

УДК 618-611.663:616.001.01

## АКУШЕРСКАЯ ТРАВМА И РУБЦОВАЯ ДЕФОРМАЦИЯ ШЕЙКИ МАТКИ. НЕКОТОРЫЕ СПОРНЫЕ ВОПРОСЫ ПРОБЛЕМЫ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

**Бадретдинова Ф.Ф., Глебова Н.Н., Короткова Л.А., Хасанов А.Г., Трубин В.Б.**

*Башкирский государственный медицинский университет, Уфа, e-mail: fbadretdinova@mail.ru*

Актуальность данной проблемы обусловлена высоким удельным весом заболеваний шейки матки в структуре гинекологической заболеваемости (от 10% до 38,5% и более), влиянием на состояние детородных функций женского организма, риском восходящей инфекции (до 69,9%) и малигнизации (до 9,1%) а также недостаточной эффективностью существующих методов лечения. В развитии многих доброкачественных и предраковых заболеваний шейки матки играет травма шейки матки полученная во время родов или вследствие искусственных абортов. При этом существенным моментом является отсутствие общепринятой классификации рубцовой деформации шейки матки. Классификация основанная на степени предшествующего разрыва шейки матки не учитывает вновь возникшие патологические состояния слизистой. Не до конца отработаны вопросы адекватной хирургической помощи при рубцовой деформации шейки матки.

**Ключевые слова:** родовая травма, рубцовая деформация шейки матки, классификация, лечение

## OBSTETRIC TRAUMA AND CICATRICAL DEFORMITY OF THE CERVIX. SOME CONTROVERSIAL ISSUES OF THE PROBLEM (LITERATURE REVIEW)

**Badretdinova F.F., Glebova N.N., Korotkova L.A., Khasanov A.G., Trubin V.B.**

*Bashkir State Medical University of Ministry of health of the Russian Federation, Ufa, e-mail: fbadretdinova@mail.ru*

The relevance of this issue is the result of high prevalence of cervical disease in the structure of gynecological morbidity (10% to 38.5% and more), the impact on the reproductive functions of the female body, the risk of ascending infection (up to 69.9%) and malignancy (to 9.1%) and insufficient efficiency of existing methods of treatment. In the development of many benign and premalignant diseases of the cervix is the cervical injury received during childbirth or due to induced abortions. The essential point is the lack of a generally accepted classification of cicatricial deformity of the cervix. Classification based on the degree of previous rupture of the cervix does not take into account the newly established pathological condition of the mucosa. Not fully worked out the issues of adequate surgical care for cicatricial deformity of the cervix.

**Keywords:** birth trauma, cicatricial deformity of the cervix, classification, treatment

Среди гинекологических заболеваний у женщин репродуктивного возраста патология шейки матки (ШМ) остается актуальной проблемой. Актуальность данной проблемы обусловлена высоким удельным весом заболеваний шейки матки в структуре гинекологической заболеваемости (от 10% до 38,5% и более), влиянием на состояние детородных функций женского организма, риском восходящей инфекции (до 69,9%) и малигнизации (до 9,1%) а также недостаточной эффективностью существующих методов лечения. Другим немаловажным аспектом патологии шейки матки является их влияние на репродуктивную функцию женщин. Так, довольно часто рубцовая деформация шейки матки является причиной как бесплодия, так и невынашивания беременности. Как справедливо считают многие исследователи, что возникновение и развитие патологических состояний влагалищной части шейки матки – это сложный и длительный процесс, многие стороны которого ещё недостаточно изучены [28, 29]. В настоящее время как в экспе-

рименте, так и в клинике установлены различные механизмы развития фоновых и предраковых заболеваний шейки матки. Наиболее часто раковому процессу шейки матки предшествуют фоновые заболевания. Фоновыми называются заболевания и изменения влагалищной части шейки матки потому, что они способствуют возникновению и развитию рака шейки матки. К этим заболеваниям относятся эктопия, неспецифические цервициты, эндометриоз, простая лейкоплакия и др. [26]. Вместе с тем, в настоящее время единое мнение о причинах возникновения фоновых заболеваний, предрака шейки матки отсутствует. Многочисленные приводимые в литературе данные свидетельствуют о полиэтиологичности патологических процессов экто – и эндоцервикса [7, 20, 35]. В развитии многих доброкачественных и предраковых заболеваний шейки матки играет травма шейки матки полученная во время родов или вследствие искусственных абортов. Акушерские разрывы шейки матки в родах относятся к числу часто встречающихся форм

