

УДК 616.14-089:616-072

**ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПОСЛЕДСТВИЙ АКУШЕРСКИХ ТРАВМ ШЕЙКИ МАТКИ У ПЕРВОРОДЯЩИХ ЖЕНЩИН СПРИМЕНЕНИЕМ ЛАЗЕРНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ****Бадретдинова Ф.Ф., Ганцев Ш.Х., Магафуров Р.Ф., Трубин В.Б.***ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет», Уфа;  
Городская клиническая больница № 8, Уфа, e-mail: fbadretdinova@mail.ru*

Разработана и применена у 60 женщин комплексная система профилактических, лечебных и реабилитационных мероприятий с акушерскими травмами шейки матки, позволившая уменьшить число фоновых и предраковых заболеваний шейки матки, снизить число рецидивов после лечения выявленной патологии.

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

**PREVENTION AND TREATMENT OF OBSTETRIC CERVIX PRIMIPARAS WOMEN USING LASER TECHNOLOGY****Badretdinova F.F., Gantsev S.K., Magafurov R.F., Trubin V.B.***Bashkir State Medical University, Ufa;  
Clinical Hospital № 8, Ufa, e-mail: fbadretdinova@mail.ru*

Developed and applied by 60 women a comprehensive system of preventive, therapeutic and rehabilitation measures with obstetric trauma, the cervix, which reduce the number of background and precancerous cervical diseases, reduce the number of relapses after treatment of diagnosed pathology.

**Keywords:** cervical breaks, background and precancerous cervical cancer lazerohirurgičeskoe treatment, rehabilitation

Частота акушерских травм шейки матки при первых родах, по данным ряда авторов, составляет от 17 до 28% [3, 4, 6, 7]. Опасность возникновения разрывов шейки матки в родах увеличивается при анатомически и клинически узких тазах, при быстрых, стремительных, а также затяжных родах, аномалиях родовой деятельности. Отмечена высокая частота разрывов шейки матки, подвергнувшейся диатермохирургическому лечению в анамнезе [1, 2]. По литературным данным, у более 30% женщин заживление швов на шейке матки после родов происходит вторичным натяжением [8, 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. 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 [1, 4, 5]. Разработка целостной системы профилактических, лечебных и реабилитационных мероприятий для первородящих женщин, перенесших акушерские травмы шейки матки, является недостаточно изученным что определяет 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 исследования**

Клиническое исследование, путем активного вызова, проведено у 165 женщин в возрасте от 17 до 38 лет, имевших акушерские травмы шейки матки (ТШМ) при первых родах на базе женской консультации Городской клинической больницы № 8 г. Уфы. При изучении анамнеза особое внимание обращалось на наличие или отсутствие патологии шейки матки, врачебного наблюдения в послеродовом периоде. Средний возраст пациенток составил 25,47 ± 4,30 лет. У всех обследованных женщин роды осложнились разрывами шейки матки: I ст. – у 81 (77,1%), II ст. – у 24 (22,9%) женщин. При изучении истории родов в большинстве случаев разрывы шейки матки ушивались однорядными узловыми швами с использованием кетгута, реже викрилом. При наложении швов основное внимание уделялось на гемостатический эффект шва. При небольших разрывах (менее 1 см), при отсутствии активного кровотечения шейки матки как правило не ушивалась. При изучении анамнеза и амбулаторных карт через 1–3 года после родов большинство женщин не наблюдались акушер-гинекологами, т.е. отсутствовало диспансерное наблюдение. При клиническом исследовании с использованием цитологических, гистоморфологических, эндоскопических (кольпоскопии) у большинства пациенток выявлена различная патология шейки матки: эрозированный эктропион – 66 (62,9%), рубцовая деформация – 14 (13,4%) лейкоплакия – 11 (10,5%),

цервицит – 9 (8,6%), атипическая зона трансформации – 5 (4,7%) (контрольная группа).

### Результаты исследования и их обсуждение

Таким образом, проведенное исследование показало, что у женщин, перенесших акушерские травмы шейки матки при первых родах, в отдаленном периоде развиваются различные патологические состояния шейки матки. Неушитый или «плохоушитый» разрыв шейки матки практически во всех случаях приводит к возникновению фоновых или предраковых заболеваний шейки матки. Выявлены высокий процент лейкоплакии и дисплазии шейки матки. Для улучшения результатов лечения и устранения отдаленных последствий родовой травмы шейки матки нами разработан комплексный подход по профилактике и лечению травм шейки матки (основная группа). Разработанная комплексная система профилактических, лечебных и реабилитационных мероприятий применена у 60 женщин. Средний возраст пациенток в основной группе составил  $24,33 \pm 2,61$  лет. У всех обследованных женщин роды осложнились разрывами шейки матки: I ст. – 49, II ст. – 11 женщин. Для обработки данных, использовался метод вариационной статистики. Вычислялись средние арифметические ( $M$ ), стандартные ошибки средней арифметической ( $m$ ), среднее квадратичное отклонение ( $\sigma$ ). 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 производилась с использованием программы «Статист» на ПК AMD Vision A6 в системе Microsoft Windows 7 в WinWord 8.0, Microsoft Excel 2007. Разработанная система включает несколько этапов:

**I этап.** Выделение групп риска рододового 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 (иглорефлексотерапия, мифепристон, препидил-гель, спазмолитики). В родах – своевременная

рациональная терапия аномалий рододовой деятельности, адекватное обезболивание в родах. 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 матки независимо от величины разрыва, в том числе и длиной менее 1 см, что является профилактикой эктропиона. Ушивание разрывов шейки матки производится после отделения последа двухрядными узловыми швами с использованием синтетических рассасывающихся шовных материалов (полисорб, биосин, викрил) с полным восстановлением анатомической целостности шейки матки. 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 накладывают 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 накладывают 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 родильница получает справку-рекомендацию по дальнейшему наблюдению за состоянием шейки матки в женской консультации.

