соавторов, основными предрасполагающими факторами травм шейки матки являются воспалительные процессы нижнего отдела репродуктивной системы женщин, инвазивные вмешательства на шейке и матке, что было подтверждено нашим исследованием. Роды крупным плодом с одинаковой частотой встречались у пациенток обеих групп (15 (20,2%) и 16 (20%) случаев соответственно). У 2 пациенток с РДШМ (2,7%) в раннем послеродовом периоде проводилось ручное обследование полости матки по поводу гипотонического кровотечения, у 9 женщин (12,1%) – выскабливание полости матки в позднем послеродовом периоде по поводу остатков плацентарной ткани, гематометры. В контрольной группе осложнения раннего послеродового периода не встречались, выскабливание полости матки на 5-6 сут. проведено у 5 женщин (6,3%). Таким образом, к наиболее значимым факторам риска формирования рубцовой деформации шейки матки можно отнести травму органа в родах, внутриматочные вмешательства в связи с гинекологическими заболеваниями, воспалительные процессы нижнего отдела генитального тракта накануне родов ($p < 0,05$). Размеры плода при рождении и внутриматочные вмешательства в раннем послеродовом периоде не оказывают существенного влияния на формирование РДШМ в дальнейшем, являясь, тем не менее, по данным ряда авторов фактором риска травмы шейки матки в родах [10]. Достоверных различий в формировании рубцовой деформации при ПРПО не обнаружено, но, тем не менее, имеется тенденция к образованию несостоятельного цервикального канала в том случае, если дородовое излитие околоплодных вод имеет место при незрелых родовых путях.

В структуре жалоб во время настоящей беременности преобладали: патологический характер выделений из половых путей (гноевидные/с неприятным запахом) у 28 женщин (37,8%) основной группы и 22 (27,5%) контрольной группы; диспареуния у 18 (24,3%) и 4 (5%); дискомфорт в промежности у 7 (9,5%) и у одной (1,25%); дизурические расстройства – 5-ти (6,6%) и 3-х (3,8%); боли в нижней части живота и промежности у 15-ти (20,2%) и у 18-ти (22,5%) соответственно. Эти данные подтверждаются и рядом авторов, которые указывают на роль анатомических деформаций шейки матки в развитии хронических воспалительных процессов внутренних органов [3, 8, 12]

50-ти пациенткам основной группы после кесарева сечения по поводу выраженной деформации шейки матки и 6-ти женщинам с РДШМ после самостоятельных родов проводилась пластическая операция в раннем послеродовом периоде (рис. 1).

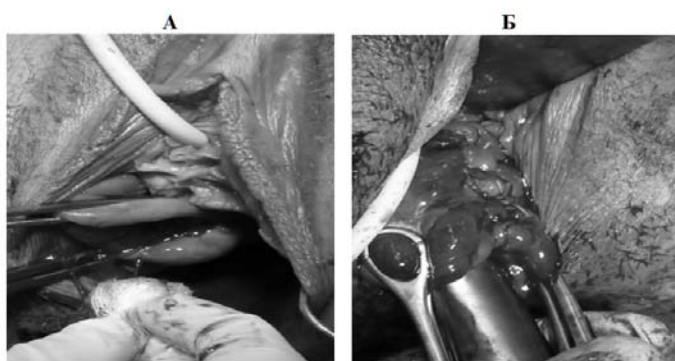


Рис. 1. А – пациентка Д., 28 лет. Рубцовая деформация шейки матки до цервикопластики. На 13 ч. условного циферблата – «старый» разрыв шейки матки, практически доходящий до свода. Края разрыва взяты на окончатые зажимы. Б – состояние после цервикопластики, ранний послеродовый послеоперационный период. Края «старого» разрыва иссечены в пределах здоровых тканей, восстановление при помощи отдельных рассасывающихся лигатур

18-ти роженицам подгруппы «В» пластика шейки матки не проводилась. Послеоперационный и послеродовый период у всех пациенток протекал без осложнений, выписка проводилась на 3-4 сут. после самостоятельных родов и на 6-7 сут. после оперативного родоразрешения. При осмотре шейки матки выявлено, что у всех рожениц подгруппы «А» заживление проходило первичным натяжением, швы на шейке матки были состоятельны; отека, инфильтрации, налета нет (рис. 2). У рожениц подгруппы «В» определялась рубцовая деформация шейки матки (глубокие «старые» разрывы, практически доходящие до свода влагалища, зияющий наружный зев).

