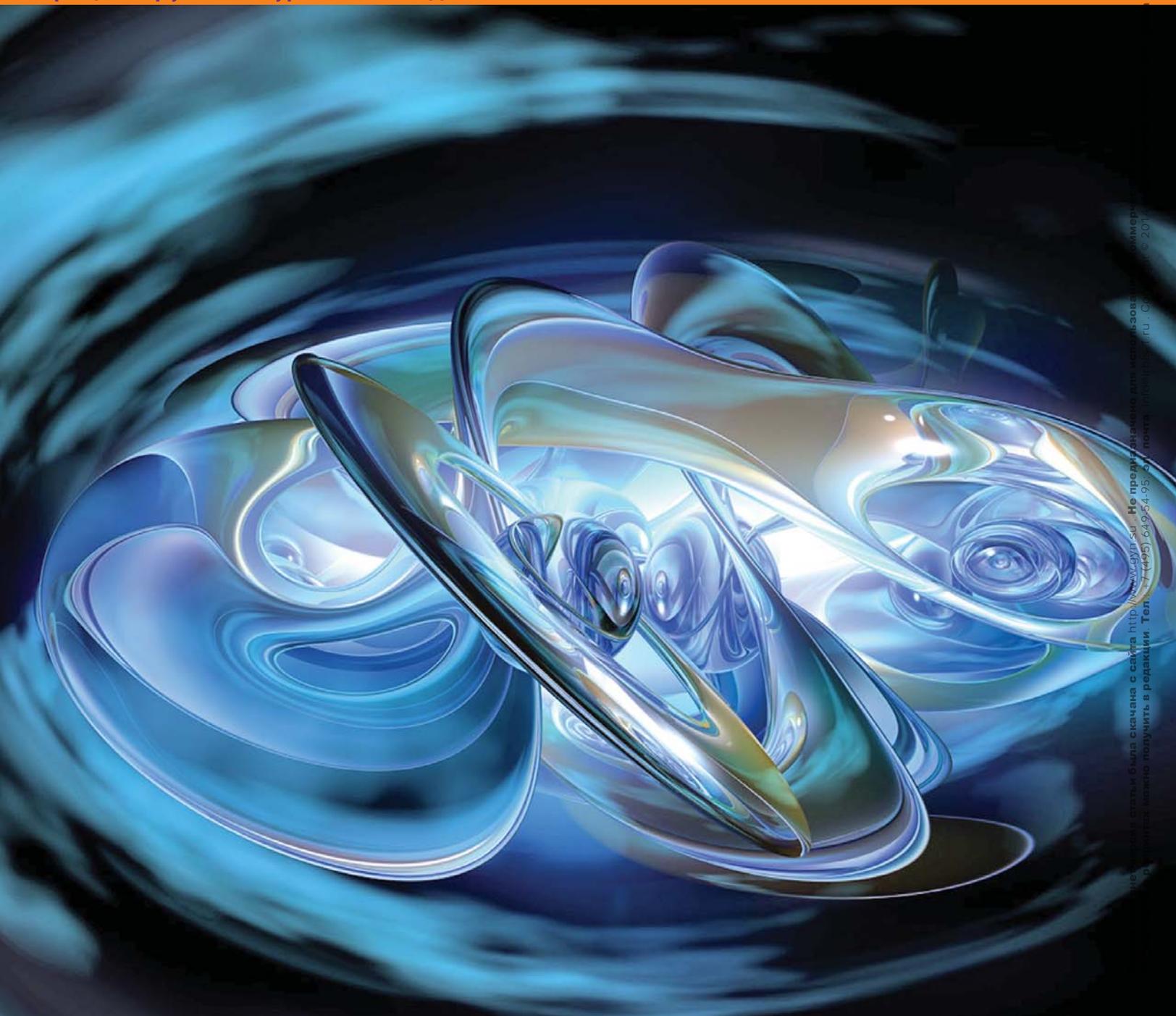


АКУШЕРСТВО ГИНЕКОЛОГИЯ РЕПРОДУКЦИЯ

Включен в перечень ведущих
рецензируемых журналов и изданий ВАК

2014 • Том 8 • № 3

охраняется.



**КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ
ПРИ ГИПЕРТЕНЗИВНЫХ СОСТОЯНИЯХ,
ВЫЗВАННЫХ БЕРЕМЕННОСТЬЮ**

Этот журнал статьи были сканены с сайта <http://www.voprosy.ru>. Не предназначено для использования в коммерческих целях. Воспроизведение статей в других изданиях допускается с разрешения редакции. © 2014

О НЕКОТОРЫХ АСПЕКТАХ КЛАССИФИКАЦИИ РУБЦОВОЙ ДЕФОРМАЦИИ ШЕЙКИ МАТКИ

Бадретдинова Ф.Ф., Трубин В.Б., Хасанов А.Г.

ГОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет», Уфа

Резюме: значительный разброс частоты статистических данных о рубцовой деформации шейки матки обусловлен неоднозначной оценкой травматической деформации при осмотре и не отражает степень рубцовой деформации. Этому способствуют определенные недостатки существующей классификации, которая, к сожалению, вообще не затрагивает объем хирургической тактики и не учитывает вновь возникшие патологические состояния слизистой. С учетом вышесказанного предлагается внести дополнения в существующую классификацию рубцовой деформации шейки матки, которые позволяют выработать стандартные подходы к лечению, в зависимости от степени деформации и репродуктивной функции женщины. Рубцовая деформация 1-й степени – старые одиночные или множественные боковые разрывы шейки матки до 2 см в глубину. Цервикальный канал частично сохранен и представляет собой конус с вершиной в области внутреннего зева. Выворот слизистой оболочки канала шейки матки обычно ограничивается нижним ее отделом. Рубцовая деформация 2-й степени – старый односторонний или двухсторонний разрыв шейки матки, достигающий до свода, наружный зев не идентифицируется, наблюдается полное «расщепление» шейки матки, передняя и задняя губа представляют собой два отдельных лоскута, цервикальный канал практически разрушен, наблюдается выворот эндоцервикса в просвет влагалища за счет боковых разрывов шейки матки, небольшая гипертрофия одной из губ. Рубцовая деформация 3-й степени – старые разрывы, достигающие до свода матки с ассиметричной гипертрофией одной из губ с дистонированной шейкой матки в сочетании с дисплазией и ВПЧ. Рубцовая деформация 4-й степени – старые разрывы, достигающие до свода матки в сочетании с недостаточностью тазового дна.

Ключевые слова: рубцовая деформация шейки матки, классификация, лечение.

Введение

Среди фоновых заболеваний рубцовые деформации шейки матки (РДШМ) занимают значимое место и их частота, по мнению ряда авторов, колеблется в значительных пределах (15,3-54,9%), а у женщин репродуктивного возраста может достигать 70% [9]. Нарушение анатомической целостности цервикального канала при рубцовой деформации шейки матки, отсутствие слизистой пробки вызывают нарушение барьерной функции и создают условия для развития острого или хронического воспаления. С указанных позиций рубцовая деформация безусловно является существенным фактором, способствующим внутриутробному инфицированию, и влияет на течение повторной беременности, исход которой непосредственно зависит от степени деформации. Негативным моментом является и то, что рубцовая деформация шейки матки может влиять на фертильность женщин и являться причиной несостоятельности шейки матки в период беременности или невынашивания. При этом каждая вторая больная подвергается длительному, а зачастую – неэффективному лечению с применением способов деструктивного воздействия на шейку матки в зоне выраженной деформации что, в свою очередь, усугубляет уже имеющиеся патологические изменения в области шейки матки [5]. Безусловно, степень послеродовой деформации зависит от степени разрыва, от способа восстановления целостности шейки матки. С учетом данного положения вполне понятно, что большинство авторов о степени деформации шейки матки судят по степеням разрыва шейки матки. Частота травматического повреждения шейки матки в родах может достигать 50-66% [3,5,7]. По данным отечественных авторов, в 40-60% наблюдений рубцовая деформация шейки матки обусловлена расхождением швов после неадекватного зашивания

