

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
**«БЕЛГОРОДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ
ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»**
(Н И У « Б е л Г У »)

МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ

ЦМК клинических дисциплин

**ОСОБЕННОСТИ ТАКТИКИ ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ
У ПАЦИЕНТОК С ИСТМИКО-ЦЕРВИКАЛЬНОЙ
НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ**

Дипломная работа студентки
очной формы обучения
специальности 32.02.02 Акушерское дело
4 курса группы 03051527
Зассеевой Юлии Сергеевны

Научный руководитель
преподаватель Овсянникова Г. А.

Рецензент
заместитель главного врача ОГБУЗ
«БОКБ Святителя Иоасафа» по
акушерско-гинекологической помощи
Вартынь Алексей Борисович

БЕЛГОРОД 2019

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	3
ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ЛИТЕРАТУРНЫХ ИСТОЧНИКОВ ПО ВОПРОСАМ ОСОБЕННОСТЕЙ ТАКТИКИ ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ПАЦИЕНТОК С ИСТМИКО – ЦЕРВИКАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ (ИЦН).....	6
1.1. Определение, классификация, эпидемиология и патогенез, факторы риска ИЦН.....	6
1.2. Диагностика истмико – цервикальной недостаточности.....	9
1.3. Тактика ведения женщин с ИЦН на этапе прегравидарной подготовки и во время беременности.....	12
1.4. Лечение истмико – цервикальной недостаточности.....	14
ГЛАВА 2. АНАЛИЗ ОСОБЕННОСТЕЙ ТАКТИКИ ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ПАЦИЕНТОК С ИСТМИКО–ЦЕРВИКАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ.....	23
2.1. Организационная характеристика перинатального центра ОГБУЗ «БОКБ Святителя Иоасафа».....	23
2.2. Материалы и методы исследования.....	24
2.3. Статистический анализ особенностей тактики ведения беременности и родов у пациенток с истмико – цервикальной недостаточностью.....	25
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	45
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ ...	48
ПРИЛОЖЕНИЯ.....	50

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы. Проблема невынашивания беременности является одной из актуальных в современном акушерстве, так как не только влечет за собой нарушение репродуктивной функции женщины, но и оказывает отрицательное влияние на рождаемость, обуславливая значительное повышение уровня перинатальной смертности и заболеваемости новорожденных в раннем неонатальном периоде [24, с. 231].

Среди факторов, приводящих к невынашиванию беременности, значительное место занимает истмико - цервикальная недостаточность (ИЦН). Проблема несостоятельности шейки матки при беременности известна с 19-го века, но еще в XI в. выдающийся ученый Абу Али Ибн Сина (Авиценна) писал, «что иногда выкидыш зависит от причин, исходящих от плода, а иногда от причин, исходящих от матери, а именно от чрезмерной ширины ее устья». Согласно классическому определению ИЦН — это размягчение, расширение и укорочение шейки матки до 37-й недели гестации при отсутствии угрозы прерывания. Для ИЦН характерна неспособность женщины доносить беременность до доношенного срока из-за функционального или структурного дефекта шейки матки. как ИЦН является причиной 15–40 % поздних самопроизвольных абортов и до 30 % преждевременных родов. Сроки прерывание беременности, связанные с истмико - цервикальной недостаточностью, по данным литературы, варьируются от 10 до 28 недель, чаще всего это 16-20 недель [9, с. 50].

В настоящее время как за рубежом, так и в нашей стране предложены многочисленные методы оперативного и неоперативного лечения ИЦН как во время беременности, так и вне её. Все они имеют общую цель - предотвратить расширение шейки матки как фактора преждевременных родов. На протяжении нескольких десятков лет авторами предлагались многочисленные методы и модификации хирургического лечения истмико-цервикальной недостаточности.

Это объясняется тем, что ни один из существующих методов лечения не обладает 100% эффективностью [18, с. 73].

Что касается причины возникновения истмико - цервикальной недостаточности, то и этот вопрос до конца не решен. Истмико - цервикальная недостаточность объясняется как врожденной, так и приобретенной патологией, и роль дисплазии соединительной ткани как причины истмико-цервикальной недостаточности практически совсем не изучена.

Вышеизложенное обусловило выбор темы исследования.

Цель исследования: изучить возможные методы лечения ИЦН, проанализировав истории, оценить исходы беременностей при ИЦН, выявить необходимые меры профилактики данной патологии, наиболее эффективные для сохранения беременности.

Задачи исследования:

1. Проанализировать эпидемиологические аспекты истмико - цервикальной недостаточности у пациенток по данным отделения патологии беременности (ОПБ) № 2 ОГБУЗ «БОКБ Святителя Иоасафа».

2. Представить медико-социальную характеристику женщин с ИЦН.

3. Изучить особенности клинических проявлений ИЦН у беременных в группе исследования.

4. Проанализировать методы проведенного лечения данной патологии у респонденток.

5. Изучить особенности течения беременности, родов и послеродового периода у пациенток в группе исследования.

6. Проанализировать профилактические мероприятия, применяемые в современном акушерстве при ИЦН.

Объект исследования – данные историй родов пациенток с ИЦН и развития их новорождённых, собранные в ОПБ № 2 ОГБУЗ «БОКБ Святителя Иоасафа» в 2018 году. Общий объём выборки составил 60 пациенток.