акушерского травматизма, частота которых составляет до 90% [4, 5]. 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, перенесенным плодом, разгибательные вставления головки, ригидность, рубцовые или воспалительные изменения мягких тканей родовых путей [3, 12, 31, 36]. Наиболее часто акушерская травма шейки матки (ШМ) наблюдается у первородящих женщин, частота которой, по данным ряда авторов, составляет от 17 до 28% [22, 9, 12]. У первородящих старше 30 лет разрывы шейки матки встречаются в два раза чаще, чем у молодых женщин [12, 3, 19, 26, 32]. Причиной данного осложнения ряд авторов объясняют изменением коллоидной структуры тканей шейки матки, разрастанием фиброзной ткани и уменьшением количества мышечных клеток, в результате чего шейка становится ригидной, плохо растягивается [3, 10, 19, 21, 24, 27]. Опасность возникновения разрывов шейки матки в родах увеличивается при анатомически и клинически узких тазах, при быстрых, стремительных, а также затяжных родах, аномалиях родовой деятельности [3, 6, 10, 33, 34, 38]. К факторам риска разрывов шейки матки при первых родах относятся: акушерская патология (гестозы, аномалии родовой деятельности), амниотомия, крупный плод, гинекологические заболевания воспалительного генеза, перенесенные диатермокоагуляции шейки матки в анамнезе, возраст женщины более 30 лет, малоподвижный образ жизни во время беременности [27, 28]. Следует считать справедливым мнение о том, что на частоту разрывов шейки матки влияет длительность безводного периода. При разрыве плодного пузыря за 24 часа до рождения ребенка частота разрывов шейки матки возрастает в 2 раза, что связано с уменьшением полости матки после излития вод и усилением ретракции шейки, отчего подлежащая часть плода оказывает давление на неподготовленный внутренний зев [2, 35]. В литературных источниках приводятся данные о роли экстрагенитальных заболеваний, предрасполагающих к разрывам шейки матки в родах. Указывается на снижение шеечного кровотока при анемии. При активном ревматическом процессе происходит сдвиг равновесия между гиалуроновой кислотой и гиалурондегидрогеназой в сторону увеличения гиалуроновой кислоты, что ведет к повышению проницаемости тканей. При кардиальной патологии отмечается более раннее созревание шейки мат-

ки и более быстрое течение родового акта [3, 2, 19, 27]. К сожалению, на практике допускаются ряд ошибок технического характера при оказании первичной хирургической помощи родильницам с разрывами шейки матки. По данным отечественных авторов у 25% больных шейку матки не восстанавливают вовсе, а в 40-60% наблюдений имеет место расхождение швов после неадекватного зашивания послеродовых разрывов шейки матки [4, 5, 6]. По данным других авторов, у более 30% женщин заживление швов на шейке матки после родов происходит вторичным натяжением [12, 32, 35, 39]. Во многих случаях восстановлением шейки матки занимаются акушерки, хотя это пособие является врачебной манипуляцией. Нередки случаи использования несоответствующего шовного материала. Несмотря на наличие современных шовных материалов для восстановления шейки матки применяют рассасывающиеся лигатуры, например кетгут, недостатки которого хорошо известны. При наложении швов основное внимание уделяется на гемостатический эффект шва, грубо захватывая края поврежденной шейки, что приводит к значительной деформации после заживления. При небольших разрывах (менее 1 см), при отсутствии активного кровотечения, шейка матки, как правило не ушивается [6, 19, 36, 40]. Нарушение архитектоники шейки матки при ее разрывах неизбежно сопровождается повреждением всех соединительно-тканых мышечно-волоконистых структур, нервных окончаний, ганглиев органа что вызывает нарушение трофики тканей шейки матки, нормального течения процессов регенерации, вялое длительное течение присоединяющегося воспалительного процесса [23, 24, 36, 27]. Данная ситуация ещё раз подтверждает значимость существующей в медицине проблемы взаимоотношений «структуры» и «функции» органа, т. е. нарушенная структура-нарушенная функция!!! Многие женщины с родовыми травмами шейки матки после выписки из родильного дома акушерами-гинекологами не наблюдаются. Женщины после акушерской травмы шейки не наблюдаются в женской консультации в связи с чем, лечебно-реабилитационные мероприятия, направленные на санацию шейки матки, проводятся, как правило не ранее, чем через 1 год после родов [34, 19]. До настоящего времени не изучены процессы заживления раны, формирования рубца, ближайшие последствия акушерских травм шейки матки, которые возникают в этот период. Не разработаны диагностические и реабилитационные мероприятия для данного контингента родиль-

