

РЕЗУЛЬТАТЫ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ КОРРЕКЦИИ ИСТМИКО-ЦЕРВИКАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Аврукевич Е. А.¹, Воробьева Т. И.¹, Белуга В. Б.²,
Бут-Гусаим Л. С.¹, Зайцева Т. П.²

УЗ «ГКБ СМП г. Гродно», Гродно, Беларусь¹
Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь²

Резюме. С целью лечения истмико-цервикальной недостаточности, особенно органической, в 1-ю половину беременности (до 22 недель) необходимо наложение шва на шейку матки, после 22 недель – целесообразна коррекция патологии пессарием.

Ключевые слова. Истмико-цервикальная недостаточность, прерывание беременности, разгружающий акушерский пессарий, круговой подслизистый шов на шейку матки.

RESULTS OF DIFFERENT METHODS OF THE CORRECTION OF THE ISTHMIC-CERVICAL INSUFFICIENCY

Avrukevich E. A.¹, Vorobjeva T. I.¹, Beluga V. B.², But-Gusaim L. S.¹,
Zajtceva T. P.²

Grodno City Clinical Hospital of Emergency Care, Grodno, Republic of Belarus¹
Grodno State Medical University, Grodno, Republic of Belarus²

Summary. A suture on the cervix is necessary in the 1st half of pregnancy (up to 22 weeks) in order to treat isthmic-cervical insufficiency, especially organic, after 22 weeks – correction of the pathology with a pessary is appropriate.

Keywords. Isthmico-cervical insufficiency, abortion, unloading obstetric pessary, circular submucosal suture on the cervix.

Актуальность проблемы. Истмико-цервикальная недостаточность (ИЦН) – нарушение запирающей способности шейки матки, проявляющееся её безболезненным укорочением, размягчением, расширением и открытием до 37-й недели беременности при отсутствии угрозы её прерывания[1].

Частота данной патологии составляет 15-20% от всех беременностей, а среди женщин с привычным невынашиванием – 18-37%. ИЦН является причиной 15-40% поздних самопроизвольных выкидышей и до 30% преждевременных родов[2].

ИЦН манифестирует безболезненной, прогрессивной дилатацией шейки матки во II или в начале III триместра, что приводит к пролапсу, инфицированию и преждевременному разрыву плодных оболочек, прерыванию беременности или преждевременным родам. Известно, что если предыдущая беременность прерывалась в сроке 23–28 недели, то в 25 % случаев и последующая беременность прервется в сроке до 28-й недели без коррекции причин.

Преждевременные роды – одна из самых важных проблем современного акушерства. Показатель преждевременных родов составляет около 10% от общего числа родов (ВОЗ 2011 год) [2]. В Республике Беларусь частота преждевременных родов достигла 4,1%. В 2018 году в Гродненской области число преждевременных родов составило 2,8%.

Различают органическую (анатомическую) – врождённую и приобретённую, функциональную (гормональную), смешанную ИЦН.

Причины органической ИЦН (приобретённой): повреждение шейки матки в патологических и оперативных влагалищных родах, инвазивные методы лечения заболеваний шейки матки (конизация, ампутация), искусственные аборт, прерывание беременности на поздних сроках.

Функциональная ИЦН развивается у женщин с дефицитом прогестерона, гиперандрогенией, дисплазией соединительной ткани.

С целью лечения данного вида патологии шейки матки используют инвазивные (наложение кругового подслизистого шва на шейку матки в различных модификациях), неинвазивные методы (установка разгружающего акушерского пессария), гормональная терапия и их комбинации.

Цель исследования. Оценить результаты использования различных методов коррекции ИЦН.

Материалы и методы. Проведён ретроспективный анализ течения и исходов 126 беременностей с целью оценки эффективности хирургической и консервативной методик лечения ИЦН в 2018 году.

При определении тактики ведения беременных с ИЦН мы придерживались ниже предложенного алгоритма:

1. Выявление наличия ИЦН.

Всем пациенткам с угрозой прерывания беременности проводились:

1.2. Бимануальное влагалищное исследование

1.3. УЗ – цервикометрия

2. Выявление причины ИЦН

2.1. Осмотр и определение общего числа гирсутизма

2.2. Определение гормонального фона

- обследование функции щитовидной железы
- определение уровня прогестерона
- определение уровня ДГЭА-сульфата, 17-ОП, 21-гидроксилазы

2.3. Выявление инфекционного фактора:

- посев из цервикального канала
- обследование на ИППП
- мазок из влагалища на флору
- рН-метрия влагалищного содержимого

3. Определение условий для коррекции ИЦН

3.1. Оценка инфицирования (уровень С-реактивного белка, число лейкоцитов, посев из цервикального канала, посев мочи на флору)

3.2. Определение степени чистота влагалища

3.3. Санация всех генитальных и экстрагенитальных очагов инфекции.