Предмет исследования – влияние ИЦН на течение и исходы беременности, современные тенденции в лечении и профилактике ИЦН.

Научная новизна:

1. Составлена клинико - социальная характеристика женщин с ИЦН, лечившихся в ОПБ № 2 ОГБУЗ «БОКБ Святителя Иоасафа» в 2018 году.

2. Установлен удельный вес пациенток с ИЦН среди беременных, поступивших в ОПБ № 2 ОГБУЗ «БОКБ Святителя Иоасафа» в изучаемый период времени.

3. Получены данные о методах лечения и исходах беременности у женщин с данной патологией в группе исследования.

Практическая значимость работы - полученные данные могут использоваться в работе акушерских отделений и фельдшерско-акушерских пунктов.

Методы исследования:

1. Научно-теоретический анализ медицинской литературы по теме дипломного проекта.

2. Эмпирические методы (анализ документов).

3. Статистический анализ полученных данных.

База исследования - ОГБУЗ «БОКБ Святителя Иоасафа».

Время исследования – 2018 - 2019 гг.

Структура ВКР - работа представлена на 55 страницах, состоит из введения, двух глав, включающих 7 таблиц и 27 рисунков, заключения, списка литературных источников из 25 наименований, 4 приложений. В первой главе проведен теоретический анализ литературных источников по вопросам особенностей течения и ведения беременности и родов у пациенток с ИЦН. Вторая глава посвящена собственному исследованию данной патологии.

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ЛИТЕРАТУРНЫХ ИСТОЧНИКОВ ПО ВОПРОСАМ ОСОБЕННОСТЕЙ ТАКТИКИ ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ПАЦИЕНТОК С ИСТМИКО – ЦЕРВИКАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ (ИЦН)

1.1. Определение, классификация, эпидемиология и патогенез, факторы риска ИЦН

Истмико-цервикальная недостаточность характеризуется укорочением длины шейки матки (ШМ) менее 25 мм и/или дилатацией цервикального канала более 10 мм (на всем протяжении) ранее 37 недель беременности при отсутствии клинической картины преждевременных родов (ПР).

Истмико-цервикальная недостаточность занимает значительное место в структуре причин поздних выкидышей и преждевременных родов. Частота данной патологии в популяции колеблется в широком диапазоне от 1,5% — 8,7% до 7,2% — 13,5%.

Классификация ИЦН по этиологии: врожденная (пороки развития матки, генитальный инфантилизм) и приобретенная ИЦН. Последняя бывает функциональная в результате эндокринных дисфункций (гиперандрогения, гипофункция яичников) и органическая ИЦН (посттравматическая), которая возникает вследствие травматичных родов, сопровождающихся глубокими разрывами шейки матки, лечебно-диагностических манипуляций и операций на шейке матки [2, с. 188].

Сонографическая классификация по форме шейки матки: Т-образный внутренний зев; Y-образный внутренний зев; V-образный внутренний зев; U-образный внутренний зев. Последние две формы наиболее неблагоприятные формы.

Истмико-цервикальная недостаточность – патологическое состояние перешейка и шейки матки, при этом они не способны противостоять внутриматочному давлению и удерживать увеличивающееся плодное яйцо в полости матки до своевременных родов [8, с. 60].

ИЦН возникает из-за функционального или структурного дефекта ШМ вследствие различных этиологических факторов. Истинная ИЦН сопровождает 1% беременностей, у женщин с повторяющимися поздними выкидышами - 20%.

Ключевой фактор формирования ИЦН - дефект синтеза коллагена, обеспечивающего до 85% веса ткани ШМ. Исследования цервикального коллагена у небеременных с ранее выявленной ИЦН обнаружили сниженную концентрацию гидроксипролина в сравнении с женщинами с нормальным строением ШМ. Причины возникновения указанного нарушения пока не установлены.

Не менее 80% ИЦН ассоциированы с интраамниальной инфекцией, поскольку барьерная функция цервикальной слизи при расширении и укорочении ШМ нарушается. Кроме того, инфекционно-воспалительный процесс в полости матки сам может выступать патогенетическим фактором ИЦН.

Факторы риска ИЦН многочисленны и разнообразны. Оценка факторов риска обязательна у женщин, уже имевших потери беременности во II триместре и/или ранние ПР, причем как у планирующих зачатие, так и у беременных. При этом управляемые факторы риска подлежат обязательной коррекции, начиная с прегравидарного этапа и ранних сроков наступившей беременности.

1. Функциональные нарушения: гиперандрогенизм (у каждой третьей пациентки с ИЦН), в том числе в связи с аденогенитальным синдромом и синдромом поликистозных яичников; недостаточность прогестерона, в том числе недостаточность лютеиновой фазы цикла; генитальный инфантилизм.

2. Анатомические факторы: врожденные пороки развития матки (двуорогая, седловидная матка, наличие внутриматочной перегородки); индивидуальные анатомические особенности (этот фактор риска следует считать относительным - многие женщины с врожденным укорочением ШМ рожают в срок); приобретенные деформации ШМ, в том числе:

невосстановленные разрывы ШМ после родов или внутрисполостных вмешательств (частый фактор риска); после инструментального расширения цервикального канала при гинекологических манипуляциях (гистероскопия, раздельное диагностическое выскабливание); после хирургического аборта; после оперативных вмешательств на ШМ (диатермокоагуляция, конизация, в том числе радиохирургическая) при интраэпителиальных поражениях, в том числе раке ШМ.

