

УДК 616.61 – 022.3 – 053.2 : 612.017.1.

И.Т. Гасымзаде
Азербайджанский Медицинский Университет, Баку

КЛИНИЧЕСКИЕ И ГИСТОЛОГИЧЕСКИЕ ПАРАМЕТРЫ У ЖЕНЩИН С РАЗРЫВОМ ШЕЙКИ МАТКИ В РОДАХ

Обследовано 82 родильницы с разрывом шейки матки в родах. Средний возраст составил $26,8 \pm 6,26$ лет. В 64,6% случаев диагностирована I степень разрыва шейки матки, в 35,4% случаев - II степень.

Проведенные исследования показали, что основными клиническими признаками риска развития разрыва шейки матки в родах являются сочетание первых родов, отягощенного экстрагенитального и гинекологического анамнеза, осложненная беременность, длительный безводный промежуток. Гистологическими признаками являются воспалительные изменения.

Ключевые слова: родильницы, разрыв шейки матки, воспалительные изменения.

В современном акушерстве проблема родового травматизма не теряет своей актуальности. Наибольшему травматическому воздействию подвергаются мягкие ткани, в частности, шейка матки. По данным различных исследований, частота разрывов шейки матки в родах колеблется от 5 до 30% [1,2,6]. Образовавшиеся в результате разрыва шейки матки раны создают благоприятные условия для инфекции, что в свою очередь приводит к возникновению местного воспалительного процесса, т.е. цервицита, который может способствовать переходу воспалительного процесса на внутренние половые органы [1,2]. Возможно, что и в дальнейшем разрывы шейки матки, независимо от степени заживления раны, могут привести к изменениям анатомического и функционального характера. Установлено, что не леченный разрыв заживает путем рубцевания, шейка деформируется, не формируется цервикальный канал, обнаженные передняя и задняя губы расходятся, образуется эктропион, слизистая пробка в канале не может удержаться, что способствует нарушению барьерной функции в отношении проникновения инфекции в полость матки. В совокупности это приводит к возникновению длительно существующих фолликулярно-папиллярных эрозий [1,3,6]. Однако, не каждая травма шейки матки в родах имеет клиническое значение, т.е. не всегда имеют место осложнения в ближайшем или отдаленном будущем. В связи с этим изучение состояния шейки матки после разрыва в родах имеет важное значение.

Целью работы было определить характерные клинические и гистологические особенности шейки матки после ее разрыва в родах.

Материал и методы исследования. Обследовано 82 родильницы с разрывом шейки матки в родах. Женщины были в возрасте от 19 до 36 лет, средний возраст составил $26,8 \pm 6,26$ лет. Из общего числа родильниц 80,5%, т.е. большинство, были первородящими. В 64,6% случаев диагностирована I степень разрыва шейки матки, в 35,4% случаев - II степень. Причинами разрыва шейки матки явились преждевременно начавшиеся потуги - 31,7% случаев, не совсем удачные аборты в анамнезе - 28,0% случаев, наличие инфекций в матке - 25,7%, сочетание 2-х причин - 8,5% случаев, 3-х причин - 6,1% случаев. Контрольную группу составили 25 женщин аналогичного возраста, но без разрыва шейки матки в родах.

Разрывы шейки матки диагностированы при осмотре родовых путей в раннем послеродовом периоде. У обследованных женщин изучены данные анамнеза в отношении перенесенных гинекологических заболеваний, а также течения беременности. Гистологическому исследованию были подвергнуты биоптаты, которые получены методом биопсии во время кольпоскопии. При проведении биопсии проводили выскабливание полости слизистой оболочки канала шейки матки. В дальнейшем макропрепарат фиксировали, заливали парафином, после чего из него готовили ультратонкие срезы, которые помещали на предметные стекла, парафин удаляли, а микропрепарат окрашивали гематоксилин-эозином и смотрели под разными увеличениями микроскопа. Интерпретацию результатов микроскопии проводили по классификационной системе CIN (1966) и Bethesda (1991) [4,5].

