

Особенности течения беременности у женщин перенесших хирургическую коррекцию посттравматического эктропиона шейки матки

М.Н.ИВАНОВА, Н.Н.МИНАЕВ

Estimation of the flow of pregnancy at women after surgical correction post-traumatic ectropion of the cervix uteri

M.N.IVANOVA, N.N.MINAEV

Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н.Бурденко

Среди гинекологических заболеваний фоновая патология шейки матки занимает одно из первых мест – они встречаются в 10-15%, среди патологических состояний шейки матки их частота достигает 80-85%. Среди фоновых заболеваний наиболее значимое место занимают дефекты шейки матки (ДШМ). В основном они представлены посттравматическим эктропионом, частота которого, по мнению ряда авторов, колеблется в значительных пределах (15,3-54,9%). Такой значительный разброс частоты исследователи связывают с неоднозначной оценкой травматической деформации при осмотре. Виды лечения этой формы фоновой патологии различны – они колеблются от сложных пластических операций до рутинных манипуляций типа диатермокоагуляции и криодеструкции. Оценка эффективности различных форм лечения производится, как правило, с точки зрения снижения онкологической потенции. Безусловно, это чрезвычайно важное обоснование эффективности проведенного лечения, однако, учитывая омоложение больных, перенесших оперативное вмешательство на шейке матки, чрезвычайно значимой видится оценка эффективности восстановления генеративной функции [3].

Цель исследования – оценка течения беременности у пациенток, перенесших различные виды хирургической коррекции посттравматического эктропиона шейки матки.

Материалы и методы

Анализировано течение повторной беременности за период с 2001 по 2006 гг. у 200 женщин, перенесших различные виды хирургической коррекции травматической ДШМ в предшествующих родах: сформированы 2 контрольные группы: 50 практически здоровых женщин (I контрольная группа) и 50 женщин, имевших посттравматическую ДШМ, которую они отказались лечить по независимым от врача причинам (II контрольная группа); исследовательские группы составили 50 пациенток, у которых посттравматическая ДШМ пролечена диатермокоагуляцией шейки матки

(I группа) и 50 пациенток, которым была произведена операция Эммета/пластика шейки матки (II группа). Оценка эффективности хирургического лечения проводилась с использованием критериев В.И.Ельцова-Стрелкова и Л.П.Ермоловой [2].

Результаты и их обсуждение

В процессе анализа с использованием стандартных методик медицинской статистики было установлено, что генеративная функция обследованных групп, по таким показателям как возраст, время менархе, критерии менструального цикла, время начала половой жизни, количества половых партнеров, частота и длительность предшествующих гинекологических заболеваний, была практически однородной. Не было выявлено статистически достоверного отличия между группами по какому-либо из этих критериев. Таким образом, можно сделать заключение, что предшествующий фон не оказывал влияния на особенности генеративной функции при последующих беременностях.

Исследование причин формирования ДШМ показало, что у большинства женщин травматический эктропион был диагностирован после родов, однако наибольшим относительным риском отличался критерий отсутствия информации у пациенток о восстановлении целостности шейки матки как после родов, так и после выкидышей (табл. 1). В ходе проведенного исследования не было отмечено приоритетности формирования травматического эктропиона после преждевременных родов, на что указывают другие авторы [1, 2, 11]. Вес детей в группах также статистически значимо не отличался. Практически все обследованные женщины II контрольной группы, I и II исследовательских групп отмечали у себя сопутствующую гинекологическую патологию. Ведущую роль здесь играли явления эндоцервицита (табл. 2).