3. Особенности настоящей беременности: многоплодие; многоводие.

4. Генетические и врожденные факторы: наследственность: треть беременных с ИЦН имеют родственниц первой линии с таким же осложнением гестации; дисплазия соединительной ткани, в том числе при синдромах Эллерса-Данло и Марфана; полиморфизм ряда генов, ответственных за метаболизм соединительной ткани и выработку медиаторов воспаления, могут быть ассоциированы с ИЦН; контакт с диэтилstilbэстролом во внутриутробном периоде (в настоящее время такие пациентки крайне редки).

5. Экстрагенитальные заболевания: избыточная масса тела и ожирение; железодефицитная анемия (увеличивает риск ПР в 1,6 раза); коллагенозы и системные васкулиты, в том числе, системная красная волчанка, склеродермия, ревматоидный артрит.

6. Особенности акушерско-гинекологического анамнеза: поздний самопроизвольный выкидыш (особенно при быстром и малоблезненном клиническом течении); ПР - в первую очередь самопроизвольные (индуцированные ПР также фактор риска ИЦН); ПРПО (ранее 32 нед.) при предыдущей беременности; укорочение ШМ менее 25 мм до 27 недели предшествующей беременности; два и более вмешательства с расширением цервикального канала; механическое расширение ШМ (дилатация и кюретаж, гистероскопия) - наиболее частая причина у женщин, не имевших укорочения ШМ во время предыдущей беременности.

7. Инфекционно-воспалительные и дисбиотические состояния: дисбиоз половых путей (бактериальный вагиноз) и вагинальные инфекции любого

генеза (при этом особое значение уделяют преобладанию *G. vaginalis* во влагалищном биотопе как одному из ключевых факторов риска бактериального вагиноза); воспалительные заболевания мочевых путей; хронический эндометрит.

1.2. Диагностика истмико – цервикальной недостаточности

В настоящее время специфического теста для диагностики ИЦН вне беременности не существует. Не доказана информативность таких тестов, как оценка ширины цервикального канала при гистеросальпингографии, легкость введения расширителей Гегара (размер 9) без сопротивления, сила, необходимая для извлечения наполненного катетера Фолея вне беременности и т.д. [33, с. 29].

Часть диагнозов ИЦН основана на исключении других причин ПР или анамнестических данных наличия потерь беременности во II триместре.

Косвенно на последующее развитие ИЦН могут указывать состояния, сопровождающиеся потерей ткани шейки матки - ампутация, высокая конизация шейки матки, когда общая длина ШМ не превышает 2,0 см. В подобных случаях рассматривается вопрос о целесообразности проведения лапароскопического серкляжа вне беременности.

Диагностика ИЦН во время беременности. Оценка жалоб. Клинические проявления ИЦН: ощущение давления, распираания, колющие боли во влагалище ("простреливающая боль"); дискомфорт внизу живота и в пояснице; слизистые выделения из влагалища, могут быть с прожилками крови.

В подавляющем большинстве случаев ИЦН может протекать бессимптомно, что и обуславливает необходимость тщательного УЗИ контроля шейки матки во время беременности.

Осмотр шейки матки в зеркалах используется для получения дополнительной информации об анатомии ШМ, состоянии наружного зева,

характере выделений из цервикального канала и влагалища, забора материала для проведения микробиологического исследования, полимеразной цепной реакции (ПЦР) - диагностики, микроскопии вагинального отделяемого, при подозрении на преждевременный разрыв плодных оболочек (ПРПО) - проведения теста на элементы околоплодных вод.

Для диагностики ИЦН пальцевое исследование ШМ не показано ввиду низкой информативности и увеличения риска досрочного завершения беременности. Оптимальный метод диагностики - трансвагинальное ультразвуковое измерение длины цервикального канала.

Ключевой метод диагностики - ультразвуковой. Методом выбора измерения ШМ является трансвагинальное ультразвуковое исследование (ультразвуковая цервикометрия).

В ряде случаев при отсутствии технической возможности провести трансвагинальную ультразвуковую цервикометрию могут быть использованы трансабдоминальное и трансперинеальное сканирование.

Измерение длины ШМ при трансабдоминальном сканировании может быть использовано в качестве начальной оценки, но следует иметь в виду, что этот способ имеет тенденцию увеличивать длину ШМ, особенно при ее укорочении.

В качестве альтернативы возможно трансперинеальное сканирование: датчик помещают на промежность и передвигают вплоть до полной визуализации наружного и внутреннего отверстия цервикального канала.

Рутинная скрининговая цервикометрия у беременных общей популяции с экономической точки зрения наиболее целесообразна в сравнении с отсутствием скрининга, как такового, и его применением только в группе риска ПР (у женщин с предшествующими потерями в анамнезе). В связи с этим рутинная трансвагинальная цервикометрия целесообразна у всех женщин в ходе ультразвукового скрининга II триместра.

- Рутинный трансвагинальный скрининг в обязательном порядке следует проводить у женщин с одноплодной беременностью и предшествующими спонтанными ПР.