ниц [8, 19]. Перенесенные при родах неушитые, плохо ушитые разрывы шейки матки или разрывы зажившие вторичным натяжением впоследствии создают другую не менее сложную медико-социальную проблему связанную с рубцовой деформацией шейки матки. Среди фоновых заболеваний рубцовые деформации шейки матки (РДШМ) занимают значимое место и частота которого, по мнению ряда авторов, колеблется в значительных пределах (15,3-54,9%), а у женщин репродуктивного возраста может достигать 70%. Нарушение анатомической целостности цервикального канала при рубцовой деформации шейки матки, отсутствие слизистой пробки вызывают нарушение барьерной функции и создают условия для воздействия инфекционных факторов вызывающих острое и хроническое воспаление. С указанных позиций рубцовая деформация безусловно является клинически значимым фактором, способствующим внутриутробному инфицированию с одной стороны и существенно влияет на течение повторной беременности исход которого непосредственно зависит от степени деформации и от вида коррекции травматического эктропиона. Негативным моментом является и то, что рубцовая деформация шейки матки может косвенно 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 [21, 17, 26]. 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. Акушерские травмы шейки матки, зажившие вторичным натяжением, впоследствии приводят к рубцовой деформации, образованию эктропиона, на фоне которых часто формируются предраковые состояния (атипическая лейкоплакия, цервикальная интраэпителиальная неоплазия), представляющие высокий риск возникновения рака шейки матки [12, 27, 28, 29, 41]. Имеются данные, что у более 40% женщин дисплазия шейки матки развивается на фоне рубцовой деформации [31, 35, 37]. Рубцовая деформации является основной причиной возникновения эктропиона, при

котором нарушается формирование и удержание слизистой пробки в цервикальном канале. Цервикальная слизистая пробка обладая высокой иммунологической, протеолитической и бактерицидной активностью за счет содержащихся в ней иммуноглобулинов, лизоцима, компонентов комплемента и лактоферрина является надежным естественным заслоном для восходящей инфекции и препятствует инфицированию полости матки [18, 28, 29, 30]. Кроме того, она (деформация) существенно влияет на течение повторной беременности, исход которого непосредственно зависит от степени деформации и от вида коррекции травматического эктропиона. 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. 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 [23, 27, 28, 42]. Безусловно, доминирующей причиной формирования рубцовой деформации является разрыв шейки матки в родах (абортах), с последующим неадекватным его заживлением, т.е. степень послеродовой деформации зависит от степени разрыва и от способа восстановления целостности шейки матки. Некоторыми авторами отмечается высокая частота разрывов шейки матки, подвергнувшейся диатермохирургическому лечению в анамнезе [1, 6, 10, 13, 14].

Зачастую женщины с данной патологией (каждая вторая) подвергаются длительному неэффективному лечению с применением аблационных методов деструктивного воздействия на шейку матки по поводу эктропиона в зоне выраженной деформации, что в свою очередь усугубляет уже имеющиеся патологические изменения в области шейки матки [6, 41, 43]. Учитывая коммерциализацию медицины, которая наблюдается повсеместно, вполне можно объяснить широкое, не всегда по показаниям, распространение таких вмешательств. Эти методы с успехом могут быть применены у больных с дисплазией, лейкоплакией, полипом цервикального канала и эндометриозом ШМ. Но вместе с тем, как указывает само название вмешательства, после них на поверхности влагалищной части шейки матки появляется струп, раневая поверхность различной степени выраженности в зависимости от вида, способа и глубины деструкции: наибольший при электрохирургических ме-

