Ф.Ф. Бадретдинова, В.Б. Трубин, А.Н. Додонов
**РАЗРАБОТКА И РЕАЛИЗАЦИЯ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОГО ПОДХОДА
 К ЛЕЧЕНИЮ ПАТОЛОГИИ КУЛЬТЫ ШЕЙКИ МАТКИ
 ПОСЛЕ СУБТОТАЛЬНОЙ ГИСТЕРЭКТОМИИ**

ГОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет Росздрава», г. Уфа

Обследовано 152 женщины через 1-10 лет после операции субтотальной гистерэктомии. Из них 20 женщин лечились в онкодиспансере по поводу рака шейки матки (стадия IIB – 12, III – 6, IV – 2). В 103 наблюдениях диагностированы фоновые (92,3%) и предраковые (7,7%) заболевания шейки матки. В 36,9% случаев фоновые и предраковые заболевания шейки матки сочетались с опущением и выпадением стенок влагалища и несостоятельностью тазового дна. Для женщин, перенесших субтотальную гистерэктомию, разработана система диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий, в которую включены методы обследования шейки матки перед операцией субтотальной гистерэктомии, определены способы лечения диагностированной патологии шейки матки в отдаленном послеоперационном периоде. Соответственно разработанной системе при патологии шейки матки в 36,9% наблюдений произведена трансвагинальная экстирпация шейки в сочетании с кольпоперинеолеваторопластикой, в 25,2% - лазерокоагуляция, в 37,8% - лазеродеструкция. Эффективность лечения патологии шейки матки составила 98,1%.

Ключевые слова: субтотальная гистерэктомия, рак шейки матки, трансвагинальная экстирпация.

F.F. Badretdinova, V.B. Trubin, A.N. Dodonov
**DEVELOPMENT AND IMPLEMENTATION OF A DIFFERENTIATED APPROACH
 TO TREATMENT OF CERVICAL STUMP DISORDERS FOLLOWING SUBTOTAL
 HYSTERECTOMY**

In the present study 152 female patients at 1-10 years following surgical subtotal hysterectomy were examined. 20 of them had been treated in an oncology clinic/cancer center/dispensary for cervical stump cancer (stages IIB – 12, III – 6, IV - 2). In 103 cases background (92.3%) or preneoplastic (7.7%) diseases were detected. 36.9% revealed background or preneoplastic comorbidities combined with colpoptosis or vaginal prolapse and pelvic floor relaxation. A system of diagnostic, therapeutic and rehabilitative procedures has been developed for female patients who underwent subtotal hysterectomy which includes specific methods of uterine cervix examination prior to subtotal hysterectomy. Therapeutic regimens for the treatment of certain diagnosed cervical stump pathologies during the long-term follow-up/post-operative period have been established. According to the elaborated regimen used in patients with cervical stump disorders, 36.9% underwent transvaginal cervical stump excision with colpoperineoplasty, 25.2% underwent lasercoagulation, 37.8% underwent laserdestruction. The efficacy of cervical stump pathology treatment was 98.1%.

Ключевые слова: subtotal hysterectomy, cervical stump cancer, transvaginal cervical.

Разработка системы лечебно-профилактических и реабилитационных мероприятий при патологии шейки матки после субтотальной гистерэктомии для осуществления ранней диагностики и рационального лечения.

Операция удаления матки – одна из распространенных в акушерстве и гинекологии, производимая как в экстренном, так и плановом порядке [2]. В настоящее время наблюдается тенденция к увеличению частоты данного хирургического вмешательства. Основными показаниями для гистерэктомии как тотальной, так и субтотальной являются: миома матки, рецидивирующие гиперпластические процессы эндометрия, сочетанная патология матки с опухолями яичников. В экстренном порядке операция удаления матки производится в связи с неотложной акушерской патологией как важнейшее оперативное вмешательство, позволяющее сохранить жизнь женщине. Диагностические просчеты при обследовании больной перед субтотальной гистерэктомией приводят к тому, что не удаляется патологически измененная шейка

матки. С другой стороны, при экстренных операциях комплексное обследование шейки матки зачастую провести не представляется возможным, в связи с чем и оставляется патологически измененная шейка матки.

При решении вопроса об операции (ампутация или экстирпация матки) при возникших показаниях перед оперирующим врачом встают две противоположные проблемы. С одной стороны, с онкологической точки зрения желательно, чтобы хирургическое вмешательство было радикальным, а с другой стороны, я стремление сохранить женщине анатомо-физиологическую структуру ее половой системы [1].