Статистическую обработку проводили с помощью программы “Statistica for Windows” v.6. Различия оценивались как достоверные, если вероятность возможной ошибки была $>0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение. Проведенные клинические исследования показали, что возраст у большинства обследованных родильниц был оптимальным для родов (25-30 лет). Экстрагенитальные заболевания встречались у 55 (67,1%) родильниц. В основном это были заболевания мочевыделительной системы, эндокринные заболевания и болезни дыхательной системы. Согласно данным анамнеза 65 (79,3%) обследованных женщин перенесли гинекологические заболевания. Анализ структуры гинекологических заболеваний показал преобладание воспалительных заболеваний. У родильниц с разрывом шейки матки в 2,8 и 2,4 раза чаще встречались такие гинекологические заболевания как цервицит и эктопия шейки матки, в сравнении с контрольной группой (табл. 1).

Осложненная беременность отмечена 53 (64,6%) женщинами основной группы и 7 (28,0%) женщинами контрольной группы (табл. 2).

Из представленных в Таблице 2 данных следует, что у женщин основной группы достоверно чаще отмечался поздний гестоз. В основной группе чаще выявлялись анемия и многоводие.

Продолжительность родов у обследованных пациенток групп колебалась от 3 часов 20 минут до 12 часов 45 минут и составила в среднем 6 часов 50 минут. Достоверных различий между группами не отмечалось. Анализ

продолжительности родов показал, что в основной группе родильниц быстрые и стремительные роды отмечены у 15 женщин (18,3%), а в контрольной группе - у 2 (8,0%) женщин, т.е. в 2,3 раза реже. Затяжные роды (свыше 12 часов) протекали у 22 (26,8%) и 1 (4,0%) родильниц основной и контрольной групп соответственно. Течение родов осложняла слабость родовой деятельности, которая имела место у 35 (42,7%) женщин основной группы. При этом первичная слабость отмечалась у 22 (26,9%), вторичная слабость - у 13 (15,8%) рожениц. Дискоординация родовой деятельности развивалась у 6 (7,3%) рожениц основной группы. Индукция родовой деятельности проведена 12 (14,6%) женщинам основной и 1 (4,0%) родильнице контрольной группы, т.е. в 3,6 раза чаще родильницам основной группы. Показанием к индукции родов явилось утяжеление гестоза и экстрагенитальная патология (анемия). Роды в контрольной группе протекали без осложнений.

Таблица 1

Клиническая характеристика обследованных родильниц

Показатель	Основная группа (n=82)		Контрольная группа (n=25)	
	n	%	n	%
Возраст, лет				
19-24	18	22,0	6	24,0
25-30	42	51,2	13	52,0
31-36	22	26,8	6	24,0
Первородящие:	66	80,5	19	76,0
Первобеременные-первородящие	36	43,9	11	44,0
повторнобеременные-первородящие	30	36,5	8	32,0
Повторнородящие	16	19,5	6	24,0
Экстрагенитальные заболевания:	55	67,1*	7	28,0
цистит, пиелонефрит	10	12,2*	1	4,0
зоб, избыточный вес	10	12,2	-	-
ОРВИ, тонзиллит, ринит, бронхит	24	29,3*	4	16,0
аллергия	7	8,5	2	8,0
гастрит, колит	4	4,9	-	-
Гинекологические заболевания:	65	79,3*	9	36,0
кольпит	9	11,0	2	8,0
сальпингоофорит	9	11,0	2	8,0
цервицит	28	34,1*	3	12,0
эктопия шейки матки	8	9,8*	1	4,0
воспалит. заб.+эктопия	11	13,4*	1	4,0

Примечание: статистическая достоверность различий между родильницами основной и контрольной группы (p<0,05-0,001)

Таблица 2

Частота встречаемости осложнений беременности в обследованных группах

Показатель	Основная группа (n=82)		Контрольная группа (n=25)	
	n	%	n	%
Гестоз:	20	24,4	4	16,0
ранний	8	9,8	3	12,0
поздний	12	14,6*	1	4,0
Угроза невынашивания	7	8,5	-	-
Истмико-цервикальная недостаточность	13	15,8	-	-
Анемия	8	9,8	2	8,0
Многоводие	5	6,1	1	4,0

Примечание: статистическая достоверность различий между родильницами основной и контрольной группы (p<0,001)

Длительность безводного промежутка в среднем составила 4 часа 50 мин±22 мин в основной и 3 часа 55 мин±15 мин в контрольной группе. Разрывы шейки матки I степени, которые были у 53 родильниц, протекали бессимптомно, у 29 женщин с разрывом шейки матки II степени отмечалось кровотечение (рис.1). Кровотечение было различной интенсивности от незначительного у 19 (23,2%) до обильного - у 10 (12,2%) женщин.