тодах, незначительная после применения радио-, -лазерных технологий. Полное заживление раневой поверхности происходит примерно через 1,5 – 2 месяца. У части больных развивается симптомокомплекс именуемый как синдром коагулированной шейки матки, который сам требует часто дополнительных хирургических методов коррекции. При выполнении конизации шейки матки или диатермоэлектрокоагуляции (ДЭК) неизбежно травмируется шейка матки, целостность ее тканей нарушается, а также происходит повреждение циркулярных мышц шейки матки, которое способствует сокращению продольных мышц, вследствие этого появляется зияние наружного зева, нарушая барьерные функции шейки матки. Цервикальный канал теряет обычную веретенообразную форму, наружный зев расширяется и цервикальная слизь не удерживается в канале, что часто является причиной восходящей инфекции. Отрицательным моментом является и то, что деструктивные методы лечения патологии шейки матки оказывают негативное влияние на репродуктивную функцию женщин и по мнению ряда авторов, методом выбора при лечении патологических состояний шейки матки является СО<sub>2</sub>-лазерная деструкция, особенно у нерожавших женщин [17]. Поэтому совершенствование методов лечения патологии шейки матки (ШМ), в частности при её деформации, а также изучение результатов лечения деструктивных вмешательств, значение которых трудно оспорить остаётся актуальной проблемой восстановительной гинекологии. В литературе работ посвященных изучению репродуктивной функции после деструктивных вмешательств на шейке матки немногочисленны, нередко противоречивы. Научные исследования по данному вопросу в большинстве случаев являются ретроспективными неконтролируемыми и связаны с вероятностью систематических ошибок. При этом большим недостатком в работе лечебных учреждений является отсутствие должной преемственности между родильными отделениями и участковыми акушер-гинекологами. Вследствие этого многие женщины имеющие акушерские травмы шейки матки на значительное время выпадают из поля зрения акушер-гинекологов. Особенностью нахождения на диспансерном учёте женщин с фоновой патологией шейки матки является низкая частота посещений гинеколога (2/3 женщин посещали врача не чаще 1 раза в 9 месяцев) [26]. Цервикальная слизь, продуцируемая эктопией, обуславливает у 30% женщин наличие слизистой пробки с патологически

изменёнными физико-биологическими свойствами [26]. Разработка целостной системы профилактических, лечебных и реабилитационных мероприятий для первородящих женщин, перенесших акушерские травмы шейки матки, является недостаточно изученным, что определяет актуальность данной проблемы. Ряд авторов с целью устранения вышеперечисленных причин разработали многоэтапную комплексную систему профилактических, лечебно-реабилитационных мероприятий для женщин, перенесших акушерские травмы шейки матки при родах [8]. По мнению авторов использование предложенной системы и алгоритма ведения беременности и родов у женщин перенесших деструктивные вмешательства на шейке матки является лучшей профилактикой патологии шейки матки позволяет улучшить репродуктивную функцию женщин. Настораживает вопрос о высокой частоте фоновых и предраковых заболеваний шейки матки у сексуально – активных девушек – подростков (35,6 – 42,8%). Имеются данные, что в последние годы возросла заболеваемость раком шейки матки в возрастной группе до 40 лет. Литературные данные свидетельствуют, что широко применяемые деструктивные вмешательства на шейке матки мало (статистически достоверны  $P \geq 0,05$ ) влияют на течение наступившей беременности, однако прослеживается зависимость репродуктивной функции от вида и глубины деструктивного вмешательства. После конизирующих вмешательств на шейке матки статистически достоверно возрастает число ИЦН, угроза прерывания в разных сроках гестации независимо от способа воздействия относительно женщин в группе сравнения. После поверхностных деструктивных вмешательств на шейке матки, направленных на удаление эктропиона или удаления патологически измененной слизистой путем вапоризации и эксцизии создает дополнительные проблемы в реализации репродуктивной функции у женщин фертильного возраста. Учитывая тот факт, что эктропион у большинства рожавших женщин является как правило последствием неадекватного оказания хирургического пособия в родах в последующем считается фоновым заболеванием шейки матки и в онкологическом плане является относительно благополучным состоянием, то возникает множество вопросов? Всегда ли надо применять деструктивные вмешательства по поводу эктропиона? Деструктивные вмешательства как влияют на возможность зачатия? Как они будут влиять на течение беременности и родов? Анализируя собственный опыт мы