По-видимому, целесообразно руководствоваться следующим положением: надвлагалищная ампутация и полная ее экстирпация не являются конкурирующими между собой методами, каждый имеет свои показания и противопоказания [2]. Следует обратить внимание, что в современных условиях большинство как зарубежных, так и отечественных авторов доказывают, что экстирпация матки, производимая по совокупности показаний

независимо от возраста, является самой простой и эффективной профилактикой рака шейки матки [4,5].

Материал и методы

Проведено комплексное обследование 152 женщин, перенесших субтотальную гистерэктомию с использованием клинических, лабораторных, инструментальных методов. Проводилось углубленное изучение анамнеза. Из лабораторных методов исследования проводились клинические и биохимические анализы крови, анализ мочи, RW, ВИЧ, HbsAg, бактериоскопическое и бактериологическое исследование содержимого влагалища, уретры, нижней трети цервикального канала, мазков с поверхности шейки матки на атипические клетки. Диагностика ИППП проводилась методом ПЦР. Применялись простая и расширенная кольпоскопии, гистоморфологическое исследование биопсии шейки матки и соскобов из цервикального канала с использованием метода серийно-ступенчатых срезов. Осуществлялась оценка показателей клеточного и гуморального иммунитета. Оценка биоценоза влагалища проводилась с использованием рН-метрии, аминного теста, определения ключевых клеток. Проводилось УЗИ органов малого таза.

Результаты исследования

Изучены результаты комплексного обследования 152 пациенток, перенесших субтотальную гистерэктомию, из них 20 женщин лечились в онкодиспансере по поводу рака шейки матки. Показанием для субтотальной гистерэктомии у женщин данной подгруппы была миома матки (16), сочетание доброкачественных опухолей яичников и миомы матки (4). Время от субтотальной гистерэктомии до диагностики рака шейки матки составило: до 3 лет (4); от 4 до 10 лет (16). Установлена ПБ стадия рака у 12, третья – у 6, четвертая – у 2 женщин. У 18 пациенток, больных раком шейки матки, проводилась сочетанная лучевая терапия, у 2 (при IV стадии болезни) – паллиативное лечение. Указанные данные свидетельствуют о запоздалой диагностике рака шейки матки.

Далее приводился анализ результатов комплексного обследования остальных 132 женщин, средней возраст (46,5 года), перенесших субтотальную гистерэктомию 1-5 лет тому назад.

Подавляющее большинство (92,4%) из них были работающими, жительниц села было 21,2%, горожанок – 78,8%. При изучении анамнеза установлено, что в среднем каждая

пациентка перенесла 3,6 экстрагенитального заболевания. Наибольшее число из перенесенных экстрагенитальных заболеваний составили болезни пищеварительной, сердечно-сосудистой систем и опорно-двигательного аппарата. Средний возраст менархе составил $12,65 \pm 1,32$ года. В анамнезе не имели беременностей 11,3% пациенток. У имевших беременности они закончились родами и абортами в 90,5%, случаев, только абортами - в 9,5% наблюдений. Диагностированные гинекологические заболевания перед операцией субтотальной гистерэктомией у 132 женщин представлены: нарушениями менструальной функции (91,0%), миомой матки (75,8%), фоновыми заболеваниями шейки матки (псевдоэрозия – 30,2%, простая лейкоплакия – 12,1%, эктропион – 9,1%, эндометриоз – 4,1%, полип цервикального канала – 1,2%,), хроническим сальпингоофоритом (34,8%), вагинитами разной этиологии (74,5%), опущением стенок влагалища I степени (16,1%), опухолями и опухолевидными образованиями придатков (24,2%). В связи с запланированной субтотальной гистерэктомией перед операцией произведено оздоровление шейки матки с применением лазерохирургического, криохирургического, диатермохирургического методов.

У 132 женщин произведена: субтотальная гистерэктомию с придатками (25,9%), без придатков (23,3%), с односторонним удалением придатков (14,4%), с удалением труб (36,4%).

Через 1-5 лет после субтотальной гистерэктомии проведено комплексное обследование 132 женщин с использованием современных информативных методов. Все пациентки имели экстрагенитальные заболевания в фазе ремиссии. Наибольшее число составили заболевания желудочно-кишечного тракта, сердечно-сосудистой системы, опорно-двигательного аппарата. Диффузной или очаговой мастопатией страдали 40,15% пациенток.

Быструю утомляемость, снижение работоспособности, лабильность настроения отмечали 32,6% обследованных. У женщин (25,9%), перенесших субтотальную гистерэктомию с придатками, диагностирован синдром постовариэктомии.

