

AFTEREFFECTS OF LACERATION OF CERVIX UTERI AT CHILDBIRTH: REMOTE RESULTS OF SURGICAL TREATMENT

V. ELTSOV-STRELKOV, Y. DURANDIN, N. ERMOLOVA, L. TOKTAR

Department of Obstetrics and Gynaecology with course of Perinatology
Russian University of Peoples' Friendship
Miklukho-Maklaya str., 8, Medical Faculty, 117198 Moscow, Russia

This article explains the stages of reconstructive plastic operation by V. Yeltsov-Strelkov dissection method. This method was used in treatment of 244 cases of cervix uteri cicatrice deformation and cervicosis. The advantages of the method are proved on the basis of treatment results analysis.

УДК 618.18-001-02:618.5

ТРАВМЫ ПРОМЕЖНОСТИ В РОДАХ. КЛИНИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ, ПРИЧИН И ОТДАЛЕННЫХ ПОСЛЕДСТВИЙ

В.Е. РАДЗИНСКИЙ, Ю.М. ДУРАНДИН, Т.П. ГОЛИКОВА,
Н.П. ЕРМОЛОВА, Л.Р. ТОКТАР, Н.А. МАРИЛОВА

Кафедра акушерства и гинекологии с курсом перинатологии
Российский университет дружбы народов
Ул. Миклухо-Маклая, 8, Медицинский факультет, 117198 Москва, Россия

Травмы мягких родовых путей не имеют тенденции к снижению, несмотря на повсеместное использование акушерских пособий по защите промежности.

Целью работы явилось изучение факторов риска, методов профилактики акушерской травмы промежности и мероприятий по реабилитации женщин с указанной патологией.

Материалы и методы: проведен ретроспективный клинико-статистический анализ 11 187 историй родов за 3 года в разных акушерских стационарах г. Москвы.

Результаты. Разрывы промежности 1—2-й степеней составили 2,92—15,03%, разрывы промежности 3—4-й степеней — 0,01—0,08%, количество перинео-эпизиотомий — 30,92%, причем у первородящих в 2—3 раза чаще, чем у повторнородящих. Учитывая данные мировой литературы и результаты наших исследований, значимыми факторами риска травм промежности в родах можно считать первые роды, возраст матери, наличие вагиноза или урогенитальной инфекции, анемию, нефропатию во время беременности, угрозу прерывания беременности и хроническую гипоксию плода, а также вес плода более 4000 г, инструментальные пособия в родах и применение перидуральной анестезии.

Выводы: своевременное выявление и лечение патологии беременности, а также диспансеризация женщин, перенесших акушерскую травму промежности, и своевременная коррекция состояния тазового дна позволят значительно снизить акушерский травматизм, предотвратить повреждение промежности в повторных родах и профилактировать развитие отдаленных последствий указанных травм.

Принимая во внимание то, что процесс родов в настоящее время становится все более управляемым [9], проблема самопроизвольных и хирургических травм мягких родовых путей стала как никогда актуальной. На фоне снижения общих показателей здоровья женского населения [3, 5, 7] повышается и количество осложнений течения беременности, что приводит к нарушению родоразрешения и послеродового периода. Как отмечают отечественные и зарубежные авторы, появилась тенденция к увеличению числа случаев тяжелых — 3-й и 4-й степени — травм промежности в родах с повреждением анального сфинктера и прямой кишки, даже при профилактическом рассечении промежности [8, 10, 11]. Имеет большое практическое значение увеличение числа старых и юных первородящих [1], а также повторнородящих, имеющих акушерскую травму промежности в анамнезе [10]. Поэтому, прежде всего, необходимо повышение внимания к развитию и становлению здоровья уже на ранних сроках полового созревания и

формирования организма женщин [6]. Весьма актуальным остается важное звено — работа женской консультации с планирующими беременность и с беременными [3, 5]. Такие патологические состояния, как анемии, вагинозы и инфекционные заболевания влагалища, начальные стадии гестозов, фетоплацентарная недостаточность при неадекватном ведении беременных могут привести к необходимости рассечения промежности при родоразрешении или разрыву промежности, даже при правильном оказании ручного пособия в родах. Но это и подтверждает широкие возможности профилактики травм мягких родовых путей еще на этапе амбулаторной диспансеризации беременных женщин.

Цель исследования: изучить факторы риска, методы профилактики акушерской травмы промежности и разработать мероприятия по реабилитации женщин с указанной патологией.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный клинико-статистический анализ 11 187 историй влагалищных родов за 3 года в крупных акушерских стационарах г. Москвы. Из числа всех случаев на долю срочных родов пришлось 93,5%, остальные роды (6,5%) были запоздалыми. В результате проведенного исследования выявлено: разрывы промежности 1–2-й степеней составили 2,92–15,03%, разрывы промежности 3–4-й степеней — 0,01–0,08%, а количество перинео-эпизиотомий — 30,92%, разрывы шейки матки 1–2-й степеней — от 4,46 до 22,12%, разрывы шейки матки 3-й степени — до 0,07% случаев всех родов через естественные родовые пути.