- У пациенток группы риска ИЦН целесообразно неоднократное (через 1 - 2 недели) трансвагинальное УЗИ в период от 15 - 16 до 24 недель.

- Рутинный трансвагинальный скрининг не рекомендован женщинам с цервикальным серкляжем, ПРПО, многоплодной беременностью и предлежанием плаценты.

- В учреждениях периодически должен проводиться аудит качества выполнения ультразвуковой цервикометрии.

Ультрасонографические критерии ИЦН.

- Длина шейки матки, равная 3 см, является критической у перво- и повторнобеременных при сроке беременности менее 20 недель и требует интенсивного наблюдения за женщиной с отнесением ее в группу риска. Длина шейки матки 2 см и менее является абсолютным критерием ИЦН и требует интенсивного лечения. У многорожавших женщин на ИЦН указывает укорочение шейки матки в 17-20 недель до 2,9 см.

- Ширина цервикального канала 1 см и более при сроках беременности до 21 недели свидетельствует о цервикальной недостаточности. Отношение длины к диаметру шейки матки на уровне внутреннего зева менее 1,6 является критерием ИЦН.

- Пролабирование плодного пузыря с деформацией внутреннего зева характерно для ИЦН. Наиболее неблагоприятной считается V и U-образная форма.

- Изменение эхоструктуры шейки матки (мелкие жидкостные включения и яркие штриховые эхосигналы) свидетельствуют о гемодинамических изменениях в сосудах шейки матки и могут являться начальными признаками недостаточности шейки матки.

1.3.Тактика ведения женщин с ИЦН на этапе прегравидарной подготовки и вовремя беременности

Риск ИЦН необходимо снижать уже на этапе прегравидарной подготовки. У пациенток с самопроизвольным прерыванием беременности во II триместре и/или ранними ПР оценка факторов риска обязательна.

Тактика ведения беременных с ИЦН определяется данными анамнеза, сроком беременности и длиной шейки матки.

Женщинам с преждевременными родами в анамнезе или с потерей беременности во втором триместре показано проведение УЗИ и цервикометрии в сроки 12-14 нед. При выявлении укорочения длины сомкнутой части цервикального канала менее 25 мм методом выбора является хирургическая коррекция (церкляж) и вагинальный прогестерон. При длине шейки матки более 25 мм с профилактической целью с 19 до 32 нед. назначается микронизированный прогестерон 200 мг во влагалище (утрожестан).

Назначение вагинального прогестерона женщинам с укороченной шейкой матки снижает вероятность неожиданных преждевременных родов и неонатальной заболеваемости и смертности, а также является экономически эффективным.

Пациенткам без отягощенного анамнеза согласно Приказу Минздрава России № 572н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)» ультразвуковая оценка длины шейки матки проводится в сроки скринингового морфологического исследования плода (18 - 24 нед.). При выявлении укорочения шейки матки до 26-30 мм показано проведение еженедельной цервикометрии и теста на фетальный фибронектин. При укорочении шейки матки менее 25 мм в сроках до 24 нед. беременности целесообразно проведение хирургической коррекции ИЦН с последующей терапией прогестероном. После 24 нед. беременности

швы на шейку матки не накладывают и методом выбора становится применение прогестерона и использование акушерского пессария [6, с. 43].

По результатам систематического обзора было выяснено, что наложения церкляжа пациенткам с расширенной шейкой матки и видимыми оболочками увеличивает вероятность благоприятного исхода беременности по сравнению с беременностью без наложения церкляжа (неонатальная выживаемость с церкляжем 71% против 43% с применением выжидательной тактики). Наложение швов на шейку матки не проводится при выявлении субклинических признаков внутриутробной инфекции, так как наличие инфекции является самостоятельным фактором риска преждевременных родов.

Вагинальные пессарии. Пессарии предназначены для изменения оси цервикального канала и смещения веса содержимого матки с шейки. Изменяя угол шейки матки, пессарий также препятствует раскрытию внутреннего зева и, таким образом, обеспечивает защиту от инфекции. В 2012 г. было доказано, что эффективность пессария схожа с эффективностью церкляжа и вагинального прогестерона. Использование пессария женщинами с укороченной шейкой матки может увеличить продолжительность беременности. Однако не рекомендуется использовать пессарий вместо церкляжа или прогестерона, так как исследования 2013 г. не подтвердили его большую эффективность [15, с. 66].

Нестероидные противовоспалительные средства. В ходе трех независимых исследований было выявлено, что использование индометацина при укорочении шейки матки в сроках 14-27 нед. не снижает вероятность преждевременных родов до 35 нед., но снижает их вероятность до 24 нед.

Образ жизни. Изменение образа жизни пациенток с ИЦН не показало должного результата, все же рекомендуется придерживаться постельного режима, ограничить физические упражнения и воздерживаться от половых контактов. Не курить.

1.4. Лечение истмико – цервикальной недостаточности

В настоящее время существуют только три метода коррекции ИЦН с доказанной эффективностью.

1. Прогестагены.
2. Серкляж.
3. Акушерский пессарий.

Любой из перечисленных методов можно успешно применять в формате монотерапии. Не рекомендовано совместное использование серкляжа и акушерского пессария, в виду повышенного риска осложнений.