пришли к выводу, что не во всех случаях возникшего эктропиона необходимо деструктивное вмешательство. Такое вмешательство не только полезно, но и вредно, поскольку нередко подразумевает удаление неизменной слизистой лишнего мышечной опоры. В пользу такой позиции свидетельствуют результаты сравнения репродуктивной функции у женщин без деструктивных вмешательств. В данной группе процент зачатия оказался статистически достоверно ( $P \leq 0,05$ ), чем у женщин после деструктивных вмешательств. Отсюда вытекает вывод, что эктропион по большому счету не является абсолютным показанием для деструктивного вмешательства и мало влияет на репродуктивную функцию у женщин. У больных, у которых шейка матки деформирована, длительное существование старых разрывов приводит к развитию хронического воспалительного процесса, являющегося причиной развития патологических изменений шеечного эпителия. Ликвидация этих изменений деструктивными методами воздействия без устранения деформации шейки матки дает лишь временный эффект. Поэтому неперемным условием лечения заболеваний покровного эпителия шейки матки – устранение ее деформации. А без этого условия все методы дают лишь временное улучшение. В дальнейшем на месте слизистой цервикального канала в области эктропиона развивается плоскоклеточная метаплазия и переходная зона многослойно плоского эпителия в цилиндрический смещается в сторону цервикального канала. На этом участке возникает зона трансформации с закрытыми и открытыми железами. Этот процесс сопровождается воспалительной реакцией с разрастанием соединительной ткани, в результате чего шейка гипертрофируется, укорачивается. Дистальный отдел ее уплотняется, становится толще. Сформировавшийся наружный зев (т.е. область переходной границы многослойно-плоского в цилиндрический эпителий) либо пропускает палец (при выраженной деформации), либо смыкается (при менее выраженной деформации). Иногда вытягивается передний или задний отдел шейки матки в виде языка, который при пальпации может быть менее плотным, чем все остальные ее отделы. Как показывает клиническая практика, на такой шейке часто и возникает лейкоплакия. Таким образом, возникновению лейкоплакии предшествует длительный хронический воспалительный процесс, поддерживающийся нарушением анатомического строения шейки матки. Следовательно, что до тех пор, пока не будет устранена деформация шейки

матки, не может быть в большинстве случаев ликвидирован воспалительный процесс. Применение деструктивных методов для лечения так называемых эрозий у таких больных будет иметь временный эффект и не гарантирует от развития лейкоплакии, дисплазии и преинвазивного рака.

В последние годы стало очевидным, что при выборе метода лечения доброкачественных и предраковых заболеваний шейки матки необходимо учитывать не только форму заболевания, но так же сопутствующую гинекологическую патологию и состояние иммунной системы организма женщины. 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. Любая классификация, по своей сути направлена на идентификацию патологии и в последующем на основании клинических и данных инструментально-лабораторных исследований выявить наиболее сходные группы (степени) и стандартизировать объем диагностической и лечебной помощи. В отечественной литературе наиболее широкое клиническое применение нашла классификация рубцовой деформации шейки матки предложенная Н.П. Ермоловой [13], согласно которой выделяется 3 степени рубцовой деформации. Однако, как справедливо указывает Ю.Е. Кижаяев о наличии значительных разногласий между предложенной Н.П. Ермоловой классификацией рубцовой деформации и классификацией разрывов шейки матки [17].

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 дефор-

мации шейки матки развивается гипертрофия одной или обеих губ, что влияя на фертильность женщин, создает определенные трудности при пластике шейки матки. Выполняя пластические вмешательства на шейке матки возникает необходимость восстановления шейки матки используя более травматичные вмешательства. 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, учитывали 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 или пропускает целиком исследующий палец [17]. Цервикальный канал либо представляет собой конус с вершиной в области внутреннего зева, либо отсутствует, как при двухсторонних боковых разрывах, достигающих до влагалищных сводов.

Рубцовая деформация 1 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 степени – старый односторонний или двухсторонний разрыв шейки матки достигающие 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 одного из губ.

Рубцовая деформация 3 степени- старые разрывы достигающие до свода матки с ассиметричной гипертрофией одной из губ с дистопированной шейкой матки в сочетании с дисплазией и ВПЧ. Рубцовая деформация 4 степени-старые разрывы достигающие до свода матки в сочетании с недостаточностью тазового дна[7]. Ряд авто-

ров для определения степени деформации шейки матки рекомендуют использовать результаты ультразвукографического исследования шейки матки взяв за основу показатель объема шейки матки в 40 см<sup>3</sup> как порогового и диагностически значимого показателя при рубцовой деформации шейки матки. Бабичева И.А. и Кижав Ю.Е указывают на недостаточную обоснованность данного метода, так как ни у одной пациентки обследованных пациенток этот показатель превышен не был, хотя у всех имело место несостоятельность наружного зева при наличии РДШМ [5, 17]. Резюмируя вышесказанное можно заключить, что в своем большинстве травма шейки матки и в последующем её последствия можно отнести к разряду сходных с ятрогенными повреждениями, которых можно было избежать или предупредить путем выбора адекватной акушерской и хирургической тактики.

При лечении патологии шейки на фоне рубцовой деформации матки применяются эксцизионные и деструктивные методы хирургического лечения. К первой группе методов относятся: ножевая и лазерная конизация, петлевая электроэксцизия, комбинированная 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 и 5) пластика шейки матки методом расслоения по Ельцову-Стрелкову. Среди этих операций только пластика шейки матки методом расслоения по Ельцову-Стрелкову является пластическим при котором сохраняется длина шейки матки и может быть с успехом применена практически у всех больных с рубцовой деформацией шейки матки любой степени [1, 2, 17].