Группа первородящих составила 59,63% от общего числа родов, из них юные первородящие — 3,89%, первородящие 19–27 лет — 80,93%, старые первородящие — 15,18%. Количество повторнородящих соответствовало 40,37%. Травмы промежности в группе юных первородящих преобладали — 80,0% от общего числа женщин данной группы; количество родов, осложнившихся травмой промежности, среди старых первородящих соответствовало 69,23%, а в группе первородящих 19–27 лет — 59,61%. Травмы у повторнородящих происходили значительно реже — 25,86% этого контингента рожениц.

При анализе продолжительности родов выявлено: количество нормальных по длительности родов составило 74,48%, остальные роды были быстрыми — у первородящих 7,66% и у повторнородящих 11,62%, стремительными — у первородящих 2,09% и у повторнородящих 1,86%, а затяжные роды произошли только в группе первородящих — 1,39% от всего числа проанализированных случаев. Наибольшее число травм промежности диагностировано в группе стремительных родов у первородящих (88,9%), первородящие в быстрых родах получили травму промежности в 60,61%, а в затяжных — в 50,01% (все травмы в этой группе — результат рассечения промежности). В быстрых повторных родах число травм промежности — 32,0%, тогда как стремительные повторные роды вообще не привели к повреждению промежности. В группе нормальных по длительности родов число женщин с перинеальной травмой составило 48,59%.

При анализе родов выявлено, что излитие околоплодных вод было своевременным в 18,56%, родовым — в 40,37%, ранним — в 19,55%; амниотомия была произведена в 20,88% всех родов. Наименьшее количество травм мягких родовых путей диагностировано в группе с родовым (43,09%) и со своевременным излитием околоплодных вод (47,5%). Самое большое количество травм промежности оказалось в родах с ранним излитием вод (до 53,49%) и у женщин, которым была произведена амниотомия (52,22%), особенно велико число перинеотомий в этих группах.

Был исследован и метод обезболивания родов. Наибольшую группу составляли женщины, рожавшие без медикаментозного обезболивания (психопрофилактические мероприятия) — 26,68%, и женщины, которым была произведена эпидуральная анестезия (25,75%); применялось также внутримышечное введение промедола или фентанила — эта категория составила 22,97%, ГОМК — 4,41%, спазмолитиков — 20,19%. Наименьшее число травм промежности отмечено в группе без медикаментозного обезболивания родов (30,43% перинео-эпизиотомий и 6,96% разрывов промежности) и в группе женщин, для обезболивания

родов у которых применялась ГОМК — всем им была произведена перинеотомия (36,84% этой группы). Роды с применением спазмолитиков осложнились травмой промежности в 44,83% случаев (43,68% рассечений и 1,15% разрывов промежности). Применение эпидуральной (перидуральной) анестезии привело к перинео-эпизиотомии в 53,15%, а к разрыву промежности — в 2,7%. В контингенте родов с применением промедола или фентанила общее число травм промежности составило 53,53% (48,48% рассечений и 5,05% разрывов промежности). Общее количество женщин без травм мягких родовых путей превалировало в группе без медикаментозного обезболивания.

Общее число рожениц с анемией беременных составило 44,08%, из которых основная масса разрывов промежности не имела, но достаточно большой группе этих женщин была произведена перинеотомия — 43,68%. Практически аналогичные результаты мы получили, анализируя проявления гестозов.

Из всего числа женщин с низким расположением плаценты 75% было произведено рассечение промежности в родах, в остальных случаях (25%) отмечались разрывы промежности 1—2-й степени.

Результаты. При изучении травм мягких родовых путей в зависимости от степени чистоты влагалищных выделений наибольшую группу составили женщины, имеющие 2-ую степень чистоты выделений (49,19%): в этой группе число разрывов промежности 1—2-й степеней составило 4,72%, перинеотомий — 40,09%, разрывов промежности 3—4-й степеней не было, однако выявлен 1,41% перинеотомий, осложненных продлением разреза до анального отверстия. У женщин, имевших 1-ю степень чистоты влагалищного мазка, все травмы промежности (34,78%) составили перинеотомии. Роды женщин с 3-ей степенью чистоты мазка в 47,86% случаев осложнились рассечением промежности и в 4,29% — разрывами промежности 1—2-й степеней. При 4-й степени чистоты влагалищного мазка все разрывы промежности были 3—4-й степени (3,03%), а количество перинео-эпизиотомий в этой группе составило 48,48%.