послеродовых разрывов шейки матки, которые у 25% больных не восстанавливаются вовсе [3,8,11]. В отечественной литературе наиболее широкое клиническое применение нашла классификация рубцовой деформации шейки матки, предложенная Н.П. Ермоловой [3], согласно которой выделяется три степени рубцовой деформации. Однако Ю.Е. Кижаяев справедливо указывает на наличие значительных разногласий между предложенной Н.П. Ермоловой классификацией рубцовой деформации и классификацией разрывов шейки матки [5].

Значительный разброс частоты статистических данных многие авторы связывают с неоднозначной оценкой травматической деформации при осмотре, не отражая степень рубцовой деформации. Этому способствует также отсутствие единого взгляда на терминологию рубцовых деформаций шейки матки. При этом существенным моментом является отсутствие общепринятой классификации рубцовой деформации шейки матки. Такой подход не всегда позволяет объективно судить о степени деформации шейки матки, не учитывает вновь возникшие патологические состояния слизистой. Так, у части женщин при рубцовой деформации шейки матки развивается гипертрофия одной или обеих губ, что влияя на фертильность женщин, создает определенные трудности при пластике шейки матки. При выполнении пластических вмешательств на шейке матки возникает необходимость восстановления шейки матки с использованием более травматичных вмешательств. На сегодняшний день при хирургическом лечении патологии шейки матки, связанным с рубцовой деформацией, используются деструктивные вмешательства или пластические операции. Однако в отечественной литературе отсутствует классификация рубцовой деформации шейки матки, которая отражает вышесказанные ситуации. Любая классификация, по своей сути, направлена на идентификацию патологии и в последующем, на основании клинических и данных инструментально-лабораторных исследований, на выявление наиболее сходных групп (степеней), а также стандартизацию объема диагностической и лечебной помощи.

Предложения по дополнению классификации

С учетом вышесказанного нами предпринята попытка дополнить существующую классификацию рубцовой деформации шейки матки, которая позволит выработать стандартные подходы лечения, в зависимости от степени деформации и репродуктивной функции женщины. За основу определения степени деформации шейки матки, как и многие авторы, мы взяли степень предшествующего разрыва шейки матки, которая четко визуализируется при влагалищном исследовании, учитывая локализацию, множественность разрывов – состоятельность наружного маточного зева, наличие или отсутствие гипертрофии шейки матки, ретенционных кист, состояние мышц

тазового дна. Основным объективным признаком при рубцовой деформации шейки матки является несостоятельность наружного маточного зева, который либо зияет, либо пропускает целиком исследующий палец [5]. Цервикальный канал либо представляет собой конус с вершиной в области внутреннего зева, либо отсутствует, как при двухсторонних боковых разрывах, доходящих до влагалищных сводов.

Рубцовая деформация 1-й степени – старые одиночные или множественные боковые разрывы шейки матки до 2 см в глубину. Цервикальный канал частично сохранен и представляет собой конус с вершиной в области внутреннего зева. Выворот слизистой оболочки канала шейки матки обычно ограничивается нижним ее отделом.

Рубцовая деформация 2-й степени – старый односторонний или двухсторонний разрыв шейки матки, доходящий до свода, наружный зев при этом не идентифицируется, наблюдается полное «расщепление» шейки матки, передняя и задняя губа представляют собой два отдельных лоскута, цервикальный канал практически разрушен, наблюдается выворот эндометрия в просвет влагалища за счет боковых разрывов шейки матки, небольшая гипертрофия одной из губ.

