

---

---

# ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

---

---

УДК 618.39

## ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОК С ИСТМИКО-ЦЕРВИКАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

*Н. А. Линченко*

*Волгоградский государственный медицинский университет,  
кафедра акушерства и гинекологии*

Предложен метод прегравидарной подготовки и дифференцированный подход к коррекции истмико-цервикальной недостаточности во время беременности.

*Ключевые слова:* истмико-цервикальная недостаточность, прегравидарная подготовка, методы коррекции.

## MANAGEMENT OF PATIENTS WITH CERVICAL ISTHMIC INCOMPETENCE

*N. A. Linchenko*

A new method for delivering preconception care and a differentiated approach to treating cervical isthmic incompetence during pregnancy have been suggested.

*Key words:* cervical insufficiency, method for delivering preconception care, methods of treatment.

Невынашивание беременности остается одной из наиболее актуальных проблем современных акушерства и гинекологии. По данным ряда авторов, почти каждая пятая желанная беременность заканчивается самопроизвольным прерыванием. Особое внимание в последнее время уделяется вопросам преждевременных родов, так как на долю недоношенных детей приходится до 70 % перинатальной заболеваемости и до 10 % перинатальной смертности. По данным Н. М. Подзолковой, каждый третий случай преждевременных родов и до 50 % прерываний беременности во II триместре обусловлены истмико-цервикальной недостаточностью (ИЦН) [2]. В настоящее время остается открытым вопрос о возможности прогнозирования возникновения ИЦН у пациенток вне беременности. Ряд авторов утверждают, что только во время беременности имеются соответствующие условия для оценки состояния внутреннего зева.

### ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Улучшить течение и исходы беременности у пациенток с истмико-цервикальной недостаточностью.

### МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

Была проведена прегравидарная подготовка и обследование 71 женщины с ИЦН. Группу сравнения составили пациентки с ИЦН не получавшие прегравидар-

ную подготовку и коррекцию несостоятельности шейки матки по предлагаемой методике. Средний возраст пациенток основной группы составил ( $32,7 \pm 0,82$ ) лет.

Обследование на этапе планирования беременности пациенток основной группы включало в себя метросальпингографию (МСГ) с использованием прогестероновой пробы, иммуногистохимическое исследование эндометрия, обследование гормонального фона, обследование на инфекции передающиеся половым путем (ИППП), проведение бактериологического исследования с последующей антибактериальной терапией с учетом выявленного возбудителя.

Метросальпингография выполнялась на 18—20-й день менструального цикла. В случае расширения внутреннего зева более 5 мм в первом исследовании проводилась прогестероновая проба, которая заключается во внутримышечном введении 1 мл 12,5%-го раствора 17-ОПК, через 3 дня проводилось повторное рентгенологическое исследование. Если перешеек сужался, то имеет место дисфункциональная ИЦН, если нет, то анатомическая [1] (рис. 1, 2).

Основываясь на полученных результатах, был предложен поэтапный метод прегравидарной подготовки у женщин с ИЦН.

Комплексная прегравидарная подготовка у пациенток начиналась за 3 месяца до планируемой



Рис. 1. Анатомическая форма ИЦН. Внутренний зев расширен до 10 мм. Тубэктомия слева в анамнезе

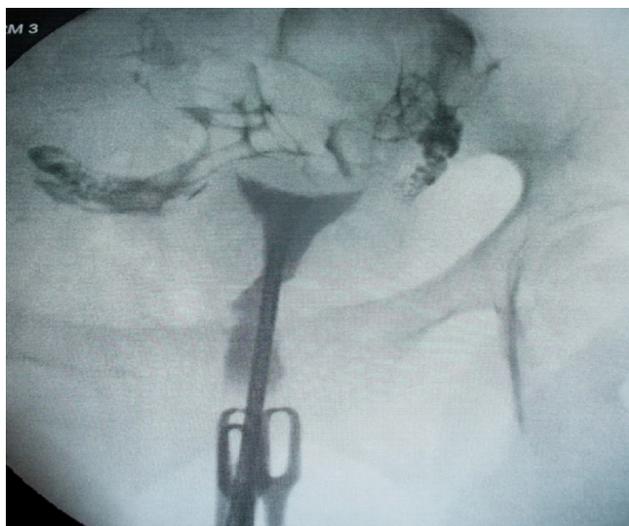


Рис. 2. Дисфункциональная форма ИЦН. Пациентка с СПКЯ. Соотношение длины шейки матки к телу 1:1 — инфантилизм

беременности. Всем пациенткам вне зависимости от формы несостоятельности шейки матки назначались:

1. Седативная терапия (настойка пустырника по 30 кап. 3 р/д, валериана по 1 таб. 3 р/д, новопассит и другие).