Возможно сочетание медикаментозной терапии препаратами прогестерона с акушерским пессарием, исходя из сочетанных индивидуальных показаний.

Прогестерон. Показания.

Беременным без поздних самопроизвольных выкидышей и ПР в анамнезе при выявлении при УЗИ длины сомкнутой части цервикального канала менее 25 мм - с момента постановки диагноза по 34-ю неделю беременности для снижения риска ПР.

Беременным, имеющим в анамнезе поздний самопроизвольный выкидыш или ПР в 16 - 34 недель (исключая многоплодную беременность, преждевременную отслойку плаценты), при выявлении при УЗИ длины сомкнутой части цервикального канала менее 25 мм.

Методика использования

Для профилактики ПР интравагинальное введение прогестерона более эффективно и имеет меньше побочных эффектов, чем внутримышечное.

Профилактика ПР препаратами прогестерона (желательно - интравагинальное введение препарата) у женщин с длиной ШМ 25 мм и менее уменьшает частоту прерывания беременности в сроки ранее 33 недель на 45%, значительно снижает частоту респираторного дистресс-синдрома и

неонатальную заболеваемость. Суточная доза микронизированного прогестерона, используемая для профилактики ПР в сроках до 34 недель, обозначенная в инструкции и международных рекомендациях составляет 200 мг.

Серкляж. Профилактический серкляж (elective, основанный на анамнестических данных - профилактическое вмешательство для снижения риска ПР у пациенток с поздними выкидышами и ПР в анамнезе.

Показания: две и более потери во второй половине беременности (после исключения других этиологических факторов); при повторных потерях беременности, если каждый последующий эпизод происходил в более ранние сроки, чем предыдущий [26, с. 143].

Обследование: общий анализ крови (количество лейкоцитов не более 15 000/мл); С-реактивный белок (менее 5 нг/дл); УЗИ для исключения пороков развития плода, ПРПО, подтверждения гестационного срока.

Согласно Приказу 572н, беременным с привычным невынашиванием необходимо выполнить микроскопическое и микробиологическое исследование отделяемого женских половых органов на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы (с определением их чувствительности к антибиотикам), ПЦР на *Chlamydia trachomatis*.

Условия. Исключить: регулярную родовую деятельность; ПРПО; активацию хронических вирусных инфекций; дисбиотические и инфекционные изменения в половых путях. Убедиться в отсутствии: субфебрилитета (температура тела менее 37,5 °С); болезненности матки и признаков внутриматочной инфекции; страдания плода. Получить информированное согласие женщины.

Методика применения. Серкляж выполняют обычно в 12 - 14 недель, в отдельных случаях - до 26 нед беременности. Все операции в сроках более 22 недель должны быть проведены в учреждениях III уровня.

Регионарная анестезия обычно предпочтительна, но в каждой ситуации вид аналгезии следует выбирать индивидуально, поскольку в отдельных ситуациях (например, при экстренном серкляже) показано общее обезболивание.

Лечебный серкляж (emergent, основанный на результатах цервикометрии) терапевтическая мера для снижения риска ПР у пациенток с укорочением ШМ до 25 мм и менее.

Показания: прогрессирующее уменьшение длины ШМ по данным, как минимум, двух последовательно выполненных ультразвуковых цервикометрий; наружный зев цервикального канала сомкнут.

Обследования и условия: как для профилактического серкляжа. Вмешательство выполняют в 14 - 24 недель, в отдельных случаях - до 26 недель беременности.

Экстренный серкляж (rescue, при угрозе ПР). Следует рассмотреть вопрос об экстренном серкляже при сочетании следующих факторов: дилатация ШМ более 20 мм и менее 40 мм без видимых схваток; преждевременное сглаживание ШМ более чем на 50% от ее исходной длины (но при длине ШМ не менее 15 мм; пролабирование плодного пузыря).

Обследования и условия: как для профилактического серкляжа. Особое внимание необходимо уделить контролю характера выделений из влагалища (исключение ПРПО, воспаления и отслойки плаценты), проявлений хориоамнионита, так как риск осложнений в данной ситуации повышен.

Обязательным является подписание пациенткой формы информированного согласия.

Методика применения серкляжа. Серкляж может быть проведен вагинальным либо абдоминальным доступом. Вагинальный доступ является предпочтительным, в связи с меньшим числом осложнений.

Техника вагинального серкляжа предусматривает три основных метода: наложение шва без диссекции тканей (метод Макдональда); двойной П-

образный внутрислизистый шов в области внутреннего зева (метод Любимовой в модификации Мамедалиевой); подслизистый шов (так называемый высокий цервикальный шов) с отслаиванием мочевого пузыря (метод Широкара), применяют крайне редко в связи с высокой травматичностью.

Используемые шовные материалы: нерассасывающийся шовный материал в виде нитей или ленты. Натяжение шовного материала нужно регулировать так, чтобы была возможность прохождения цервикального канала расширителем Гегара N 5. Нет доказательств преимущества какого-либо конкретного метода или шовного материала над прочими.