Через 6 мес. после родоразрешения 52 женщины (94,6%) после проведенной пластики шейки матки при обследовании отклонений от нормы не имели (рис. 3), только у 3 (5,5%) при влагалищном исследовании имела место несостоятельность наружного зева (пропускал кончик пальца) при закрытом внутреннем зеве при наличии нормального мазка-отпечатка на онкоцитологию и признаках вульвовагинита при исследовании мазка на флору. При кольпоскопии у одной из этих пациенток выявлена эктопия шейки матки (цилиндрический эпителий, наличие зоны трансформации); у двоих – патологии не выявлено. Через 12 мес. кольпоскопическая и цитологическая картина у всех пациенток соответствовала норме. В подгруппе «В» через 6 мес. после родов выявлена лейкоплакия у 1 (5,6%), цервицит – 10 (55,6%), атипичная зона трансформации – у 3-х (16,7%). ВПЧ высокоонкогенных штаммов выявлен у 2-х женщин (11,1%). Как известно, сочетание рубцовой деформации шейки матки, доброкачественного процесса и персистирующей вирусной инфекции увеличивает вероятность трансформации дисплазии в рак шейки матки [4, 5].

Эти данные подтверждаются в литературных источниках, согласно которым последние годы отмечается неуклонный рост частоты патологии шейки матки, развившейся на фоне акушерских травм и рубцовой деформации шейки матки [1,8,10]. Прилепская и соавторы отмечают, что у 79% женщин с верифицированной лейкоплакией и у 43% пациенток с дисплазией патологическим фоном служит рубцовая деформация шейки матки.



Рис. 2. Пациентка Д., 28 лет. Состояние после цервикопластики, 5 сут. Швы на шейке матки состоятельны, отека тканей и инфильтрации в области швов нет

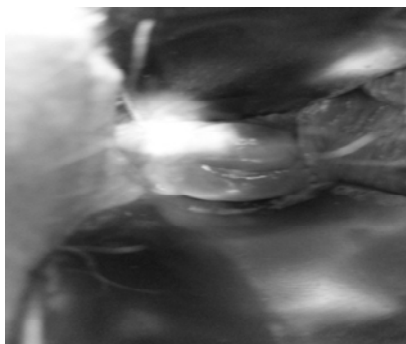


Рис. 3. Пациентка Д., 28 лет. Состояние после цервикопластики, 6 мес. Шейка матки цилиндрической формы, наружный зев состоятельный

Таким образом, у 94,6% женщин проведенная вторым этапом пластика шейки в раннем послеродовом периоде полностью восстановила нормальные анатомо-функциональные показатели шейки матки, что, в свою очередь, является профилактикой фоновых и предраковых заболеваний, способствует восстановлению нормального биоценоза влагалища, а также снижает риск невынашивания и преждевременных родов при последующих беременностях.

Выводы

1. Наиболее значимыми анамнестическими факторами риска формирования рубцовой деформации шейки матки является травма органа в родах, внутриматочные вмешательства в связи с гинекологическими заболеваниями, воспалительные процессы нижнего отдела генитального тракта накануне настоящих родов ($p < 0,05$).
2. В структуре показаний к оперативному родоразрешению выраженная рубцовая деформация шейки матки во время беременности составляет 2%, тем самым повышая процент оперативной активности.
3. Проведение пластики шейки матки в раннем послеродовом периоде в 94,6% случаев позволяет восстановить нормальные анатомо-функциональные показатели органа за счет снижения частоты фоновых заболеваний шейки матки (эктопия, лейкоплакия, атипичная зона трансформации, ВПЧ-ассоциированная инфекция).