4. Определение метода коррекции ИЦН:

- коррекция назначением гормональных препаратов
- наложение кругового подслизистого шва на шейку матки по MacDonald
- введение разгружающего акушерского pessaria (РАП),
- комбинированный метод (шов и РАП)

5. Критерии для выбора метода коррекции:

5.1 Наложение шва:

- Проявления ИЦН до 22 недель беременности. Данная группа пациенток самая неблагоприятная по угрозе невынашивания. Основная причина ИЦН – органическая.

5.2.Коррекция ИЦН pessarium. Вводится после 22 недель беременности.

5.3.Комбинация шва и РАП

В первую группу вошли 19 беременных, которым была выполнена хирургическая коррекция ИЦН – наложение кругового подслизистого шва на шейку матки в сроках до 22 недель беременности. Средний возраст женщин составил $29,0 \pm 1,5$ лет. Жительницы города – 18 (95%), 1 пациентка (5%) проживала в сельской местности. Средне-специальное образование имели 9 (47,4%) пациенток, высшее – 6 (31,6%), без образования – 4 (21%). В подгруппу первобеременных вошли 3 пациентки (15,8%), остальные 16 (84,2%) сформировали подгруппу повторнобеременных, из которых у 8 (50%) данная беременность была 2-ой по счёту, у 7 (43,75%) – 3-ей, у 1 (6,25%) – 4-ой. Срочные роды в анамнезе отмечались у 8 (42,1%) женщин, отягощённый акушерско-гинекологический анамнез (ОАГА) – у 11 (57,9%) беременных: у 6 (54,5%) из них – неразвивающаяся беременность и/или самопроизвольный выкидыш, у 4 (36,4%) – срочные роды и самопроизвольный выкидыш и/или неразвивающаяся беременность. У 1 (9,1 %) пациентки отмечались срочные роды и антенатальная гибель плода (вследствие преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты в сроке 31 неделя беременности). Из группы женщин с ОАГА 3 (27,3%) имели привычное невынашивание в анамнезе. Бесплодие в анамнезе прослеживалось у 5 (26,3%) изучаемых (причины: полип эндометрия, СПКЯ).

Вторую группу составили 106 пациенток, которым был установлен РАП. Средний возраст женщин – $31,0 \pm 1,3$ года. Проживали в городе 88 (83,0%) пациенток, в сельской местности – 18 (17,0%). Средне-специальное образование имели 45 (42,5%) пациенток, высшее – 41 (38,7%), без образования – 20 (18,8 %). Повторнобеременных пациенток -67 (63,2%) (среди них женщины с многоплодием, инфекцией, травматизацией шейки матки в предыдущих родах), остальные 39 (36,8%) – первобеременные. Число случаев многоплодной беременности в анамнезе – 6 (5,7%). Из них 5 (83,3%) беременностей окончились срочными родами, 1 (16,7%) – преждевременно. Методы родоразрешения: 3 (50%) из них – роды через естественные родовые пути, 3 (50%) – оперативное родоразрешение.

Один случай представлен пациенткой, которой проводилась коррекция ИЦН комбинированным методом (с использованием РАП и кругового подслизистого шва на шейку матки).

Результаты исследования и их обсуждение. Всего за 2018 год пролечено 1259 женщин с угрозой прерывания беременности, из них с угрозой самопроизвольного выкидыша – 22%, с угрозой преждевременных родов – 34 % (от числа всех 2227 пациенток ОПБ).

Из группы пациенток с ИЦН, корригированной наложением шва на шейку матки, функциональная ИЦН диагностирована у 4 (21,0%), анатомическая – у 12 (63,2%), остальные 3 случая (15,8%) – смешанная ИЦН. Наложение кругового подслизистого шва на шейку матки производилось в среднем на 18-19 неделях беременности. До наложения шва 2 (10,5%) пациентки с ИППП санированы антибактериальными препаратами. На момент наложения шва у 100% отсутствовали патологические изменения по результатам мазка на флору, посева из цервикального канала, мазка на атипические клетки. Осуществлялась госпитализация 8 (42,1%) пациенток в связи с угрозой прерывания беременности до проведения коррекции ИЦН; из них для 6 пациенток (75%) госпитализация оказалась повторной. Гормональная коррекция назначалась 18 (95%) женщинам, 9 (50%) из них – дидрогестерон и микронизированный прогестерон, остальным 50% – микронизированный прогестерон. Двойня в данную беременность диагностирована у 2 (10,5%) пациенток. Исходы настоящей беременности: у 10 пациенток (52,6%) произошли роды в сроке после 38 полных недель гестации, у 7 (36,8%) – срочные роды до 38 полных недель гестации, у 1 женщины (5,3%) беременность закончилась преждевременными родами, у 1 (5,3%) – преждевременными родами мёртвым плодом в сроке 28-34 недель беременности. Доля кесаревого сечения составила 45%. Средний вес новорождённых при доношенном сроке беременности – 3167 г. С нормальными весовыми показателями родилось 17 (89,4%) новорождённых, 1 (5,3%) – с низкой массой тела (2480 г.), 1 (5,3%) – крупный плод (4420 г.). Преждевременный разрыв плодных оболочек наблюдался в 5 (26,3 %) случаях. В 4 (21,1%) случаях беременности отмечены признаки хронической ФПН в стадии компенсации и субкомпенсации, СЗРП плода 1 степени. Синдром внутриутробного инфицирования новорождённых выявлен в 1 случае (5,3%).