Метод Макдональда (1957 г.). Шов накладывают так близко, как это технически возможно, на стыке ШМ с влагалищем, без рассечения тканей. В асептических условиях шейку матки обнажают с помощью влагалищных зеркал. Щипцами Мюзо захватывают переднюю и заднюю губы шейки матки и подтягивают их кпереди и книзу. На границе перехода слизистой оболочки переднего свода влагалища на шейку матки накладывают кисетный шов, концы нитей завязывают узлом в переднем своде влагалища. В качестве шовного материала можно использовать лавсан, шелк, хромированный кетгут. С целью предотвращения прорезывания тканей при затягивании кисетного шва целесообразно ввести в канал шейки матки расширитель Гегара №5.

Метод А.И. Любимовой в модификации Н.М. Мамедалиевой. Шов накладывают на границе перехода слизистой оболочки переднего свода влагалища в экзоцервикс. Отступив на 0,5 см вправо от средней линии, ШМ прокалывают иглой с синтетической нитью через всю толщину, проводя выкол в задней части свода влагалища. Вторым стежком прокалывают слизистую оболочку и часть толщи ШМ, делая выкол на 0,5 см левее средней линии. Вторую синтетическую нить размещают симметрично: в правую латеральную часть ШМ через всю толщину, затем в передней части свода влагалища на 0,5 см левее средней линии [21, с. 280].

Метод Широкара. Подслизистый шов накладывают выше перехода ШМ в своды влагалища после отслаивания мочевого пузыря и прямой кишки; это позволяет разместить шовный материал ближе к внутреннему зеву ШМ, чем при использовании других методов. Шов дозированно стягивают спереди и сзади, затем закрывают разрезы слизистой оболочки. Ввиду высокой травматичности (потребность в адекватной анестезии, значимый риск кровотечения из операционной раны, развития гематом, травмирования мочевого пузыря) метод Широкара используется крайне редко.

Нет данных, указывающих на преимущество одной техники перед другой, поэтому, согласно ст. 70 Федерального закона N 323-ФЗ (касающейся сферы ответственности лечащего врача), выбор метода осуществляет хирург по своему усмотрению.

У резус-отрицательных женщин, беременных от резус-положительного партнера после проведения серкляжа при отсутствии резус-антител должна быть проведена профилактика резус-сенсibilизации путем внутримышечного введения антирезус-иммуноглобулина в дозе 300 мкг или 1500 МЕ, согласно принятому протоколу.

Осложнения серкляжа: хориоамнионит; ПРПО; смещение шва; ПР; дистоция ШМ; разрыв ШМ; формирование шеечно-влагалищного свища. Риск и характер осложнений зависит от того, наложен серкляж профилактически или экстренно (при выявлении пролабирования плодного пузыря).

Серкляж связан с увеличением потребности в медицинских вмешательствах (госпитализациях, введениях токолитиков). Подтвержден более высокий уровень кесаревых сечений, а также вдвое повышенный (в сравнении с общепопуляционным) риск лихорадки и сепсиса в послеродовой период у пациенток этой группы.

Серкляж должен быть удален в 36 - 38 нед. Вмешательство возможно без анестезии. При начале родовой деятельности серкляж нужно удалить как

можно раньше. Если это неосуществимо (например, вследствие прорезывания шва), серкляж удаляют после родов.

При ПР и отсутствии реакции на токолиз и/или подозрении на воспалительные осложнения показано немедленное удаление серкляжа.

В случае ПРПО при нормальных значениях СРБ (менее 5 нг/дл) и отсутствии клинических признаков хориоамнионита возможно отложенное удаление шва на период проведения курса профилактики РДС (48 ч) в сроке до 34 нед.

При ПРПО антибиотики по показаниям рекомендованы на весь период до родов, однако в соответствии с глобальной стратегией ВОЗ по сдерживанию устойчивости к противомикробным препаратам "1", эти показания должны быть императивными, обоснованными наличием воспалительного или дисбиотического процесса с установленным возбудителем или их сочетанием и определением антибиотикорезистентности. После родов продолжение приема антибактериальных средств не показано.

Трансабдоминальный серкляж. Трансабдоминальное наложение швов на ШМ является технически более сложным, чем трансвагинальная методика, сопровождается большим числом осложнений (раневая инфекция, кровотечение), в связи с чем, трансабдоминальный серкляж показан только в особых случаях.

Показания: две попытки трансвагинального цервикального серкляжа потерпели неудачу; анатомия ШМ не позволяет разместить вагинальный шов, например, после петлевой электроэксцизии ШМ или конус-биопсии; врожденная аномалия ШМ (например, удвоение ШМ) может затруднить вагинальный цервикальный серкляж; пациентки после трахелэктомии.

Хирургическая процедура - это элективная процедура, проводимая только акушером-гинекологом с хирургической подготовкой. Предпочтительным является лапароскопический серкляж по сравнению с традиционным лапаротомным доступом. Серкляж лапароскопическим или

лапаротомным доступом возможен вне беременности или в начале беременности.

Шовный материал: нерассасывающаяся лента или гибкий тонкий зонд, накрученный на конусовидную иглу Майо N 4 (обеспечивает большую эластичность). Натяжение шовного материала нужно регулировать так, чтобы была возможность прохождения цервикального канала расширителями Гегара N 5. Периоперационно следует провести антибиотикопрофилактику одной дозой антибиотика широкого спектра действия.