Рубцовая деформация 3-й степени – старые разрывы, доходящие до свода матки с ассиметричной гипертрофией одной из губ, с дистопированной шейкой матки в сочетании с дисплазией и ВПЧ. Рубцовая деформация 4-й степени – старые разрывы, доходящие до свода матки в сочетании с недостаточностью тазового дна. Ряд авторов для определения степени деформации шейки матки рекомендуют использовать результаты ультразвукового исследования шейки матки, взяв за основу показатель объема шейки матки в 40 см³, как порогового и диагностически значимого показателя при рубцовой деформации шейки матки. И.А. Бабицева [1] и Ю.Е. Кижаяев [5] указывают на недостаточную обоснованность данного метода, так как ни у одной из обследованных пациенток этот показатель превышен не был, хотя у всех имела место несостоятельность наружного зева при наличии РДШМ.

Обсуждение

При лечении патологии шейки на фоне рубцовой деформации матки применяются эксцизионные и деструктивные методы хирургического лечения. К первой группе методов относятся: ножевая конизация, петлевая электроэксцизия, лазерная конизация и комбинированная лазерная конизация шейки матки, которые, по сути, подразумевают резекцию рубцово-измененной ткани шейки матки и практически удаление наружного зева. В клинической практике чаще применяются следующие операции:

1) клиновидная ампутация шейки матки по Шредеру; 2) конусовидная ампутация шейки матки по Штурмдорфу; 3) высокая ампутация шейки матки;

4) операция Эммета; 5) пластика шейки матки методом расслоения по Ельцову-Стрелкову. Среди этих операций только пластика шейки матки методом расслоения по Ельцову-Стрелкову является пластическим оперативным вмешательством, при котором сохраняется длина шейки матки и эта операция может быть с успехом применена практически у всех больных с рубцовой деформацией шейки матки любой степени [2,5].

Вторая группа методов (деструктивные, или аблационные) включает в себя следующие: криодеструкцию, лазерную вапоризацию и электрокоагуляцию шейки матки. Аблационные методы лечения оказывают меньшее деформирующее воздействие, нежели эксцизионные. Однако при их выполнении на рубцово-измененной шейке матки анатомо-физиологические нарушения при данной патологии способны усугубиться. Более того, аблационные методы рекомендуются исключительно для лечения, при их использовании возможно и консервативное ведение. Исходя из вышесказанного, можно сделать вывод о том, что многие вопросы хирургической коррекции рубцовой деформации шейки матки нельзя считать до конца решенными. Поэтому совершенствование методов лечения патологии шейки матки (ШМ), в частности, при ее деформации, а также изучение результатов лечения с применением различных методов, в зависимости от степени деформации, остается актуальной проблемой восстановительной гинекологии. При этом крайне важным является дифференцированный подход при выборе того или иного метода хирургического воздействия на шейку матки.

Заключение

При выборе метода хирургической коррекции посттравматического эктропиона при рубцовой деформации шейки матки 1-й степени у женщин, планирующих сохранить генеративную функцию, предпочтение отдается аблационному методу лечения патологии шейки матки. Устранение эктропиона важно для восстановления ее барьерной и репродуктивной функции. Эти методы с успехом могут быть применены у

больных с дисплазией, лейкоплакией, полипом цервикального канала и эндометриозом для предупреждения развития рака шейки матки. Для лечения рубцовой деформации шейки матки 2-3-й степени у женщин репродуктивного периода, не планирующих беременность, при наличии показаний и отсутствии противопоказаний применение деструктивных методов лечения нецелесообразно. В таких случаях следует рекомендовать пластическую операцию методом расслоения по Ельцову-Стрелкову. Если женщина страдает невынашиванием беременности на фоне грубой деформации шейки матки показано оперативное лечение – пластика шейки матки. Анализ ближайших и отдаленных результатов проведенного лечения РДШМ у обследованных нами больных выявил не только восстановление нормальных анатомо-физиологических характеристик цервикального канала и шейки матки, но и сохранение ее объема. У женщин с фоновыми и предракковыми заболеваниями рубцово-измененной и элонгированной шейки матки в сочетании с опущением стенок влагалища и несостоятельностью мышц тазового дна показаны реконструктивно-пластические операции по Штурмдорфу или в нашей модификации (патент на изобретение № 2184503, зарегистрирован в Государственном реестре изобретений РФ 10.07.2002 г.).