При изучении качества восстановления анатомической целостности шейки матки и ее наружного зева отмечено, что пластические методики восстановления ДШМ имеют статистически значимые преимущества

Таблица 1

Этиологические факторы формирования травматического эктропиона

Клиническая группа	Роды		Выкидыш		Информированность о восстановлении шейки матки	
	преждевременные	срочные	ранний	поздний	да	нет
I контрольная	6	36	8	4	8	42
II контрольная	4	37	7	7	12	38
I исследовательская	3	38	12	9	13	37
II исследовательская	5	34	8	6	15	24
ВСЕГО	18	145	35	26	48	141

Таблица 2

Частота сопутствующей гинекологической патологии

Клиническая группа	Вид гинекологической патологии				
	нет	эндоцервицит	кольпит	аднексит	эндометриоз
I контрольная	38	3	3	5	1
II контрольная	0	34	7	7	2
I исследовательская	2	32	7	7	2
II исследовательская	0	32	4	10	4
ВСЕГО	40	101	21	29	9

перед диатермическим ($t=-12,3963$, $P<0,0001$). Это отмечают и другие исследователи, занимающиеся проблемой коррекции шейки матки при ее травматической деформации [12]. Анализ генеративной функции женщин после проведенной хирургической коррекции шейки матки показал, что осложнения беременности у женщин перенесших электродиатермоконизацию составили 62,7%, а у перенесших ножевую пластику – 24,7%. Частота бесплодия у женщин, перенесших пластическую операцию на шейке матки, была достоверно ниже, чем у женщин, перенесших диатермоконизацию. Длительность бесплодия после пластики шейки матки также была статистически достоверно меньше, чем после диатермоконизации (время бесплодия после пластики $1,5\pm 0,29$; время бесплодия после диатермоконизации $1,7\pm 0,14$; $t=2,4867$, $P<0,01$).

После проведенного лечения генеративная функция пациенток различных групп по общему количеству родов и абортостатистически достоверно не отличалась. У пациенток, перенесших диатермоконизацию шейки матки, впоследствии было достоверно больше самопроизвольных выкидышей, чем у женщин с пластической коррекцией ДШМ.

Частота невынашивания у пациенток, перенесших диатермоконизацию, практически не отличалась от таковой для женщин с не леченной ДШМ. Именно за счет невынашивания имело место статистически достоверное увеличение общего числа беременностей пациенток I группы, по сравнению с II группой, в то время как отличия показателей I группы от II контрольной группы не отмечалось.

Течение беременности обследованных женщин, перенесших различные виды хирургической коррекции ДШМ, также имело свои особенности. Минимальное количество осложнений беременности на-

блюдалось во II исследовательской группе. По этому критерию имелось достоверное отличие от II контрольной и I исследовательской групп, но не было отличия от I контрольной группы.

У пациенток, перенесших пластику шейки матки, наблюдались, в основном, изолированные формы патологии беременности, в то время как у женщин после диатермоконизации имели место сочетанные формы, что является крайне неблагоприятным прогностическим фактором в отношении исхода беременности. В I контрольной и II исследовательской группах число сочетанных форм патологии беременности было достоверно ниже, чем во II контрольной и I исследовательской группах.

Анализ нозологических форм осложнений беременности показал, что нормально протекающая беременность достоверно чаще имела место именно у пациенток, перенесших пластику шейки матки.

Частота гестозов в группах практически не отличалась. У пациенток, перенесших диатермоконизацию шейки матки, частота возникновения пиелонефрита, невынашивания и фетоплацентарной недостаточности была достоверно выше, чем в I контрольной и II исследовательской группах. После проведения диатермоконизации у пациенток было достоверное уменьшение лишь частоты возникновения пиелонефрита (по сравнению с результатами женщин, не получавших лечение ДШМ).

Как уже было отмечено выше, выявлено увеличение частоты невынашивания в I исследовательской группе, по сравнению не только с I контрольной (практически здоровые женщины), но и со II контрольной группами.

Сроки возникновения и длительность течения таких осложнений беременности как фетоплацентар-

ная недостаточность и пиелонефрит также различались в исследуемых группах женщин. Фетоплацентарная недостаточность у пациенток II исследовательской группы формировалась достоверно позже, чем у пациенток I исследовательской группы. По этому показателю, пациентки, перенесшие пластику шейки матки, приближались к пациенткам I контрольной группы (практически здоровые женщины), тогда как результаты пациенток, перенесших диатермоконизацию, были ближе к показателям пациенток II контрольной группы.

Аналогичная тенденция имела место и при анализе продолжительности течения фетоплацентарной недостаточности: длительность течения этой патологии у пациенток, перенесших пластику шейки матки была достоверно меньше, чем у пациенток после диатермоконизации.