Снятие трансабдоминально наложенного шва на ШМ в большинстве случаев невозможно, в связи с прорастанием этой области окружающими тканями, в связи с чем, предпочтительно родоразрешение путем кесарева сечения, в том числе во втором триместре беременности, даже в случае неблагоприятного перинатального исхода. Шов может оставаться на месте при последующих беременностях.

Анестезия при выполнении серкляжа. При наложении серкляжа допустима как нейроаксиальная анестезия, так и общий наркоз. Убедительно доказано, что ни одна из этих методик не увеличивает концентрацию эндогенного окситоцина и не влияет на результаты операции.

При оказании анестезиологического пособия беременным анестезиологи-реаниматологи должны предусмотреть сохранение жизнеспособности плода, особенно в период раннего эмбриогенеза и органогенеза (14 - 56-й дни гестации), учитывая следующие соображения.

Препараты могут оказывать как прямое (фармакологическое), так и не прямое воздействие на плод (например, вазоактивные средства влияют на интенсивность плацентарного кровотока). Фармакологическая премедикация не показана из-за высокой вероятности тератогенного действия лекарственных средств. Необходимо обеспечить адекватную маточно-плацентарную перфузию путем поддержки АД и сердечного выброса, избегая вазоконстрикции у беременной.

После 20 недель гестации (и даже раньше при многоплодной беременности) может возникать синдром аорто-кавальной компрессии, с учетом чего следует выбирать положение тела пациентки при оперативном вмешательстве.

Необходимо организовать стандартный неинвазивный мониторинг состояния пациентки. Следует установить один периферический внутривенный катетер.

Акушерский (цервикальный) пессарий делает маточно-цервикальный угол более тупым, тем самым уменьшая гидравлическое давление плодного пузыря на внутренний зев. Подход может быть альтернативой серкляжу, однако сроки и условия его применения требуют дальнейших исследований [4, с. 51].

Показания; беременные, имеющие в анамнезе поздний самопроизвольный выкидыш или ПР до 34 недель, если при УЗИ выявлено укорочение сомкнутой части цервикального канала до 25 мм и менее до 24 недель - за исключением перечисленных ниже противопоказаний.

Противопоказания: начавшиеся ПР, преждевременная отслойка плаценты.

Условия наложения и дальнейшая тактика: срок выполнения вмешательства - 12 - 30 недель беременности, чаще всего - 15 - 20 недель. Место наложения - амбулаторное подразделение. Перед наложением пессария необходимо провести бактериоскопическое исследование содержимого цервикального мазка, при необходимости выполнить санацию влагалища.

Методика введения акушерского пессария «Доктор Арабин» (Германия). Пессарий вводится во влагалище в сагиттальной плоскости. В широкой плоскости полости малого таза разворачивается во фронтальную плоскость выпуклой стороной к шейке матки. Шейка должна находиться во внутреннем кольце пессария. После введения пессария следует убедиться, что не возникает болезненных ощущений, и пессарий не выпадает при натуживании. После введения пессария производится осмотр каждые 10-14 дней с целью

определения эффективности и обработки влагалища. Техника извлечения пессария обратна введению. После извлечения пессария производится санация влагалища. Нет необходимости периодического извлечения и промывания пессария. Показания для удаления пессария идентичны таковым при серкляже.

При одноплодной беременности пессарий, введенный только на основании укорочения ШМ до 25 мм и менее, не уменьшает частоту ПР и не улучшает перинатальные исходы. К настоящему времени показана эффективность пессария в уменьшении частоты ПР при укорочении ШМ на фоне беременности двойней. При многоплодной беременности применение прогестерона трансвагинально снижает частоту ПР, неонатальной заболеваемости и смертности у женщин с короткой ШМ. Серкляж при многоплодной беременности только на основании выявленного укорочения ШМ не рекомендован.

ГЛАВА 2. АНАЛИЗ ОСОБЕННОСТЕЙ ТАКТИКИ ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ПАЦИЕНТОК С ИСТМИКО– ЦЕРВИКАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

2.1. Организационная характеристика перинатального центра ОГБУЗ «БОКБ Святителя Иоасафа»

Для оказания помощи любой степени сложности беременным и новорожденным на базе ОГБУЗ «Белгородской областной клинической больницы Святителя Иоасафа» осуществляет свою деятельность учреждение третьего уровня оказания медицинской помощи – перинатальный центр, в котором функционирует на 485 коек, из них 110 коек для беременных и рожениц, 110 для новорожденных, 150 коек патологии беременности, 55 коек отделения патологии новорожденных и 60 гинекологических.

Акушерское отделение патологии беременности №2 осуществляет стационарную помощь беременным женщинам, направленную на раннюю диагностику и лечение осложнений беременности, генитальной и экстрагенитальной патологии, обеспечивает повышение качества базовой акушерской помощи, оказывает психопрофилактическую подготовку беременных к родам, внедряет в практику современные диагностические и лечебные технологии, новые организационные формы работы, средства профилактики и реабилитации больных.

Отделение рассчитано на 10 палат и 40 коек. В отделении работают 7 врачей: 4 – имеют высшую квалификационную категорию, 1 – вторую, 2 врача имеют ученую степень – кандидат медицинских наук.