На запоры, дизурические явления жаловались 52% женщин, на опущение стенок влагалища 25,7% пациенток.

При обследовании гениталий у 132 женщин, перенесших субтотальную гистерэктомию, патология шейки не выявлена у 29.

Диагностирована при кольпоскопии у 103 женщин патология культи шейки матки: незаконченная зона трансформации (52,0%), простая лейкоплакия (21,3%), атипическая лейкоплакия (3,9%), незаконченная зона трансформации на фоне рубцово-измененной шейки матки (6,8%), миома культи шейки матки (3,9%), декубитальная язва (4,8%), эндометриоз (3,5%), CIN I (1,9%), CIN II (1,9%).

Нами разработана система лечебно-профилактических мероприятий для женщин с патологией культи шейки матки, целью которой явились своевременная диагностика заболеваний культи шейки матки после перенесенной субтотальной гистерэктомии и проведение рационального лечения.

Разработанная система содержит следующие положения:

- обоснованием для плановой операции субтотальной гистерэктомии должно являться отсутствие патологических изменений на шейке матки;

- для лечения выявленной патологии культи шейки матки применяются современные методы: лазероконизация, лазеровапоризация, лазероэксцизия, экстирпация культи шейки матки;

- показания для экстирпации культи шейки матки: дисплазия, лейкоплакия с базально-клеточной атипией, эрозированный эктропион с рубцовой деформацией культи шейки матки, гиперпластические процессы слизистой цервикального канала, миома культи шейки матки, опущение и выпадение культи шейки матки и стенок влагалища;

- разработана технология трансвагинальной экстирпации культи шейки матки. Трансвагинальный доступ может быть применен при экстирпации культи шейки матки рожавшим женщинам, у которых анатомическая структура тазового дна позволяет выполнить эту операцию;

- определены показания для конизации культи шейки матки: простая лейкоплакия, эрозия культи шейки матки с атипической зоной трансформации, эритроплакия, ретенционные кисты шейки матки;

- показания к лазерной эксцизии: приобретенная эктопия с зоной трансформации, эндометриоз.

При лечении патологии культи шейки матки после субтотальной гистерэктомии

применялись следующие методы: трансвагинальная экстирпация культи шейки матки с кольпоперинеолеваторопластикой выполнена у 34 женщин при сочетанной патологии культи шейки (фоновые и предраковые заболевания культи шейки матки с выпадением стенок влагалища и несостоятельностью мышц тазового дна), у 4 пациенток проведена экстирпация культи шейки матки при лейкоплакии на фоне рубцовой деформации трансабдоминальным доступом.

В 26 наблюдениях сделана лазероконизация патологически измененной шейки матки (фоновые заболевания). У 39 женщин проведена лазеродеструкция культи шейки матки при приобретенной эктопии с незаконченной зоной трансформации. Контрольный осмотр через 6 месяцев после проведенного лечения выявил рецидив лейкоплакии у 2 женщин после лазероконизации, в связи с чем сделана экстирпация культи шейки матки трансвагинальным доступом. Рецидивов патологии культи шейки матки после лазеродеструкции через 6 месяцев не выявлено.

Выводы

1. Женщины, перенесшие субтотальную гистерэктомию, относятся к группе риска по развитию фоновых и предраковых заболеваний и рака культи шейки матки.

2. Обоснованием для применения субтотальной гистерэктомии является отсутствие патологических изменений шейки матки.

3. Перед операцией удаления матки в плановом порядке должно проводиться обследование шейки матки с использованием цитологического, кольпоскопического, бактериологического и гистоморфологического исследований биопсии шейки и соскоба из цервикального канала.

4. Наблюдение за оперированными женщинами проводится один раз в три месяца в первый год после операции, в последующем два раза в год.

5. Разработанная система лечебно-профилактических и реабилитационных мероприятий для женщин, перенесших субтотальную гистерэктомию позволила своевременно диагностировать патологию культи шейки матки, провести индивидуально подобранное лечение, в том числе хирургическое и получить благоприятные как ближайшие, так и отдаленные результаты.

Сведения об авторах статьи

Бадретдинова Флорида Фуатовна – к.м.н., ассистент кафедры акушерства и гинекологии №2, ГОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет». Адрес: г.Уфа Ленина 3. тел (раб). 264-96-50.

Трубин Владимир Борисович – д.м.н., профессор кафедры акушерства и гинекологии №2, ГОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет». Адрес: г.Уфа Ленина 3. тел (раб). 264-96-50.