Анализ времени возникновения и длительности течения пиелонефрита позволяет сделать вывод, что при пластических операциях на шейке матки вероятность инфицирования мочевыводящих путей достоверно ниже, чем при диатермоэлектрическом способе коррекции ДШМ.

Обобщая вышеизложенное можно сделать заключение о том, что преморбидный фон во время беременности у пациенток, перенесших пластику шейки матки, был более благоприятен, чем у пациенток после диатермоконизации. Вероятность неблагоприятного, в отношении инфицирования, течения беременности у пациенток после диатермоконизации практически не отличалась от таковой у женщин с непролеченной ДШМ. Пациентки после пластики по основным показателям течения беременности практически не отличались от женщин I контрольной группы.

Полученные результаты подтвердили мнение других исследователей о том, что при ДШМ повышается вероятность инфицирования эндоцервикса [8]. Это инфицирование плохо поддается этиотропной терапии до тех пор, пока не восстановлена анатомическая целостность цервикального канала и наружного зева. Аналогичные данные приводят и другие авторы [6, 9, 10].

В настоящее время имеется тенденция часто использования диатермических форм коррекции ДШМ [2]. Это связано, в первую очередь, с доступностью этих методик и возможностью их выполнения в амбулаторных условиях. Работ, посвященных изучению восстановления генеративной функции после этих операций явно недостаточно [6, 13]. В качестве основного осложнения восстановления ДШМ диатермическим путем приводится привычное невынашивание [3].

Однако часть исследователей склонны считать, что наиболее оптимальной формой восстановления целостности шейки матки является ее хирургическая коррекция, предлагая в качестве оптимального

решения использование пластической операции по В.И.Ельцову-Стрелкову [5].

Полученные результаты подтверждают заключения других авторов о предпочтительности пластического восстановления целостности шейки матки, а использование для этой цели достаточно простой методики с использованием современного шовного материала позволяет сделать предположение о возможности ее широкого использования.

Вывод

Результаты проведенного исследования свидетельствуют о том, что диатермические методы лечения не позволяют обеспечить полноценное восстановление целостности шейки матки, препятствующее восходящему инфицированию.

Список литературы

1. Бычков В.И., Калинин А.С. Ретроспективный анализ причин, способствующих возникновению травм шейки матки в родах. Акушерство и гинекология 1990; 8: 35-37.
2. Ермолова И.П. Реконструктивно-пластические операции шейки матки при рубцовой деформации методом расслоения. Автореф. дис. ... канд. мед. наук, М. 1977; 20.
3. Кулаков В.И., Сидельникова В.М. Невынашивание беременности - фактор высокого риска перинатальной патологии. Вестник АМН СССР 1990; 7: 15-18.
4. Манухин И.Б., Мареев Е.В., Минкина Г.И., Попков С.А. Хирургические методы в лечении патологии шейки матки на фоне ее деформации. Вестн. Росс. ассоц. акуш.-гинеколог. 1995; 1: 3: 8-15.
5. Русакевич П.С. Заболевания шейки матки: симптоматика, диагностика, лечение, профилактика: Справ. пособие. Минск 2000; 368.
6. Zhang X. et al. Evaluation of cold knife conization on diagnosis and treatment of cervical intraepithelial neoplasia Ai Zheng. 2003; 22: 9: 994-996.
7. Jordan J.A. Treatment and follow-up. J. of Experim. Clin. Cancer Research. 1990; 248
8. Nichols D.H. Gynecologic and Obstetric Surgery. St.Louis: Mosby 1993; 436.

Поступила 29.11.2010 г.

Информация об авторах

1. Иванова Марина Николаевна – аспирант кафедры акушерства и гинекологии №2 Воронежской государственной медицинской академии им. Н.Н.Бурденко, врач-гинеколог онкологического отделения №5 Воронежского областного клинического диспансера; e-mail: marina00000@yandex.ru
2. Минаев Николай Николаевич – д.м.н., профессор, заведующий кафедрой акушерства и гинекологии №2 Воронежской государственной медицинской академии им. Н.Н.Бурденко; e-mail: mnn@vmail.ru