**II этап** предусматривает осмотр первородящих женщин, перенесших акушерские травмы шейки матки по истечении послеродового периода (1,5–2 мес.) в женской консультации и включает комплексное обследование с применением бактериологических, цитологических, кольпоскопических и гистоморфологических методов исследования. При выявлении патологии шейки матки определяются показания для хирургического лечения с использованием лазерных технологий (коагуляция, эксцизия, конизация). Лазерохирургическое лечение проводится амбулаторно на аппарате «Ланцет-2» под кольпоскопическим контролем. Метод лазерокоагуляции применя-

ется при незаконченной зоне трансформации и выполняется в непрерывном режиме с мощностью лазерного излучения 20 Вт, 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 и осуществляется в суперимпульсном режиме с мощностью лазерного излучения до 50 Вт, глубиной воздействия до 3,0 мм, диаметром пятна луча 0,5–1,5 мм, время экспозиции 1–5 мин. Лазероконизация шейки матки производится в пределах здоровых тканей в импульсном режиме с мощностью лазерного излучения до 20 Вт, диаметром пятна луча 0,5–1,5 мм при лейкоплакии шейки матки с атипией, дисплазии шейки матки (CIN I–III) после предварительной парацервикальной анестезии раствором новокаина (0,25% р-р 80,0 мл). 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.

**III этап.** Диспансерное наблюдение в женской консультации за женщинами, перенесшими акушерские травмы шейки матки при первых родах. Контрольный осмотр пациенток после лазерохирургического лечения 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, стыка 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 изучении отдаленных результатов восстановления анатомического соотношения тканей шейки матки у женщин основной группы оригинальная слизистая была выявлена у 87 (90,6%) пациенток; незавершенная зона трансформации плоского эпи-

телиа шейки матки с множеством открытых протоков желез – у 6 (6,3%) женщин. 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) рецидив простой лейкоплакии шейки матки диагностирован у 3 (3,1%) пациенток с выявленной сопутствующей патологией гениталий воспалительного генеза (вагинит – 3, цервицит – 3, хронический сальпингоофорит – 3). Данной группе женщин произведено повторно лазерохирургическое лечение шейки матки. При контрольном осмотре через 6 мес. патология шейки матки не выявлена. Рецидивы после проведенного лечения у пациенток контрольной группы наблюдались в 15,6% случаев. По поводу диагностированных патологических процессов в контрольной группе проведено лечение: лазерохирургическое лечение – 93 больным (в том числе у 6 женщин лазерная терапия была проведена повторно после ранее произведенной ДЭК), диатермоэлектрокоагуляция (ДЭК) шейки матки – 3 больным с эрозированным эктропионом. Лазероэксцизия (82) выполнена 63 больным с эрозированным эктропионом и 19 больным с простой лейкоплакией шейки матки. Лазероконизация шейки матки выполнена 11 больным в том числе 5 женщинам при дисплазии I ст. и 6 больным с рубцовой деформацией шейки матки. Контрольные осмотры проводились через 1, 3, 6 мес. после лазерохирургического лечения с применением цитологических и кольпоскопических методов. Рецидив заболевания выявлен в одном случае (3,1%), по поводу чего произведено повторно лазерохирургическое лечение. В остальных случаях патологии шейки матки не выявлено.

### Выводы

Неушитый или ушитый разрыв шейки матки зажившей вторичным натяжением у большинства первородящих является причиной развития фоновых и предраковых заболеваний шейки матки. При комплексном обследовании женщин, перенесших акушерские травмы шейки матки с дефектом восстановления анатомической целостности шейки матки в отдаленном периоде выявлен большой процент (91,4%) фоновых и предраковых заболеваний шейки матки с высоким удельным весом эрозированного эктропиона (62,9%) и лейкоплакии (18,1%). Применение разработанной системы лечебно-реабилита-

ционных мероприятий с использованием лазерных технологий лечения позволило достичь высокий процент эффективности (96,9%) оздоровления шейки матки у женщин репродуктивного возраста. Полученные результаты исследования свидетельствуют о целесообразности применения комплексного подхода с применением лазерохирургических технологий в лечении последствий травм шейки матки у женщин для сохранения репродуктивного потенциала и качества жизни.

#### Список литературы

1. Заболевания шейки матки / под ред. Ш.Х. Ганцева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 160 с.
2. Заболевания шейки матки, влагалища и вульвы (клинические лекции) / под ред. проф. В.Н. Прилепской. – 2-е изд. – М.: МЕДпресс, 2005. – 432 с.
3. Кулаков В.И., Бутова Е.А. Акушерский травматизм мягких тканей родовых путей – М.: ООО «Медицинское информационное агенство», 2003. – 128 с.
4. Перинеология: болезни женской промежности в акушерско-гинекологических, сексологических, урологических, проктологических аспектах / под ред. В.Е. Радзинского. – М.: ООО «Медицинское информационное агенство», 2006. – 336 с.
5. 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.
6. Радзинский В.Е. Акушерская агрессия. – М.: Изд-во журнала Status Praesens, 2011. – 688 с.
7. Сидорова И.С. Физиология и патология родовой деятельности. – М.: ООО «Медицинское информационное агенство», 2006. – 240 с.
8. Фролова И.И., Бабиченко И.И., Местергази Г.М. Цервикальные интраэпителиальные неоплазии и дискератозы шейки матки. – М.: Династия, 2004. – 88 с.
9. 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.