Додонов Алексей Николаевич – к.м.н., врач-ординатор отделения гинекологии №1, МУ «Городская клиническая больница №8». Адрес: г.Уфа 40-лет Октября 1. тел. (раб.) 242-83-32, e-mail: zxpola@yandex.ru

ЛИТЕРАТУРА

1. Адамян, Л.В. Особенности хирургического лечения при патологии культы шейки матки / Л.В. Адамян, В.И.Кулаков, С.Ш.Джабраилова // Акушерство и гинекология. – 1991. - №5. - С.60-62.
2. Белоножкина, Н.Н. Сравнительная оценка исходов операций: супрацервикальной ампутации матки с иссечением слизисто-мышечного лоскута шейки матки и тотальной гистерэктомии при сочетанной доброкачественной патологии тела и шейки матки: автореф. дис.... канд. мед наук. Ростов-на-Дону, 2003. – 20с.
3. Васильченко, М.В. Рак культы шейки матки – особенности клинического течения / М.В.Васильченко, А.В.Важенин, Т.А.Васильева, Е.Ю.Кандакова // Материалы межрегиональной конференции «Актуальные вопросы медицинской радиологии» Челябинск, 1997. С. 19-21.
4. Высоцкий, М.М. Экстирпация культы шейки матки: безопасная техника операции лапароскопическим доступом // Эндоскопическая хирургия / Российская ассоциация эндоскопической хирургии Изд-во Медиа-Сфера, 2005 №1 С.30
5. Матевосян, С.М. Состояние культы шейки матки и качество жизни женщин после различных видов гистерэктомий: авторефер. дис.... канд. мед. наук. – М., – 2005. – 21 с.
6. Манухин, И.Б. Методика экстирпации культы шейки матки лапароскопическим доступом // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии: научно-практический журнал Российской ассоциации специалистов перинатальной медицины. – М.: Династия 2005. - №3. – С.74-77.

УДК 61:575

© С.В. Викторов, С.В. Чуйкин, Д.О. Каримов, К.В. Данилко, Э.К. Хуснутдинова, 2010

С.В. Викторов¹, С.В. Чуйкин¹, Д.О. Каримов¹, К.В. Данилко¹, Э.К. Хуснутдинова²
**ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНОВ ЦИТОКИНОВОЙ СЕТИ У ДЕТЕЙ
 С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ**
¹ГОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет Росздрава», г. Уфа
²Институт биохимии и генетики Уфимского научного центра РАН

Изучена ассоциация полиморфных вариантов генов интерлейкина 8 и 10. Проведенные исследования выявили, что генотип ТТ (OR=1,876; 95% CI 1,064-3,306) и аллель Т (OR=1,556; 95% CI 1,025-2,364) полиморфного локуса -251T>A гена IL8 являются маркерами повышенного риска развития воспалительных заболеваний ЧЛО у детей.

Ключевые слова: воспалительные заболевания челюстно-лицевой области, полиморфные варианты, интерлейкин 8, интерлейкин 10.

S.V. Viktorov, S.V. Chyikin, D.O. Karimov, K.V. Danilko, E.K. Xusnutdinova
**POLIMORPHISM OF CYTOKINE GENES IN CHILDREN WITH INFLAMMATORY
 DISEASES OF MAXILLOFACIAL AREA**

We studied the association of polymorphic variants of interleukins 8 and 10 genes. We observed that genotype TT (OR=1,876; 95% CI 1,064-3,306) and allele T (OR=1,556; 95% CI 1,025-2,364) of polymorph loci -251T>A IL 8 gene are the markers of increased risk of inflammatory disease of maxillofacial area

Key words: inflammatory disease of maxillofacial area, polymorphic variants, interleukin 8, interleukin 10.

Острые воспалительные заболевания челюстно-лицевой области (ЧЛО) являются одной из актуальных проблем современной хирургической стоматологии. В последние годы отмечается увеличение числа данной категории больных, нередко наблюдается тяжёлое, прогрессирующее течение заболеваний, осложняющееся менингоэнцефалитом и другими внутричерепными воспалительными процессами, а также острой дыхательной недостаточностью, медиастенитом, сепсисом и септическим шоком [2].

Особую настороженность вызывает проблема воспалительных заболеваний ЧЛО у детей, для которых характерна высокая распространенность, более тяжелое течение и частота атипичных форм заболевания. Это может быть обусловлено физиологическими особенностями детского организма и прежде всего незрелостью иммунной и нейрогуморальной систем.

В последние годы большое внимание отечественных и зарубежных ученых уделяется выявлению ассоциаций полиморфных