2. Метаболическая терапия, витаминотерапия: витамин Е 200 мг 1 р/д, фолиевая кислота 800 мг 1 р/д.

3. В случае выявления хронического эндометрита пациенткам с ИЦН проводился курс противовоспалительной и иммуномодулирующей терапии, который заключался в антибактериальной локальной терапии (внутриматочное введение катеджеля или инстиллагаля 2,0 мл № 5) и внутривенном введении антибактериальных препаратов (группа фторхинолонов или цефалоспоринов 3-го поколения в сочетании с метрогилом

в/в по 100,0 мл 2 р/д). При необходимости проводилась противовирусная терапия (неовир 2,0 мл в/м, циклоферон 2,0 мл в/м по схеме), иммуномодулирующая терапия (свечи полиоксидоний вагинально 10 дней), профилактика спаячной болезни, синехий (лонгидаза по 3000 ЕД в/м 1 раз в 5 дней, либо свечи per rectum 1 раз в 3 дня № 10), санация влагалища с учетом выявленной флоры.

4. Всем пациенткам вне зависимости от формы ИЦН проводился курс физиотерапевтического лечения (лазеротерапия № 10, электрофорез с медью на низ живота № 8—10, магнитотерапия № 8—10), терапия, направленная на улучшение реологии и микроциркуляции (актовегин 5,0 мл № 5 в/в).

5. По результатам исследования гормонального профиля и данных иммуногистохимического исследования всем пациенткам с дисфункциональной формой ИЦН на этапе прегравидарной подготовки проводилась гормонотерапия: прогестерон по 1 таб. 2 р/д с 3-го по 17-й день менструального цикла, утрожестан 200 мг 2 р/д с 16-го по 25-й день цикла. В группе пациенток с анатомическим вариантом ИЦН данная гормональная терапия проводилась только в случае выявления недостаточности лютеиновой фазы (НЛФ) [5].

Гормональная терапия проводилась в течение трех менструальных циклов. При наступлении беременности у пациенток, ранее получавших гормональную поддержку, она была продолжена до 5—6 недель беременности.

Коррекция ИЦН проводилась во время беременности дифференцированно, в зависимости от формы ИЦН. У пациенток с дисфункциональной ИЦН продолжалась гормональная поддержка гестагенами — утрожестаном 200 мг 2 р/д до 34 недель беременности (с обязательным получением информированного добровольного согласия). При выявлении укорочения шейки матки во втором триместре по данным УЗИ, у пациенток данной группы лечение дополнялось введением акушерского пессария. При этом длина шейки матки равная 3 см расценивалась как критическая для угрозы прерывания беременности [3].

У пациенток с анатомическим вариантом ИЦН проводилось элективное наложение П-образных швов на шейку матки в сроках от 12 до 14 недель, и терапия утрожестаном по 200 мг 2 р/д до 34 недель у пациенток с ранее выявленной НЛФ (с обязательным получением информированного добровольного согласия) [4].

## РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Течение беременности в I триместре у подавляющего большинства пациенток было благополучным. Госпитализация в связи с угрозой прерывания или начавшимся самопроизвольным выкидышем в I триместре потребовалась только 17 беременным (23,94%), против 36 пациенток (61,01%) группы сравнения (пациентки с ИЦН, не получавшие прегравидарную подготовку

по предлагаемой методике). Все пациентки основной группы были госпитализированы во втором триместре: пациентки с анатомическим типом ИЦН в целях проведения хирургической коррекции в 12—14 недель, пациентки с дисфункциональным типом ИЦН в критические сроки прерывания беременности, в связи с началом прогрессирования ИЦН для установки акушерского пессария или в связи с явлениями угрозы позднего выкидыша. Госпитализация в III триместре потребовалась 20 пациенткам основной группы (28,16 %).