Вторая группа методов (деструктивные или аблационные) включает: крио деструкцию, лазерную вапоризацию и электрокоагуляцию шейки матки. Аблационные методы лечения оказывают меньшее деформирующее воздействие, нежели эксцизионные. Однако при выполнении их на рубцово- измененной шейке матки они способны усугубить анатомо-физиологические нарушения при данной патологии. Более того, аблационные методы рекомендованы исключительно для лечения при которых возможно и консервативное ведение. Исходя из вышесказанного следует заключить 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 её деформации, а также изучение результатов лечения с применением различных методов в зависимости от степени деформации остаётся актуальной проблемой восстановительной гинекологии. При этом крайне важным является дифференцированный подход при выборе того или иного метода хирургического воздействия на шейку матки.

Методом выбора хирургической коррекции посттравматического эктропиона при рубцовой деформации шейки матки I степени у женщин, планирующих сохранить генеративную функцию, является аблационные методы 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 II-III 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 наших больных выявил не только восстановление нормальных анатомо-физиологических характеристик цервикального канала и шейки матки, но и сохранение ее объема. У женщин с фоновыми и предраковыми заболеваниями рубцово-измененной и элонгированной шейки матки в сочетании с опущением стенок влагалища и несостоятельностью мышц тазового дна показано выполнение реконструктивно-пластической операции по Штурмдорфу или в модификации нашей клиники (патент на изобретение № 2184503, зарегистрирован в Государственном реестре изобретений РФ 10.07.2002 г.).

Если деформация шейки 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. Важным моментом при разрывах шейки матки является своевременное восстановление нормального анатомо-функционального строения послеродовой шейки матки, что необходимо для предотвращения неблагоприятных ближайших и отдаленных последствий родовых травм, для профилактики восходящей инфекции гениталий, восстановления репродуктивной функции женщины. С указанных позиций проблема прогнозирования, рационального лечения свежих акушерских травм шейки матки у первородящих женщин, дифференцированного подхода к выбору метода лечения их неблагоприятных последствий в отдаленном периоде требует дальнейшего углубленного изучения. Для лечения и снижения неблагоприятных последствий акушерских травм шейки матки при родах, особенно у первородящих требует разработки системного, комплексного подхода, нередко многоэтапного с использованием новых, современных технологий. Используемые на сегодняшний день методы терапии патологических состояний шейки матки – диатермокоагуляция, криодеструкция, СО<sub>2</sub> – лазеротерапия, несмотря на высокий лечебный эффект имеют ряд недостатков. Преследуя цель профилактики рака шейки матки, метод лечения фоновых и предраковых заболеваний должен быть радикальным, но в то же время бережным, с целью сохранения анатомо – функциональной полноценности шейки матки, в значительной степени определяющей состояние репродуктивной системы. Все изложенное объясняет высокий интерес клиницистов к ряду актуальных разделов проблемы доброкачественной и злокачественной патологии шейки матки в плане организационных и ранних диагностических мероприятий, определения методов лечения с учетом возрастных особенностей, разработки новых технологий как радикального, так и органосохраняющего лечения с полноценной реабилитацией. Поэтому совершенствование методов лечения патологии шейки матки (ШМ), в частности при её деформации, а также изучение результатов лечения деструктивных



вмешательств, значение которых трудно оспорить остаётся актуальной проблемой восстановительной гинекологии. В литературе работ посвященных изучению репродуктивной функции после деструктивных вмешательств на шейке матки немногочисленны, нередко противоречивы. Научные исследования по данному вопросу в большинстве случаев являются ретроспективными неконтролируемыми и связаны с вероятностью систематических ошибок. Учитывая вышеизложенное, чрезвычайно важным и актуальным является изучение любого накопленного опыта. Это позволит увеличить знание по данному вопросу и выработать алгоритм ведения беременности и родов у женщин перенесших деструктивные вмешательства на шейке матки улучшить репродуктивную функцию.