Гистологическое исследование биоптатов выявило клеточные изменения у всех 82 (100%) родильниц с разрывом шейки матки, и у 5 (20,0%) - в контрольной группе (рис.2). Согласно классификации системы CIN и Bethesda незначительные или доброкачественные клеточные изменения представляли собой воспалительные изменения, т.е. у всех родильниц с разрывом шейки матки отмечались воспалительные изменения, а в 63,4% случаев отмечались участки некроза. В контрольной группе воспалительные изменения были у женщин, которые до настоящей беременности получали лечение по поводу цервицита. Некротических участков в микропрепаратах этой группы отмечены не были.

Полученные результаты еще раз подтвердили, что разрывы шейки матки являются благоприятным условием для инфекции, о чем свидетельствовало преобладание воспалительных процессов экзоцервикса. Наши данные согласуются с результатами других исследователей [1,3].

Таким образом, на основании полученных нами результатов установлено, разрыв шейки матки чаще отмечается у первобеременных-первородящих. Выявлено, что разрыву шейки матки наиболее благоприятствует наличие экстрагенитальных заболеваний, особенно заболеваний дыхательной, мочевыделительной системы и эндокринных заболеваний. В немалой степени фактором риска разрыва шейки матки явились перенесенные

гинекологические заболевания, особенно заболевания дыхательной, мочевыделительной и эндокринной системы. Осложненная беременность также влияет на образование разрыва шейки матки, о чем свидетельствует достоверно высокая частота поздних гестозов и истмико-цервикальной недостаточности у рожениц основной группы. Одной из причин, способствующих образованию разрыва шейки матки, является высокая длительность безводного промежутка.

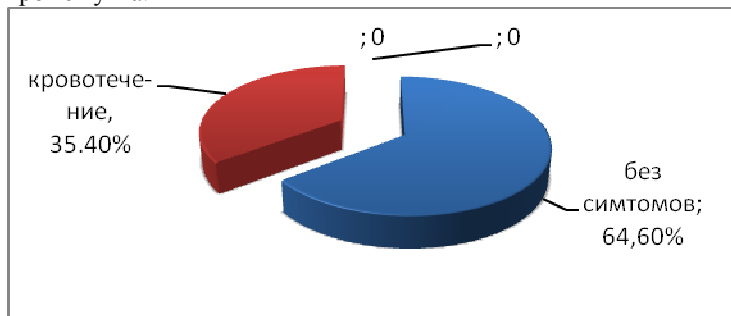


Рис.1. Клинические проявления разрывов шейки матки.

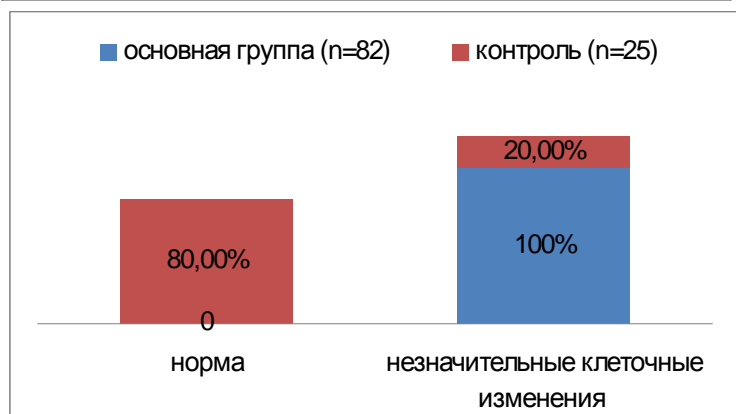


Рис.2. Гистологическая структура шейки матки после ее разрыва в родах.