Остановившись более подробно на исходах беременности, необходимо отметить, что на долю преждевременных родов и поздних самопроизвольных выкидышей в группе сравнения пришлось 16,9 против 4,22 % основной группы, где прегравидарная подготовка и коррекция ИЦН проводились по предлагаемой методике.

Поздние самопроизвольные выкидыши были зафиксированы в 3,3 % группы сравнения. У пациенток основной группы данных случаев не было. Преждевременными родами завершилась беременность у 11,8 % пациенток группы сравнения против 4,2 % основной группы.

Перинатальные потери у пациенток группы сравнения составили 5,1 %, в то время как три случая преждевременных родов у пациенток основной группы не повлекли за собой перинатальных потерь. Благоприятные перинатальные исходы в основной группе, даже в случае очень ранних преждевременных родов, мы, в первую очередь, связываем с отсутствием инфекционных осложнений у данных новорожденных, что, на наш взгляд, обусловлено проведенной прегравидарной подготовкой (табл.).

### Критерии оценки эффективности методики лечения

Критерии оценки эффективности методики лечения	Группа сравнения, n = 59 (%)	Основная группа, n = 71 (%)
Своевременные роды, однократная госпитализация за текущую беременность	3 (5,1)	5 (7)
Своевременные роды, 2 госпитализации за беременность	8 (13,6)	21 (29,6)
Своевременные роды, 3 госпитализации за беременность	21 (35,6)	32 (45)
Своевременные роды, 4 и более госпитализации за беременность	15 (25,4)	7 (9,8)
Своевременные роды, дополнительная госпитализация для наложения швов у пациенток с дисфункциональной ИЦН в связи с неэффективностью нехирургических методов	2 (3,38)	3 (4,23)
Преждевременные роды без перинатальных потерь в сроке 34—37 недель	1 (1,7)	1 (1,4)
Преждевременные роды без перинатальных потерь 28—33 недели	4 (6,8)	1 (1,4)
Преждевременные роды без перинатальных потерь 22—27 недель	0	1 (1,4)
Преждевременные роды с перинатальными потерями в 28—33 недели	1 (1,7)	0
Преждевременные роды с перинатальными потерями в 22—27 недель	2 (3,38)	0
Поздние самопроизвольные выкидыши	2 (3,38)	0

### ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проведение комплексной поэтапной прегравидарной подготовки и дифференцированный подход к коррекции истмико-цервикальной недостаточности позволяют улучшить течение и исходы беременностей у пациенток с несостоятельностью шейки матки. В связи с этим необходимо включать в обследование пациенток с ИЦН на этапе прегравидарной подготовки помимо общепринятого бактериологического исследования и обследования гормонального фона на 3—5-й и 21—23-й дни цикла метросальпингографию с использованием гормональной пробы и по возможности проведение пайпель-биопсии эндометрия с иммуногистохимическим исследованием.

Целесообразно на этапе планирования беременности применять разработанный алгоритм поэтапной прегравидарной подготовки.

Следует дифференцированно подходить к коррекции ИЦН во время беременности. Проводить хирургическую коррекцию в 12—14 недель беременности пациенткам с анатомической формой ИЦН и терапию гестагенами (утрожестан 200 мг 2 р/д) до 34 недель беременности (с обязательным получением информированного добровольного согласия пациенток).

Пациенткам с дисфункциональной формой ИЦН проводить терапию препаратами прогестина по 1 таб. 2 р/д до 5—6 недель беременности, утрожестан 200 мг 2 р/д с 5—6 недель до 34 недель беременности (с обязательным получением информированного добровольного согласия пациенток). При выявлении укорочения шейки матки данное лечение дополнить введением акушерского пессария.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Невынашивание беременности: учебн. пособие / С. Е. Мельникова и др. — СПб., 2006. — 72 с.
2. Подзолкова Н. М. Невынашивание беременности: учеб.-метод. пособие и клинич. протоколы / Н. М. Подзолкова, М. Ю. Скворцова. — М., 2010. — 48 с.
3. Сидельникова В. М. Подготовка и ведение беременности у женщин с привычным невынашиванием: метод. пособие и клин. протоколы / В. М. Сидельникова. — 2-е изд. — М.: МЕДпресс-информ, 2011. — 224 с.
4. Ткаченко Л. В. Значение элективного церкляжа при высоком риске преждевременных родов у пациенток с истмико-цервикальной недостаточностью / Л. В. Ткаченко, Н. Д. Углова, Н. А. Линченко // Вестник Волгоград-

ского государственного медицинского университета. — 2013. — № 3. — С. 135—137.