Анализ данных анамнеза показал, что после самопроизвольных и медицинских абортс возрастает количество травм промежности в родах, особенно перинеотомий, от 1,39% (после самопроизвольных абортс позднее 12 недель беременности) до 14,15% (после медицинских абортс до 12 недель беременности).

При исследовании заживления травм промежности были получены следующие результаты: в группе женщин с разрывами промежности 1-й степени заживление во всех случаях произошло первичным натяжением; после зашивания разрывов промежности 2-й степени у 4,55% женщин заживление произошло вторичным натяжением. В случаях же рассечения промежности в родах 7,4% всех перинеотомий и 15% всех эпизиотомий зажили вторичным натяжением.

Последствия травм мягких родовых путей в акушерско-гинекологической практике встречаются довольно часто. Эта патология в дальнейшем приводит к опущению и выпадению стенок влагалища и матки, дизурическим явлениям, заболеваниям шейки матки, что осложняется функциональными расстройствами различных органов и систем, приводящими к нарушению генеративной функции, работоспособности и ухудшению качества жизни и здоровья женщин. По нашим данным, 44% пациенток, оперированных в гинекологических клиниках кафедры, и от 1,7 до 40% общего числа больных, лечащихся в гинекологических стационарах, имели патологию гениталий как последствия травм мягких родовых путей. Эта картина служит подтверждением тому, что врачи не диагностируют начальные формы заболевания, а диспансеризация женщин после травм мягких родовых путей не имеет единых стандартов в женских консультациях Российской Федерации, а зачастую вообще не существует, что приводит к неэффективному консервативному лечению и необоснованной отсрочке хирургической коррекции.

По нашему мнению, и мы об этом уже неоднократно сообщали, для повышения эффективности и своевременной диагностики перинеальной патологии всех женщин, перенесших травму мягких родовых путей, следует выделять в отдельные группы диспансерного наблюдения с контрольными обследованиями каждые 6 месяцев. Только такое целенаправленное наблюдение позволит своевременно выбрать

рациональный метод хирургической коррекции состояния тазового дна молодых женщин, чтобы при отсутствии соматических заболеваний, ограничивающих объем и эффективность хирургического лечения, предотвратить тяжелые отдаленные последствия акушерской травмы промежности и немедленно улучшить качество их жизни, восстановив нормальные анатомические структуры промежности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Брюхина Е.В., Мазная Е.Ю., Рыбалова Л.Ф. Особенности течения беременности, родов и послеродового периода в подростковом возрасте / Материалы II-го Российского форума «Мать и дитя». — М., 2000, с. 21—22.
2. Глебова Н.Н., Латыпов А.С., Трубин В.Б., Трубина Т.Б. Опускание и выпадение внутренних гениталий женщин. — Уфа, 1997. — 210 с.
3. Гончаревская З.Л. Заболеваемость беременных по данным женских консультаций ЮЗАО г. Москвы / Амбулаторная акушерско-гинекологическая помощь. Материалы научно-практической конференции. — М., 2001, с. 17—19.
4. Краснопольский В.И., Радзинский В.Е., Манухин И.Б. и др. Патология влагалища и шейки матки. — М.: Медицина, 1996. — 271 с.
5. Кулаков В.И. Охрана материнства и детства как национальная проблема России / Материалы I Российского форума «Мать и дитя». — М.: ТЦ Сфера, 2000, с. 8—14.
6. Николаева Л.Б., Ужакова Г.А. Исход первой беременности у женщин с патологией периода полового созревания / Материалы II Российского форума «Мать и дитя». — М., 2000, с. 108—109.
7. Радзинский В.Е. Репродуктивное здоровье в XXI веке / Амбулаторная акушерско-гинекологическая помощь. Материалы научно-практической конференции. — М., 2001, с. 1—10.
8. Anthony S., Buitendijk S.E., Zondervan K.T., van Rijssel E.J., Verkerk P.H. Episiotomies and the occurrence of severe perineal lacerations // Br. J. Obstet. Gynaecol., 1994, Dec., 101(12): 1064-7.
9. Dimitrov A., Nikolov A., Nalbanski B., Stamenov G., Dimitrov I., Lazarova L., Gamishev G. The results of the limited use of episiotomy in managing the second stage of labor // Akush. Ginekol. (Sofia), 1997, 36(1): 3—4.
10. Peleg D., Kennedy C.M., Merrill D., Zlatnik F.J. Risk of repetition of a severe perineal laceration // Obstet. Gynecol., 1999, Jun., 93(6): 1021-4.
11. Helwig J.T., Thorp J.M.Jr., Bowes W.A.Jr. Does midline episiotomy increase the risk of third- and fourth-degree lacerations in operative vaginal deliveries? // Obstet. Gynecol., 1993, Aug., 82(2): 276-9.