Разрывы шейки матки опасны не только тем, что вызывают кровотечение, но и являются источником восходящей инфекции в послеродовом периоде. Кровотечение из шейки матки возникает, как правило, из артериальных веточек. При этом кровь ярко-красного цвета, и она отличается от венозной крови, вытекающая из сосудов матки. Все это в дальнейшем может привести к рубцовой деформации, которая может способствовать вывороту шейки матки, развитию псевдоэрозий и других фоновых состояний для рака шейки матки.

Заключение

Проведенные исследования показали, что основными клиническими признаками риска развития разрыва шейки матки в родах являются сочетание первых родов, отягощенного экстрагенитального и гинекологического анамнеза, осложненная беременность, длительный безводный промежуток. Гистологическими признаками являются воспалительные изменения. Таким образом, при диспансерном наблюдении в период беременности целесообразно проводить инфекционный скрининг и санацию половых путей, а после родов - осмотр шейки матки.

Перспективы дальнейших исследований. Будут намечены профилактические мероприятия и разъяснительная работа среди беременных женщин для предотвращения разрыва шейки матки.

Литература

- Кулаков В.И. Акушерский травматизм мягких тканей родовых путей. / В.И.Кулаков, Е.А.Бутова. Москва: Медицинское информационное агентство.- 2003.- 128 с.
- Чернуха В.Г. Нормальный и патологический послеродовый период / Чернуха В.Г. - Москва.- «ГЭОТАР-МЕДИА».- 2006.- 272 с.
- Ячменев Н.П. Состояние шейки матки после ее разрыва в родах: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Москва.- 2008.- 24 с.
- Herbert A. Why CIN3 and CIN2 should be distinguished on histological reports / A.Herbert, M.Arbyn, Bergeron C. // Cytopathology.- 2008.- Vol.19.- P. 63-64.
- Kocjan G. BSCC, Bethesda or other? Terminology in cervical cytology European panel discussion. / G.Kocjan, B.C.Priollet, M.Desai [et al.] // Cytopathology.- 2005.- Vol.16.- P.113-119.
- Young B. Rupture of the posterior cul-de-sac during spontaneous labor. / B.Young, T.Takoudes, K.H.Lim, S.Rana // Obstetrics and Gynecology.- 2010.- Vol. 115, part 2, №. 2.- P. 414-417.

Реферати

КЛІНІЧНІ ТА ГІСТОЛОГІЧНІ ПАРАМЕТРИ У ЖІНОК З РОЗРИВОМ ШИЙКИ МАТКИ В ПОЛОГАХ
Гасимзаде І.Т.
Обстежено 82 породіллі з розривом шийки матки в пологах. Середній вік склав 26,8±6,26 років. У 64,6% випадків діагностовано

CLINICAL AND HISTOLOGIC PARAMETERS AT WOMEN WITH CERVICAL LACERATION IN LABOUR
Gasymszade I.T.
82 women in childbirth with rupture of a neck of a uterus during labor are surveyed. Middle age has made 26,8±6,26 years. In 64,6 % of cases I

I ступінь розриву шийки матки, в 35,4% випадків - II ступінь. Проведені дослідження показали, що основними клінічними ознаками ризику розвитку розриву шийки матки в пологах є поєднання перших пологів, обтяженого екстрагенітального та гінекологічного анамнезу, ускладнена вагітність, тривалий безводний проміжок. Гістологічними ознаками є запальні зміни.

Ключові слова: породіллі, розрив шийки матки, запальні зміни.

degree of rupture of a neck of a uterus, in 35,4 % of cases - II degree is diagnosed. The conducted researches have shown that the basic clinical signs of risk of development of cervical laceration in sorts are a combination of the first labour, burdened extragenital and the gynecologic anamnesis, the complicated pregnancy, a long waterless interval. Histologic signs are inflammatory changes.

Key words: woman in childbirth, cervical laceration, inflammatory changes.

Стаття надійшла 10.05.2013 р.

Рецензент Ліхачов В.К.