### Список литературы

1. Аветисян Т.Г. Репродуктивная функция женщин после оперативного лечения заболеваний шейки матки. Автореф. дисс. ... на соискание ученой степени кандидата медицинских наук Москва, 2008. 26 с..
2. Альпова И.Н. Лечение травм шейки матки в родах. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 1987. – 26 с.
3. Айламазян Э.К. Акушерство: учебник. – СПб.: Спец. лит., 1998. – 495 с.
4. Акопян Т.Э. Бактериальный вагиноз и беременность. // Акушерство и гинекол. – 1996. – № 6. – С. 3-5.
5. Бабичева И.А. Хирургическое лечение деформации шейки матки в сочетании с лейкоплакией: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 1997. 26 с.
6. Бадретдинова Ф.Ф., Трубина Т.Б., Хасанов А.Г., Магафуров Р.Ф. Некоторые аспекты профилактики и лечения последствий акушерской травмы шейки матки Лечение и профилактика № 2(14)2015 С. 5-10.
7. Бадретдинова Ф.Ф., Хасанов А.Г., Трубин В.Б. Некоторые аспекты классификации рубцовой деформации шейки матки. Акушерство, гинекология и репродукция 2014 № 3 С. 41-44.
8. Бадретдинова Ф.Ф., Трубин В.Б., Додонов А.Н. Акушерские травмы шейки матки при первых рода-фактор риска развития фоновых и предраковых заболеваний шейки матки. Пермский медицинский журнал 2013 № 1 (30) С. 40-45.
9. Бычков В.И., Рог А.И. Оценка факторов риска развития фоновых и предраковых заболеваний шейки матки // Акушерство и гинекол. – 1991. – № 5. – С. 53-54.
10. Бычков В.И., Калинин А.С. Ретроспективный анализ причин, способствующих возникновению травм шейки матки в родах // Акушерство и гинекол. – 1990. – № 8. – С.35-37.
11. Ельцов-Стрелков В.И., Ермолова Н.П. Комплексная диагностика цервицита и эндометрита при рубцовой деформации шейки матки, // Актуальные вопросы воспалительных заболеваний женских половых органов. – М., 1981. – С. 79-83.
12. Гилязутдинова З.Ш., М.К. Махайлова. Онкогинекология – М., 2000. – 316 с.
13. Ермолова Н.П. Реконструктивно-пластическая операция шейки матки при рубцовых деформациях (методом расслоения): Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 1977.
14. Зайнуллина Р.М., Глебова Н.Н., Хазиева Г.Д. Течение беременности и родов у женщин, перенесших диатермохирургическое и лазерохирургическое лечение фоновых заболеваний шейки матки // Охрана репродуктивного здоровья женщин. Современные аспекты контрацепции: Материалы к респ. научно-практ. конф. акушеров-гинекологов // Под ред. проф. У.Р. Хамадиянова. – Уфа, 1999. – С. 48-49.
15. Иванова М.Н., Минаев Н.Н. Особенности течения беременности у женщин, перенесших хирургическую коррекцию посттравматического эктропиона шейки матки // Вестник экспериментальной и клинической хирургии. – 2011. Т. 4, № 2. – С. 378-384.
16. К вопросу о сенсibiliзирующем действии некоторых шовных материалов / К.А. Цыбырнэ, И.Г. Шройт, И.Г. Шварц и др. // Хирургия. – 1981. – № 1. – С. 8-10.
17. Кижаяев Ю.Е. Комплексное лечение больных с рубцовой деформацией шейки матки. Автореф. ... дисс. к.м.н. Москва 2009 г 23 стр.
18. Клиническая иммунология и аллергология / Под ред. Л. Йегера; пер. с нем. – М., 1990. – Т. 1.-528 с.
19. Короткова Л.А. Реабилитация женщин с разрывами шейки матки в первых родах: автореф.дис. ...к.м.н. Уфа, 2003. – 26 с.
20. Кондриков Н.И. Экзо- и эндоцервицит: морфологические аспекты. В кн.: Поликлиническая гинекология. Под ред. проф. Прилепской. – М.: МЕДпресс-информ, 2004. – 624 с., ил. – с. 47-56.
21. Кузнецова Л.Э. Особенности состояния шейки матки у женщин перименопаузального периода: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Душанбе, 2004. – 24 с.
22. Кузнецова Н.А., Т.Б. Трубина, В.Б. Трубин Дифференцированный подход к выбору метода лечения дисплазий шейки матки // Новые технологии в акушерстве, гинекологии и перинатологии: Сб. тезисов. – М., 2000. – С. 210-212.
23. Кулаков В.И., Прилепская В.Н., Радзинский В.Е. Руководство по амбулаторно-поликлинической помощи в акушерстве и гинекологии – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. – 1056 с.
24. Майдар Х. Лечение травматических повреждений шейки матки в родах: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 1987. – 23 с.
25. Мареев Е.В., Майдар Х., Т.П. Голикова Эффективность различных методов лечения разрывов шейки матки в родах / Е.В. Мареев, // Акушерство и гинекол. – 1989. – № 6. – С. 56-58.
26. Патология влагалища и шейки матки / В.И. Краснополюский, В.Е. Радзинский, С.Н. Буянова и др. – М., 1997. – 269 с.
27. Пустовалов Д.А. Социально-гигиенические и клинические аспекты совершенствования медицинской помощи больным с патологией шейки матки. Автореф.дис. ...к.м.н. Москва 2003. – 27 с.
28. Клиническая гинекология (избранные клинические лекции) / Под ред. проф. В.Н. Прилепской. – М., 2008 – 480 с
29. Радзинский В.Е. Акушерская агрессия. – М.: Изд-во журнала Status Praesens, 2011. – 688 с.
30. Костава М.Н. Лечение заболеваний шейки матки, обусловленных или сочетающихся с воспалительными процессами нижнего отдела генитального тракта // Гинекология. – 2000. – Т. 2, № 3. – С. 34-37.
31. Русакевич П.С. Заболевания шейки матки: симптоматика, диагностика, лечение, профилактика: Справ, пособие – Минск, 2000. – 368 с.
32. Русакевич П.С. Фоновые и предраковые заболевания шейки матки – Минск, 1998. – 368 с.
33. Савельева Г.М., Л.В. Антонова, Прозоровская К.Н. Значение иммунологических исследований в акушерстве и гинекологии / Г.М. Савельева, – Ташкент, 1981. – 175 с. 124.
34. Савельева Г.М. Акушерство – М.: Медицина, 2000. – 784 с.
35. Сашкина А.Е., Попков С.А., Демичева Н.В., Пустовалов Д.А., Булгакова С.А. Ошибки при выборе тактики