PERINEAL LACERATIONS AT CHILDBIRTH. CLINICAL ANALYSIS OF STRUCTURE, CAUSES AND REMOTE CONSEQUENCES

V. RADZINSKY, Y. DURANDIN, T. GOLYKOVA,
N. ERMOLOVA, L. TOKTAR, N. MARYLOVA

Department of Obstetrics and Gynaecology with course of Perinatology
Russian University of Peoples' Friendship
Miklukho-Maklaya str., 8, Medical Faculty, 117198 Moscow, Russia

There is no tendency of decrease in the number of perineal lacerations, despite commonly accepted protective obstetrics manipulations.

Objective: study of risk factors, prophylactic measures, and rehabilitation measures in respect of perineal lacerations at childbirth.

Materials and methods: retrospective clinical statistical analysis of 11 187 birth records within 3 years in several Maternity Hospitals of Moscow.

Results: percentage of 1—2 degree perineal tears was 2,92—15,03%, 3—4 degree tears — 0,01—0,08% and the number of episiotomies — 30,92%; these figures were 2—3 times higher for

nulliparous women, than in multiparas. Taking the world experience and the results of our research as the basis, significant risk factors for perineal lacerations at childbirth are: nulliparity, maternal age, various complications such as gestosis, chronic fetal hypoxia, fetal weight > 4000 g, forceps delivery, peridural anesthesia.

Conclusions: prompt diagnostics and treatment of complications pathologies will allow to significantly decrease the number of perineal lacerations at childbirth. Intensive outpatient observation for those who has undergone such lacerations will prevent their recurrence at subsequent delivery. Finally, proper early postdelivery pelvic floor will prevent development of remote aftereffects of perineal lacerations.

УДК 618.2-07

ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ПРЕНАТАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ В ПЕРВОМ ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ

М.Ю. БАЗОВАЯ, Е.В. БУХАРИНА, Т.А. ДУХИНА, С.М. СЕМАТОВ

Кафедра акушерства и гинекологии с курсом перинатологии
Российский университет дружбы народов
Ул. Миклухо-Маклая, 8, Медицинский факультет, 117198 Москва, Россия

В статье рассматриваются изменения в иммунном статусе и ферментной системе крови, возникающие при угрожающем аборте на ранних сроках беременности. Целью данного исследования явилась разработка и экспериментальная проверка методов прогнозирования течения беременности на ранних сроках гестации. Обследовано 95 женщин с отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом (ОАА) и угрозой прерывания беременности (УПБ) в 1-м триместре. Диагноз «угроза прерывания беременности» ставился на основе жалоб больной, наличия кровяных выделений, данных ультразвукового исследования с доплерометрией маточно-плацентарного кровотока. Оценку клеточного звена иммунитета проводили непрямым иммунофлюоресцентным методом с помощью моноклональных антител CD3, CD4, CD8, CD72, CD16 («Сорбент», Россия) по стандартной методике.

В результате исследования выявлено, что при нарушении процесса гестации не возникает активации неспецифического иммунитета на фоне физиологической Т- и В-супрессии, характерной для нормально развивающейся беременности. Для прогнозирования угрожающего аборта можно использовать комплекс показателей, включающий общее количество лимфоцитов CD4 и CD8 и соотношение CD4/CD8, а также показатели периферического сосудистого сопротивления маточных артерий в сравнении с контрлатеральной артерией.

Невынашивание беременности — один из основных видов акушерской патологии. Частота этого осложнения остается стабильной в течение многих лет и составляет 15-20% всех желанных беременностей. Рассматривая причины прерывания беременности в ранние сроки, Кулаков В.И. и Сидельникова В.М. (1996) имеют в виду не причины выкидыша, а этиологические и патогенетические механизмы гибели эмбриона [2]. В настоящее время ведется поиск различных маркеров, которые могли бы с большей долей вероятности в ранние сроки гестации указать на наличие осложнений течения беременности и тем самым обеспечить раннюю корректирующую терапию [4, 6, 7]. Но, несмотря на пристальное внимание ученых к данной проблеме, невынашивание по-прежнему остается одной из важнейших проблем в практическом акушерстве [1-4]. Это указывает, как на отсутствие достаточно эффективных методов лечения, так и на отсутствие возможности прогнозирования невынашивания беременности.

Целью исследования явилась разработка и экспериментальная проверка методов прогнозирования течения беременности на ранних сроках гестации.

В соответствии с основной целью исследования были сформулированы следующие задачи:

— дать медико-социальную характеристику женщинам с угрозой прерывания беременности (УПБ) в условиях московского мегаполиса;