Литература

1. Бадретдинова Ф., Трубина Т.Б., Хасанов А.Г. и др. Некоторые аспекты профилактики и лечения последствий акушерской травмы шейки матки // Лечение и профилактика. – 2014. – Т.10, №2. – С. 5-10.
2. Бауэр Г. Цветной атлас по кольпоскопии. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2002. – 288 с.
3. Ермолова Н.П., Ельцов-Стрелков В.И. Хирургическое лечение разрывов шейки матки с эктропионом слизистой оболочки цервикального канала // Акушерство и гинекология. – 1976. – №9. – С. 59-62.
4. Иванян А.Н., Мелехова Н.Ю., Шарменова Л.Г. и др. Особенности течения поражений шейки матки вирусом папилломы человека у подростков // Патология шейки матки. Генитальные инфекции. Специализированный журнал. – 2004. – №1 (1). – С. 10-14.
5. Иванян А.Н., Мелехова Н.Ю., Ячменев Н.П. и др. Репродуктивное здоровье пациенток после хирургического лечения патологии шейки матки // Вестник Смоленской медицинской академии. – 2006. – №4. – С. 71.
6. Иванян А.Н., Мешкова Р.Я., Крюковский С.Б. и др. Комплексное лечение патологии шейки матки, обусловленной вирусом папилломы человека, с применением CO₂-лазерной вапоризации и комплекса эндогенных цитокинов // Вестник Российской ассоциации акушеров-гинекологов. – 1999. – №2. – С.114-118.
7. Кижаяев Ю.Е., Ландеховский Ю.Д., Подзолкова Н.М. и др. Комплексное обследование и лечение больных с рубцовой деформацией шейки матки // Проблемы репродукции. – 2009. – Т.15, №1. – С. 39.
8. Кулаков В.И., Бутова Е.А. Акушерский травматизм мягких тканей родовых путей. – М.: МИА, 2003. – 240 с.

9. Муканова С.А., Плисецкий А.В., Мишкина Е.Ю. и др. Клинические критерии при рубцовых деформациях шейки матки // Тезисы научных работ. Вопросы организации оказания неотложной медицинской помощи в условиях крупного промышленного центра. – Омск, 1996. – С. 182-184.
10. Прилепская В.Н. Оперативная гинекология (клинические лекции). – М.: МЕД-пресс, 2005. – 310 с.
11. Радзинский В.Е., ред. Акушерская агрессия. – М.: Издательство журнала StatusPraesens, 2011. – 688 с.
12. Роговская С.И., Липова Е.В. Шейка матки, влагалище, вульва. Физиология /патология /кольпоскопия/ эстетическая коррекция. – М.: StatusPraesensPromedia, 2014. – 850 с.
13. Русакевич П.С. Заболевания шейки матки: симптоматика, диагностика, лечение, профилактика. – Минск: Высшая школа, 2010. – 368 с.
14. Parikh R., Brotzman S., Anasti J.N. Cervicallacerations: some surprising facts // American Journal of Obstetrics and Gynecology. – 2007. – V.196, N5. – P. 7-8.
15. Интернет-ресурс <http://medstatistic.ru/calculators/averagestudent.html>

Информация об авторах

Сергеева Юлия Александровна – врач акушер-гинеколог ОГБУЗ «Клиническая больница №1» г. Смоленска. E-mail: megarogechanka@yandex.ru

Иванян Александр Николаевич – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой акушерства и гинекологии ФГБОУ ВО «Смоленский государственный медицинский университет» Минздрава России. E-mail: ivanyan@bk.ru

Густоварова Татьяна Алексеевна – доктор медицинских наук, профессор кафедры акушерства и гинекологии ФГБОУ ВО «Смоленский государственный медицинский университет» Минздрава России. E-mail: tanya.prof@yandex.ru

Крюковский Сергей Борисович – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой акушерства и гинекологии педиатрического и стоматологического факультетов ФГБОУ ВО «Смоленский государственный медицинский университет» Минздрава России. E-mail: agpsf@smolgm.ru

Бельская Галина Дмитриевна – кандидат медицинских наук, доцент кафедры акушерства и гинекологии ФГБОУ ВО «Смоленский государственный медицинский университет» Минздрава России. E-mail: agpsf@smolgm.ru

Киракосян Лариса Симоновна – кандидат медицинских наук, доцент кафедры акушерства и гинекологии ФГБОУ ВО «Смоленский государственный медицинский университет» Минздрава России. E-mail: kirakosyan.larisa@mail.ru

Кузьминых Виктория Викторовна – ассистент кафедры акушерства и гинекологии ФГБОУ ВО «Смоленский государственный медицинский университет» Минздрава России. E-mail:Victoriya-smol@mail