лечения больных по поводу патологии шейки матки на фоне её деформации. Сборник трудов научной конференции «Актуальные вопросы клинической медицины» – Москва, 2005, С. 129-131.

36. Сравнительная оценка методов зашивания разрывов шейки матки / Л.М. Калманова, Н.П. Ермолова, В.А. Данилевский // Акушерство и гинекол. – 1981. – № 9. – С. 38-40.

37. Трубина Т.Б., Трубин В.Б., Глебова Н.Н. Акушерские травмы шейки матки – факторы риска фоновых и предраковых заболеваний. В кн: Материалы I Российского Конгресса «Генитальные инфекции и патология шейки матки». – М., 2004. – 220 с. – с. 80-81].

38. Терещенко С.Ю. Факторы риска фоновых и предраковых заболеваний шейки матки // Практическая гинекология: от новых возможностей к новой стратегии: тезисы международного конгресса. М.: 2006. – С. 179.

39. Фролова И.И., Бабиченко И.И., Местергази Г.М. Цервикальные интраэпителиальные неоплазии и дискератозы шейки матки.- М.: Династия, 2004. – 88 с.

40. Хмельницкий О.К. Патоморфологическая диагностика гинекологических заболеваний- СПб., 1994. – 184 с.

41. Чернуха Е.А. Родовой блок . – М., 1999. – 457 с.

42. Ярилин А.А. Основы иммунологии. – М., 1999. – 385 с.

43. Ячменев Н.П. Состояние шейки матки после ее разрыва в родах автореф.дис. ...к.м.н. Москва, 2008 г.

44. Critchlow C.W., Wolner-Hanssen P., Eschenbach D.A. et al. Determinants of cervical ectopia and of cervicitis: age, oral contraception, specific cervical infection, smoking and douching// Am.J.Obstet.Gynecol. -1995. – Vol. 173. – P. 534-543.

45. Obzut B., Skret O., Tisi G. et al. Discrepancies between clinical and surgical-pathological starting of cervical carcinoma // Gynecol.Pol. – 2006. – V. 77(7). – P. 510-515.

46. Parikh R. Cervical lacerations: some surprising facts/ Parikh R., Brotzman S., Anasti J.N. Am. J. Obstet. Gynecol. 2007 May; 196(5):e17-8.

47. Pudney J., Quayle A.J., Anderson D.J. Immunological microenvironments in the human vagina and cervix: mediators of cellular immunity are concentrated in the cervical transformation zone.//Biol Reprod. – 2005. – Dec. – P. 1253-63.

48. Wright T.C., 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.