Если деформация шейки матки выявляется во время беременности при наличии признаков угрожающего выкидыша, на шейку матки с целью сохранения беременности накладывают специальный круговой шов, призванный восполнить утраченную механическую функцию шейки матки. Этот шов обычно остается до доношенного срока беременности. Его снимают либо накануне предполагаемых родов, либо в случае начала родовой деятельности. При сочетании цервикальной интраэпителиальной неоплазии с деформацией шейки матки показана конизация.

На наш взгляд, предложенная модификация классификации рубцовой деформации шейки матки позволяет более точно идентифицировать степень рубцовой деформации травмированной шейки матки и в определенной степени – выработать тактику лечения.

Литература:

1. Бабичева И. А. Хирургическое лечение деформации шейки матки в сочетании с лейкоплакией. Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. М.; 1997. 22 с.
2. Бодяжина В.И., Жмакин К.Н., Кирущенко А.П. Акушерство. Курск. 1998; 496 с.
3. Ермолова Н.П. Реконструктивно-пластическая операция шейки матки при рубцовых деформациях (методом расслоения). Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. М. 1977; 23 с.
4. Иванова М.Н. Комплексное восстановительное лечение женщин после пластических операций на шейке матки. Автореф. дисс. канд. мед. наук. Воронеж. 2012; 19 с.
5. Кижавв Ю.Е. Комплексное лечение больных с рубцовой деформацией шейки матки. Автореф. дисс. канд. мед. наук. М. 2009; 21 с.
6. Кузнецова Л.Э. Особенности состояния шейки матки у женщин перименопаузального периода. Автореф. дисс. канд. мед. наук. Душанбе. 2004; 24 с.
7. Ландеховский Ю.Д., Бабичева И.А. Заболевания шейки матки, влагалища и вульвы. Под ред. В.Н. Прилепской. М. 1999; 94-98.
8. Муканова С.А., Плесецкий А.В., Мишкина Е.Ю., Артюх Т.Н. Клинические критерии при рубцовых деформациях шейки матки. Вопросы организации оказания неотложной медицинской помощи в условиях крупного промышленного центра. Тезисы научных работ. Омск. 1996; 182-184.
9. Русакевич П.С. Заболевания шейки матки: симптоматика, диагностика, лечение, профилактика. Минск. 2010; 368 с.
10. Трубина Т.Б., Трубин В.Б., Глебова Н.Н. Акушерские травмы шейки матки – факторы риска фоновых и предракковых заболеваний. В кн: Материалы I Российского Конгресса «Генитальные инфекции и патология шейки матки». М. 2004; 80-81.
11. Parikh R., Brotzman S., Anasti J.N. Cervical lacerations: some surprising facts. Am. J. Obstet. Gynecol. 2007 May; 196 (5): 7-8.
12. Wright T.C.Jr., Massad L.S., Dunton C.J. 2006 consensus guidelines for the management of women with abnormal cervical screening tests. J. Low Genit Tract Dis. 2007; 11 (4): 201-222.

References:

1. Babicheva I. A. *Khirurgicheskoe lechenie deformatsii sheiki matki v sochetanii s leukoplakiei*. Doct, Diss. (Surgical treatment of cervical strain in combination with leukoplakia). Dr. diss. Moscow. 1997. 22 s.
2. Bodyazhina V.I., Zhmakin K.N., Kiryushchenkov A.P. *Obstetrics [Akusherstvo]*. Kursk. 1998; 496 s.
3. Ermolova N.P. *Rekonstruktivno-plasticheskaya operatsiya sheiki matki pri rubtsovykh deformatsiyakh (metodom rassloeniya)*. Doct, Diss. (Reconstructive and plastic surgery at the cervical scar deformity (by stratification)). Dr. diss. Moscow. 1977; 23 s.
4. Ivanova M.N. *Kompleksnoe vosstanovitel'noe lechenie zhenshchin posle plasticheskikh operatsii na sheike matki*. Doct, Diss. (Comprehensive rehabilitation treatment of women after plastic surgery on the cervix). Dr. diss. Voronezh. 2012; 19 s.
5. Kizhaev Yu.E. *Kompleksnoe lechenie bol'nykh s rubtsovoi deformatsiei sheiki matki*. Doct, Diss. (Complex treatment of patients with cervical scar deformity). Dr. diss. Moscow. 2009; 21 s.
6. Kuznetsova L.E. *Osobennosti sostoyaniya sheiki matki u zhenshchin perimenopauzal'nogo perioda*. Doct, Diss. (Features state of the cervix in women of perimenopausal period). Dr. diss. Dushanbe. 2004; 24 s.
7. Landekhovskii Yu.D., Babicheva I.A. Disease of the cervix, vagina and vulva. Ed. VN Prilepskaya [Zabolevaniya sheiki matki, vlagalishcha i vul'vy. Pod red. V.N. Prilepskoj]. Moscow. 1999; 94-98.
8. Mukanova S.A., Plisetskii A.B., Mishkina E.Yu., Artyukh T.N. *Klinicheskie kriterii pri rubtsovykh deformatsiyakh sheiki matki. Voprosy organizatsii okazaniya neotlozhnoi meditsinskoj pomoshchi v usloviyakh krupnogo promyshlennogo tsentra. Tezisy nauchnykh rabot* (Clinical criteria for cervical scar deformity. Questions organization providing emergency medical care in a large industrial center. Abstracts of scientific papers) Omsk. 1996; 182-184.
9. Rusakevich P.S. *Cervical disease: symptoms, diagnosis, treatment, prevention [Zabolevaniya sheiki matki: simptomatika, diagnostika, lechenie, profilaktika]*. Minsk. 2010; 368 s.
10. Trubina T.B., Trubin V.B., Glebova H.H. *Akusherskie travmy sheiki matki – faktory riska fonovykh i predrakovykh zabolevanii. V kn: Materialy I Rossiiskogo Kongressa «Genital'nye infektsii i patologiya sheiki matki»* (Obstetric injuries cervix – risk factors of background and precancerous diseases. In the book: Proceedings of the I Congress of the Russian "Genital infection and cervical pathology"). Moscow. 2004; 80-81.
11. Parikh R., Brotzman S., Anasti J.N. Cervical lacerations: some surprising facts. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 2007 May; 196 (5): 7-8.
12. Wright T.C.Jr., Massad L.S., Dunton C.J. 2006 consensus guidelines for the management of women with abnormal cervical screening tests. *J. Low Genit Tract Dis.* 2007; 11 (4): 201-222.

ON SOME ASPECTS OF THE CLASSIFICATION OF CRUMPLE CERVICAL SCAR

Badretdinova F.F., Trubin V.B., Khasanov A.G.

Bashkir State Medical University, Ufa

Abstract: of the significant variation in the frequency of cervical strain caused by the scar with a mixed assessment of traumatic deformities on examination did not reflect the degree of scar deformities. This is facilitated by the shortcomings of the existing classification, which unfortunately did not affect the volume of surgical tactics and does not take into account newly emerging pathological conditions of the mucous membrane. In view of the above, the authors proposed to supplement the existing classification of scar deformities of the cervix, which allow you to develop standard approaches to the treatment, depending on the degree of deformation and the reproductive function of women. Scar deformity of 1 degree of old single or multiple lateral cervical tears up to 2 cm deep. Cervical canal is partially preserved and is a cone with vertex at the internal OS. Eversion of cervical mucous is usually limited to the bottom of its Division. Scar deform of 3 degree-old tears reaching to the body of the uterus with assymetric hypertrophy of lip dystopic cervix in combination with dysplasia and HPV. SCAR deformation degree 4-old tears reaching to the body of the uterus, combined with the failure of the pelvic floor.

Key words: cervical deformity of scar, classification, treatment.