
В ПОМОЩЬ ПРАКТИЧЕСКОМУ ВРАЧУ

УДК 618.39

ЗНАЧЕНИЕ ЭЛЕКТИВНОГО ЦЕРКЛЯЖА ПРИ ВЫСОКОМ РИСКЕ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ У ПАЦИЕНТОК С ИСТМИКО-ЦЕРВИКАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Л. В. Ткаченко, Н. Д. Углова, Н. А. Линченко

*Волгоградский государственный медицинский университет,
кафедра акушерства и гинекологии ФУВ*

Проведена оценка эффективности хирургической коррекции истмико-цервикальной недостаточности в зависимости от срока беременности. Рекомендуется наиболее оптимальный период для проведения хирургической коррекции несостоятельности шейки матки у беременных с данной патологией.

Ключевые слова: истмико-цервикальная недостаточность, сроки наложения швов, исходы беременности.

THE ROLE OF ELECTIVE CERCLAGE IN PATIENTS WITH CERVICAL INSUFFICIENCY AND HIGH RISK OF PRETERM LABOR

L. V. Tkachenko, N. D. Uglova, N. A. Linchenko

The efficiency of surgical correction of cervical insufficiency depending on the week of gestation has been performed. We recommend the optimum point at which cervical cerclage should be performed.

Key words: cervical insufficiency, cervical cerclage, pregnancy outcomes.

Проблема невынашивания беременности остается одной из наиболее актуальных в акушерстве и гинекологии [4]. Во втором и третьем триместре беременности в 40 % случаев причиной ее прерывания является истмико-цервикальная недостаточность (ИЦН) [2]. Для коррекции ИЦН во время беременности предложены хирургические и консервативные методы лечения. Эффективность этих методов и исходы беременности в результате их применения широко обсуждаются в литературе. Ранее проведенные рандомизированные контролируемые исследования показали, что наложение швов на шейку матки эффективно только у части пациенток [6, 8, 9], а при многоплодных беременностях данный вид коррекции, по данным Berghella V., малоэффективен [7]. Остается открытым вопрос и о выборе наиболее оптимальных сроков беременности для хирургической коррекции при ИЦН. Они варьируют от 13 до 27 недель беременности [3]. Имеются данные, что при проведении хирургической коррекции позже 20 недель беременности, особенно при наличии значительного укорочения шейки матки, резко возрастает риск развития инфекционно-токсических осложнений и преждевременного разрыва плодных оболочек, а также преждевременных родов [5]. Ряд авторов склоняются к мнению,

что срок проведения операции следует определять индивидуально, в зависимости от возникновения клинических проявлений [1].

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Снижение частоты преждевременных родов за счет оптимизации срока беременности для проведения хирургической коррекции при ИЦН.

МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

Нами был проведен ретроспективный анализ течения и исходов одноплодной беременности у 38 пациенток в возрасте от 26 до 41 года, которым была проведена хирургическая коррекция ИЦН путем наложения П-образных швов на шейку матки в сроке от 12 до 21 недели гестации.

Диагноз ИЦН был подтвержден путем вагинального осмотра в зеркалах и данными УЗИ: длина шейки матки 2,5 см и менее, открытие внутреннего зева или цервикального канала до 8 мм и более.

Пациентки были разделены на три группы. В первую группу вошло 16 пациенток (42,1 %), которым хирургическая коррекция была проведена в 12—14 недель беременности, из них у 6 пациенток (15,7 %) был

проведен элективный церкляж, в связи с наличием в анамнезе трех и более поздних самопроизвольных выкидышей. Вторую группу составили 15 пациенток (39,4 %), получивших хирургическую коррекцию в сроке от 15 до 18 недель беременности и третью группу составили 7 (18,4 %), пациенток, наложение шва которым проводилось в сроке от 19 до 21 недель.

Большинство пациенток были повторнобеременными (94,7 %). В анамнезе поздние самопроизвольные выкидыши и преждевременные роды перенесли 30 пациенток (78,9 %), из них у 7 пациенток (18,4 %) было две, а у 6 беременных (15,7 %) — три поздние потери беременности, неоднократные внутриматочные вмешательства имели место у большинства пациенток (63,1 %). У всех беременных был высокий инфекционный индекс, обусловленный генитальной и экстрагенитальной патологией (табл. 1).

Таблица 1

Основные факторы риска

Факторы риска	1-я группа n = 16 швы в 12—14 недель	2-я группа n = 15 швы в 15—18 недель	3-я группа n = 7 швы в 19—21 недель
Поздние потери беременности в анамнезе (количество):			
Не было	1	3	4
1	6	8	2
2	3	4	1
3 и более	6	—	—
Внутриматочные вмешательства в анамнезе:			
Не было	1	2	—
1	3	4	2
2	7	7	2
3 и более	5	2	3
Генитальная патология:			
Воспалительные заболевания органов малого таза	15	13	6

Перед наложением швов проводилась санация влагалища. Для предупреждения повышения тонуса матки проводилась спазмолитическая, токолитическая, седативная терапия. В послеоперационном периоде на 2—3 часа назначался постельный режим, на 2 суток — щадящий.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