УДК 617.75-057.874

А.З. Лемберанскан
Азербайджанский Медицинский Университет, г. Баку

СОСТОЯНИЕ ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКОЙ ОБРАЩАЕМОСТИ ШКОЛЬНИКОВ И ИХ РОДИТЕЛЕЙ ПО ПОВОДУ БЛИЗОРУКОСТИ

Комплексное офтальмологическое и проспективное обследование показывают, что высокий уровень распространенности миопии среди школьников, ее прогрессирующий характер течения во многом связан с низкой офтальмологической обращаемостью родителей. Своевременное диагностирование и корригирующее лечение миопии приостанавливает дальнейшее ухудшение остроты зрения, устраняет среди детей состояние дискомфорта.

Ключевые слова: миопия, школьник, родители, офтальмологическая обращаемость.

Миопия (близорукость) до сих пор остается одной из наиболее распространенных патологий зрительного аппарата школьников. Хотя в формировании миопии в определенной мере играет роль наследственность, но столь массовая ее распространенность связана с интенсивным, напряженным учебным процессом, в который школьники вовлекаются уже с первого года школьного обучения, а также изъятиями гигиенического порядка в организации данного процесса [3, 8, 9, 15, 12].

Равнозначна и роль комплекса социально-гигиенических факторов, связанных со средой обитания школьников, их семейным укладом, характером питания, материальным благополучием семьи, обеспеченностью современными техническими средствами (телевизоры, компьютеры, видеоигры, мобильные телефоны и др.) [1, 6, 10, 11, 16]. Положение усугубляется тем, что на начальном этапе миопия протекает в скрытой форме и длительное время не беспокоит как детей, так и взрослых (родители, учителя). В то же время своевременное диагностирование миопии на данном раннем этапе, осуществление соответствующих лечебно - корригирующих мер приостанавливает не только дальнейшее развитие, но и во многом улучшает остроту зрения детей [4, 5, 7, 13, 14].

Целью работы была достоверная оценка состояния офтальмологической обращаемости школьников и их родителей, выявление ограничивающих ее причин и путей их устранения.

Материал и методы исследования. В 4 средних школах г. Баку, расположенных в Азизбековском, Сабаильском и Ясамальском районах, провели офтальмологическое обследование школьников с участием офтальмологов территориальных детских поликлиник. Среди школьников с ранее диагностированной миопией уточняли текущую остроту зрения (268 детей), у остальных школьников подобное обследование проводилось впервые (970 детей). Остроту зрения диагностировали при помощи таблицы Сивцева. Всего офтальмологически обследовали 1238 школьников, отобранных слепым методом. Дополнительно скрытую форму миопии выявили у 87 школьников. В общей сложности наблюдали 355 школьников с разными формами миопии.

Всех обследованных школьников разделили на 4 группы: 1-ю группу составили 190 школьников с ранее диагностированной миопией и пользующихся оптикокорректирующими средствами (ОКС); 2-ю группу - 78 школьников с ранее диагностированной миопией и не пользующихся ОКС (преимущественно по эстетическим причинам); 3-ю группу 87 школьников с впервые выявленной миопией (скрытая форма); 4-ю группу - 883 школьников с нормальной остротой зрения (контроль). Среди 1238 школьников у одного из их родителей (чаще матери) провели проспективное исследование (анкетирование) по вопросам офтальмологической обращаемости детей, наличие у них дискомфорта и мотивационного уровня родителей относительно близорукости.

При статистической обработке результатов использовали среднюю арифметическую взвешенную, критерий Стюдента и критерий χ^2 .

Результаты исследования и их обсуждение. При довольно широкой распространенности миопии среди школьников к средней составляющей $28,7 \pm 1,3\%$, наблюдается широкий спектр степеней ее выраженности (табл. 1). В 1-й группе школьников, у которых миопия была диагностирована до проведения нашей работы и острота зрения у них была компенсирована ОКС (18 школьников со слабой, 13 - со средней и 8 - с сильной миопией), ОКС не соответствовали диоптриям остроты зрения, т.е. у 39 из 190 школьников острота зрения была ниже, чем предписанные им ранее ОКС ($20,5 \pm 2,9\%$). Объяснить это можно следующим. Во-первых, в отсутствие лечебно-профилактических мер миопия прогрессирует, даже несмотря на пользование ОКС. Во-вторых, после первичной