5. Ткаченко Л. В. Коррекция гормонального гомеостаза у женщин с бесплодием и недостаточностью лютеиновой фазы менструального цикла / Л. В. Ткаченко, Н. А. Линченко // Гинекология. — 2014. — № 4. — С. 24—27.

## Контактная информация

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

УДК 617.735-007.281

## РОЛЬ МЕТОДИКИ ГИДРОРЕТИНОПЕКСИИ В СОЧЕТАНИИ С ДРЕНИРОВАНИЕМ СУБРЕТИНАЛЬНОЙ ЖИДКОСТИ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ПЕРВИЧНОЙ РЕГМАТОГЕННОЙ ОТСЛОЙКИ СЕТЧАТКИ

**Л. И. Балашевич, Б. Ф. Нигматов**

*Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова,  
Санкт-Петербурга*

В статье проводится анализ анатомических и функциональных результатов хирургического лечения первичной регматогенной отслойки сетчатки с применением методов гидроретинопексии и пневморетинопексии.

*Ключевые слова:* регматогенная отслойка сетчатки, хирургические методы лечения первичной регматогенной отслойки сетчатки, гидроретинопексия, пневморетинопексия.

## HYDRORETINOPEXY TECHNIQUE IN CONJUNCTION WITH THE DRAINAGE OF SUBRETINAL FLUID IN THE SURGICAL TREATMENT OF PRIMARY RHEGMATOGENOUS RETINAL DETACHMENT

**L. I. Balashevich, B. F. Nigmatov**

The article analyzes the anatomical and functional results of surgical treatment of primary rhegmatogenous retinal detachment using the methods such as hydroretinopexy and pneumoretinopexy.

*Key words:* rhegmatogenous retinal detachment, surgical treatment of primary rhegmatogenous retinal detachment, hydroretinopexy, pneumoretinopexy.

Основными задачами успешного хирургического лечения отслойки сетчатки являются: локализация разрыва сетчатки, блокирование разрыва, создание контакта отслоенной сетчатки с хориоидеей, обеспечение стойкой хориоретинальной спайки [3, 7]. Для достижения этих целей существует несколько хирургических способов.

При хирургическом методе лечения отслойки сетчатки без дренирования субретинальной жидкости [6], расправление сетчатки в 90 % происходит после двух недель строгого постельного режима [9]. При высокой отслойке сетчатки требуется сильное вдавление склеры, которое приводит к деформации глазного яблока [1].

«Насосный механизм» пигментного эпителия сетчатки: перемещение субретинальной жидкости в хориоидею путем активного ионного транспорта, — работает после блокирование разрыва. Токсичные вещества субретинальной жидкости как высокая концентрация фактора роста новообразованных сосудов

(VEGF) при прогрессировании пролиферативной витреоретинопатии [10], интерлейкины IL-1beta, IL-2, IL-4 и IL-6, стимулирующие развитие пролиферативной витреоретинопатии, выявляются в течение 6—8 недель после отслойки сетчатки [10]. С третьего дня после отслойки сетчатки начинается дегенерация колбочек [8], примерно с 28-го дня начинаются деструктивные изменения в палочках [8].

Способ дренирования субретинальной жидкости впервые предложил I. Gopin в 1929 г. [6]. Однако этот метод имел серьезное осложнение в виде кровотечения в субретинальное пространство. Из-за данного осложнения многие хирурги предпочитают не рисковать.

В Санкт-Петербургском филиале «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С. Н. Федорова» разработан способ дренирования субретинальной жидкости с формированием клапанного разреза склеры [2]. В целях устранения риска кровоизлияния был предложен метод гидроретинопексии, суть которого заключается в дози-