В первой группе срочные роды произошли у 15 пациенток из 16 (93,7 %). У 1 пациентки (6,3 %) беременность закончилась преждевременными родами в 24—25 недель. Во второй группе, где наложение швов на шейку матки проводилось в 15—18 недель, своевременные роды произошли только у 11 пациенток (73,3 %), 4 пациентки (26,7 %) родоразрешились преждевременно в 22—27 недель (2 пациентки) и в 28—33 недели (2 пациентки). В третьей группе своевременные роды

произошли у 6 пациенток (85,7 %). Одной пациентке из данной группы было выполнено кесарево сечение в срочном порядке в 35 недель беременности, в связи с явлениями острой гипоксии плода. Средний вес доношенных детей составил 3300 г, оценка по шкале Апгар колебалась от 7/8 до 8/9 баллов. Что же касается недоношенных детей, то их вес варьировал от 600 до 2000 г, а оценка по Апгар — от 2/3 до 5/7 баллов в зависимости от срока гестации на момент рождения. Перинатальные потери среди всех новорожденных составили 7,9 % (3 детей).

Таблица 2

Исходы беременности в зависимости от периода наложения швов

Показатели	1-я группа (наложение швов в 12—14 недель)	2-я группа (наложение швов в 15—18 недель)	3-я группа (наложение швов в 19—21 недель)
Всего пациенток	16	15	7
Своевременные роды	15	11	6
Преждевременные роды всего:			
- очень ранние (22—27 недель)	1	4	1
- ранние (28—33 недель)	—	2	—
- 34—37 недель	—	—	1
Доношенные новорожденные	15	6	6
Недоношенные новорожденные	1	4	1
Перинатальные потери	1	2	0

Таким образом, наиболее благоприятные исходы беременности были достигнуты в первой и третьей группах, где наложение швов производилось в 12—14 недель и в 19—21 недели беременности соответственно. Можно предположить, что благоприятные исходы беременности при проведении хирургической коррекции в 19—21 неделю обусловлены поздним началом прогрессирования ИЦН и отсутствием пролабирования плодного пузыря на момент проведения церкляжа.

Анализируя более подробно случаи неудачных исходов беременности после проведения хирургической коррекции, можно сделать вывод, что преждевременные роды в сроках от 24 до 27 недель произошли у повторнобеременных пациенток, в анамнезе у которых было 2 поздних самопроизвольных выкидыша и неоднократные внутриматочные вмешательства. Перинатальная смертность детей в данных случаях была обусловлена тяжелой асфиксией при рождении и синдромом дыхательных расстройств. Дети, рожденные в 30—31 и 32 недели беременности, были переведены на второй этап выхаживания и, впоследствии, выписаны домой. Также следует обратить внимание на то, что все пациентки первой группы, которым проводился элек-

тивный церкляж в 12—14 недель беременности, родо-разрешились в срок живыми доношенными детьми.

Анализ полученных данных подтверждает факт наиболее благоприятного наложения швов на шейку матки в 12—14 недель гестации.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

У пациенток с истмико-цервикальной недостаточностью, перенесших неоднократные внутриматочные вмешательства, два и более поздних самопроизвольных выкидыша или преждевременные роды в анамнезе, более благоприятно проведение elective церкляжа в сроке 12—14 недель, независимо от наличия или отсутствия прогрессирующего ИЦН.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Гилязутдинова З. Ш., Тухватуллина Л. М.* Невынашивание беременности при анатомических и функциональных нарушениях репродуктивной системы: Практик. рук. для врачей. — Казань: Мед. литература. — 2008. — 239 с.
2. *Мельникова С. Е., Гаджиева Т. С., Орлов В. М. и др.* Невынашивание беременности: Уч. пособие. — СПб, 2006. — 72 с.

3. *Сидельникова В. М.* Подготовка и ведение беременности у женщин с привычным невынашиванием: метод. пособия и клин. Протоколы. 2-е изд. — М.: МЕДпресс-информ, 2011. — 224 с.

4. *Ткаченко Л. В., Свиридова Н. И.* // Вестник ВолгГМУ. — № 10 — 2004. — С. 44—46.

5. *Ayati S., Roodsari F. V., Pourali L.* // Iran J. Med. Sci. — 2008. — Vol. 33, № 4. — P. 252—254.

6. *Berghella V., Odibo A. O., Tolosa J. E.* // Am. J. Obstet. Gynecol — 2004. — Vol. 191. — P. 1311—1317.

7. *Berghella V., Odibo A. O., To M. S., et al.* // Am. J. Obstet. Gynecol — 2005. — Vol. 106. — P. 181—189.

8. *Memon S., Shaikh F., Pushpa* // JLUMHS. — 2009. — Vol. 8, № 3. — P. 234—237.

9. *Naseem S., Tanveer S., Ihsan U. M.* // Biomedica. — 2008. — Vol. 24, Jul.—Dec.

Контактная информация

Линченко Наталья Александровна — аспирант кафедры акушерства и гинекологии ФУВ, Волгоградский государственный медицинский университет, e-mail: linchenko@inbox.ru