

НАРУШЕНИЯ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ, ОБУСЛОВЛЕННЫЕ ПАТОЛОГИЙ ШЕЙКИ МАТКИ

У 165 женщин оценивали степень риска позднего выкидыша, обусловленного недостаточностью шейки матки, по 5-балльной шкале в конце I триместра беременности с последующей хирургической коррекцией циркулярным подслизистым швом. В результате своевременно выполненной терапии родились 96% жизнеспособных новорожденных (в анамнезе всего 38%), в остальных случаях потерю плода предотвратить не удалось.

Несостоятельность шейки матки (НШМ) в значительном числе случаев является основной причиной поздней потери плода [1]. Своевременный диагноз НШМ у беременной не всегда возможен, тогда как эффективность лечения в значительной степени зависит от срока беременности и степени укорочения шейки матки, при которых выполняется хирургическая коррекция несостоятельности шейки. Поэтому идеальной является диагностика НШМ вне беременности, однако в условиях Республики Таджикистан лишь 3% пациенток обследуются до зачатия, остальные же обращаются за помощью, будучи беременными.

Целью исследования явилась оптимизация диагностики, лечения и послеоперационной тактики у беременных женщин, страдающих поздней потерей плода. В исследование включены 165 женщин с одноплодной беременностью, госпитализированных по поводу угрожающего выкидыша. В анамнезе у пациенток было 510 беременностей, из них своевременными родами завершились всего 81 (16%), преждевременными - 98 (19%), поздним спонтанным абортom - 331 (68%) беременностей; живых детей - 69 (38%). Уровень здоровья беременных оказался невысоким, около 70% из них страдали экстрагенитальной патологией, чаще всего это были анемия и хронический пиелонефрит.

У каждой пациентки после 12-14 недель гестации каждые 3 дня визуальнo и пальпацией контролировали состояние шейки мат-

ки, обращая при этом внимание на следующие симптомы:

а) чувство тяжести в низу живота, «напирания на низ», чувство «комка» во влагалище, иногда слизисто-сукровичные выделения, при этом боль в низу живота, пояснице практически отсутствовали;

б) шейка матки постепенно укорачивается, консистенция шеечной ткани дряблая, зев зияет, из него истекает слизь, иногда из зева выпячиваются плодные оболочки. Подобную картину структурных изменений шейки без сократительной активности матки мы считали характерной для НШМ.

Так как эффективность коррекции НШМ, выполненной при значительном укорочении шейки, составляет всего 30-50% [3], вопрос о необходимости хирургического лечения решали до появления описанной выше клинической картины НШМ, оценивая риск позднего выкидыша суммированием оценок факторов риска по следующей шкале:

1) в анамнезе преждевременные роды и/или выкидыши во II триместре живым плодом - 1 балл;

2) малоблезненные быстрые преждевременные роды и/или поздний выкидыш в прошлом - 1 балл;

3) успешная хирургическая коррекция НШМ в анамнезе - 1 балл;

4) визуальнo и пальпацией подтвержденная хирургическая или акушерская травма шейки матки - 1 балл;

5) прогрессирующее укороче-

ние и открытие шейки при настоящей беременности - 1 балл.

Если сумма оценок составляет 1-2 балла, риск выкидыша низок; оценка 3 и более баллов свидетельствует о высоком риске аборта, и коррекция несостоятельности шейки обязательна.

При наличии условий коррекцию осуществляли в 12-14 недель беременности. Оперировали в малой операционной при I-II ст. чистоты цервикального и влагалищного мазков. Вмешательство выполняли под проводниковой или общей анестезией. Коррекцию НШМ производили циркулярным подслизистым швом [2].

Техника операции: переднюю и заднюю губы шейки матки захватывали вместе пулевыми щипцами и шейку подтягивали на себя и кзади. На уровне цервико-вагинального стыка передней губы, отступив на 1 см вправо от средней линии, иглой, заряженной прочной синтетической лигатурой, делали вкол под слизистую оболочку, не прокалывая при этом эндоцервикс. Затем иглу выкалывали и следующий вкол делали точно в месте предыдущего выкола. Подобным образом обкалывали шейку циркулярно, при этом вся лигатура располагалась под слизистой оболочкой; последний выкол иглы делали примерно в 1 см от средней линии слева. Лигатуру туго затягивали, завязывали хирургическим узлом и обрезают, оставляя концы длиной около 2 см, узел при этом располагался на слизистой оболочке передней губы шейки матки.

После окончания действия наркоза пациентке разрешали ходить. В случае появления в послеоперационном периоде маточных сокращений, беременной назначали токолитики (бриканил, партусистен), антагонисты кальция (финоптин, верапамил), либо антагонисты простагландин-синтазы (индометацин, аспирин). При отсутствии угрозы прерывания беременности пациентку выписывали домой, категорически запрещая половую

жизнь и переноску тяжестей; разъясняли необходимость самоконтроля за характером выделений, рекомендовали вводить во влагалище в течение 7-10 дней дважды в день суппозитории с борной кислотой, либо смоченные водой таблетки галаскорбина, при этом запрещали врачу женской консультации производить влагалищное исследование, кроме осторожного осмотра шейки в стерильных зеркалах.

Шов с шейки снимали после 38-ой недели беременности, иногда в амбулаторных условиях. Немедленно снимали шов при преждевременной отслойке плаценты, разрыве плодных оболочек, хориоамнионите, в случае смерти плода, при прогрессирующей родовой деятельности и отсутствии эффекта от токолитической терапии.

Из 165 оперированных пациенток нам известен исход лишь 120 беременностей, остальные женщины разъехались по районам республики и об исходах нас не уведомили.

Своевременными родами завершились 95 (79,2%) беременностей, преждевременными - 10 (8,3%), в том числе 6 - после 36 недель гестации (все дети живы, выписаны домой); 4 (3,3%) - в 28-32-ю недели. Последние 4 случая ранних преждевременных родов были обусловлены преждевременной отслойкой плаценты (3 плода погибли) и 1 случай - преждевременным разрывом плодных оболочек, что возможно было предотвратить. Таким образом, 3 случая антенатальной гибели плода не были связаны с хирургической коррекцией НШМ.

В 24-27 недель произошло 15 выкидышей, в т.ч. 8 плодов погибли до 24-й недели гестации и 7 случаев - из-за преждевременного разрыва плодных оболочек, последние выкидыши возможно было предотвратить. Следовательно, отбор пациенток для коррекции, эффективность операции и послеоперационной тактики, не считая связанные с оперативным вмешательством 10 случаев по-

тери плода, составили 94% (112).

Таким образом, результатом 510 предыдущих беременностей было 38% живорождений, тогда как после хирургической коррекции НШМ 120 беременностей завершились рождением 104 (96%) жизнеспособных младенцев, т.е. на 58% больше, чем в прошлом. Результаты исследования показали, что нарушение репродуктивного здоровья в виде несостоятельности шейки матки, обуславливающее потери плода и бездетность, возможно эффективно устранить с помощью комплекса разработанных нами превентивных и терапевтических мероприятий.

ЛИТЕРАТУРА

1. Степанова Р.Н. // Истмико-цервикальная недостаточность// Вопр.охран.матер.,-1998. № 12. С.43-47.
2. Степанова Р.Н. // Диагностика и хирургическая коррекция истмико-цервикальной недостаточности у беременных женщин (информационное письмо). - Душанбе. 1992.
- 3 Cousins L. // Clin. Obstet. Gynecol. 1980. - Vol.23. - P.467-479.