Разгружающий акушерский пессарий установлен в сроках 22-33 недели беременности: до 28 нед. – 16 (15,1%) пациенткам, из них на 24 неделе – 5 (31,25%), на 26-27 неделях – 11 (68,75%); в сроке 28-31 неделя – 89 пациенткам (84%), 31-33 недели – 1 пациентке (0,9%). Гестагенная поддержка проводилась 105 пациенткам с

пессарием (99,1%), кроме той из них, кому он вводился в сроке 31-33 недели. В схему лечения 56 (52,8%) беременным внесли гексопреналин, острый токолиз с сульфатом магния – 23 (21,7%) пациенткам, лечение НПВС в сроки с 22 по 32 неделю беременности – 12 (11,3%). Все женщины получали седативную и спазмолитическую терапию. Антибактериальные препараты – 34 (32,1%) беременных по причине инфекций мочевыводящих путей, острого пиелонефрита, уретерогидронефроза, мочекаменной болезни. Из них 6 (17,6%) беременным производилось стентирование мочеточников. Исходы настоящей беременности: преждевременные роды в сроке до 34 недель беременности – 0%, 34-37 недель – у 11 пациенток (10,3%), 37-38 недель – у 19 (17,9%), после 38 недель – у 76 (71,8%). Средний вес новорождённых при доношенном сроке беременности – 3345 г. С нормальными весовыми показателями родилось 100 (94,3%) новорождённых, 4 (3,8%) – с низкой массой тела (2303 г.), 2 (1,9%) – крупный плод (4000 г.). Одной пациентке (0,94%) из данной группы с верифицированным адреногенитальным синдромом проводилась коррекция медролом. Исход беременности – срочные роды в 38 недель беременности. Синдром ВУИ новорождённых наблюдался в 3 (2,8%) случаях.

Выводы. Признаки ИЦН наблюдаются преимущественно у городских жительниц со средне-специальным образованием.

Основная доля пациенток со швом на шейке матки (84,2%) и с РАП (63,2%) – повторнобеременные с органической формой ИЦН.

Наложение шва на шейку матки производилось на 18-19 неделях беременности, установка РАП – преимущественно на 28-31.

У 57,9% повторнобеременных, которым накладывался шов – невынашивание беременности в анамнезе (у 27,3 % из них – привычное невынашивание).

У 42,1% пациенток со швом на шейке матки в анамнезе госпитализация в стационар в связи с угрозой прерывания беременности, из них у 75% – неоднократная.

В гормональной поддержке нуждались 95% пациенток из группы женщин со швом на шейке матки с ОАГА (невынашиванием беременности), признаками прерывания беременности в I-II триместрах, а также пациентки с корригируемой ИЦН при помощи РАП (при сроке введения пессария 22-30 недель).

У 89,4 % женщин со швом на шейке матки исход беременности благоприятный: рождение ребёнка в сроке гестации после 37 полных

недель. 1 беременность окончилась преждевременными родами. Исходы беременности пациенток с РАП благоприятные: 71,8% из них окончились родами после 38 недель гестации.

Проведение профилактики РДС у новорождённых, согласно Клиническим протоколам МЗ РБ, профилактики цервицита и кольпита у беременных, своевременной коррекции ИЦН наложением шва на шейку матки и постоянный контроль отсутствия инфицирования (в случае наличия признаков инфицирования нижних отделов половых путей – назначение лечения в срок) позволяют снизить риск развития синдрома ВУИ.

Литература:

1. Беспалова О. Н. Выбор метода коррекции истмико-цервикальной недостаточности / О. Н. Беспалова, Г. С. Саргсян // Журнал акушерства и женских болезней. – 2017. – № 3. – С.157-168.
2. Леваков С. А. Ведение пациенток с истмико-цервикальной недостаточностью / С. А. Леваков, Е. И. Боровкова, Н. А. Шешукова, И. М. Боровков// Акушерство. Гинекология. Репродукция. – 2016. –№. 2. – С. 64-69.

РАННИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПОСЛЕ РЕВАСКУЛЯРИЗИРУЮЩИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ НА АРТЕРИЯХ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С ОБЛИТЕРИРУЮЩИМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ

**Панасюк О. В.¹, Могилевец Э. В.¹, Горячев П. А.²,
Васильчук Л. Ф.², Будревич О. В.¹**

Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь¹
Гродненская областная клиническая больница, Гродно, Беларусь²

Резюме. Тромбоз является самым распространённым осложнением раннего послеоперационного периода у пациентов с облитерирующим атеросклерозом, перенесших реваскуляризирующие вмешательства на артериях нижних конечностей.

Ключевые слова: облитерирующий атеросклероз, реваскуляризирующие вмешательства, послеоперационные осложнения.