В отделении работают 12 акушерок: первую категорию имеют – 3 акушерки, высшую – 3 акушерки.

2.2. Материалы и методы исследования

Данное исследование выполнялось с 2018 по 2019 гг. на базе дородового и родильного отделений ОГБУЗ «БОКБ Святителя Иоасафа». Проведён ретроспективный анализ клинических наблюдений за период 2018-2019 гг, по степени охвата исследование – не сплошное.

Выбраны 60 историй родов женщин с диагнозом ИЦН. Беременные в возрасте от 19 до 43 лет (средний возраст 34 года), с одноплодной беременностью на фоне ИЦН - 59 пациенток, с многоплодной беременностью после ЭКО на фоне ИЦН – 1 женщина.

Критерии включения в группу исследования: установленный диагноз ИЦН, ИЦН выявлена на сроке 12- 24 недели, живой плод в полости матки, целый плодный пузырь, нормальный тонус матки.

Критерии исключения: острые воспалительные заболевания малого таза, противопоказания к пролонгированию беременности, кровотечение на момент диагностирования ИЦН, ВПР плода.

Материал исследования по изучению течения беременности и исхода родов у женщин с ИЦН был распределен для последующей статистической обработки по следующим признакам: социально - биологические факторы (возраст, семейное положение, место жительства, социальный статус); анамнестические данные (паритет, аборты, преждевременные роды, мертворождение, гинекологические заболевания, соматическая патология); течение данной беременности (срок постановки на учет, осложнения данной беременности). Подробно изучено развитие ИЦН: при каком сроке беременности было диагностировано заболевание, определение длины цервикального канала, метод коррекции патологии, срок родоразрешения. Изучены истории развития новорожденного: масса плода и длина, а также течение послеродового и раннего неонатального периода.

2.3. Статистический анализ особенностей тактики ведения беременности и родов у пациенток с истмико – цервикальной недостаточностью

В ОГБУЗ «БОКБ Святителя Иоасафа» зарегистрировано 334 операции по коррекции истмико-цервикальной недостаточности у беременных. Из них в 2016 году было сделано 94 (28% случаев), в 2017 году – 101 (30%), в 2018 году – 139 (42%). Таким образом, в течение последних трёх лет количество оперативного лечения при данной патологии возросло на 12 – 14% (Рис. 1.).

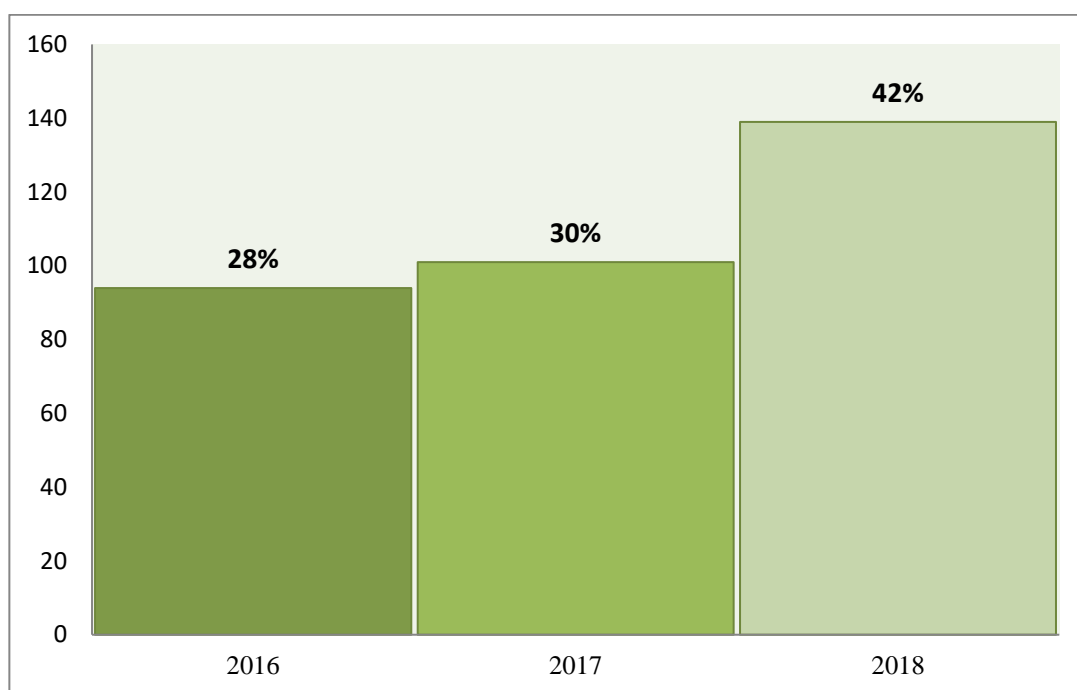


Рис. 1. Распределение количества операций у пациенток с ИЦН по данным акушерских отделений ОГБУЗ «БОКБ Святителя Иоасафа» с 2016 по 2018 гг.

Возрастной состав беременных с ИЦН - от 19 до 43 лет: до 20 лет - 2 %, от 20 до 29 лет - 27%, 30-34 года - 38%, 35 лет и более - 33%. Преобладают респондентки в возрасте старше 30 лет – 71%. Средний возраст в группе составил 34 года (Рис. 2.).

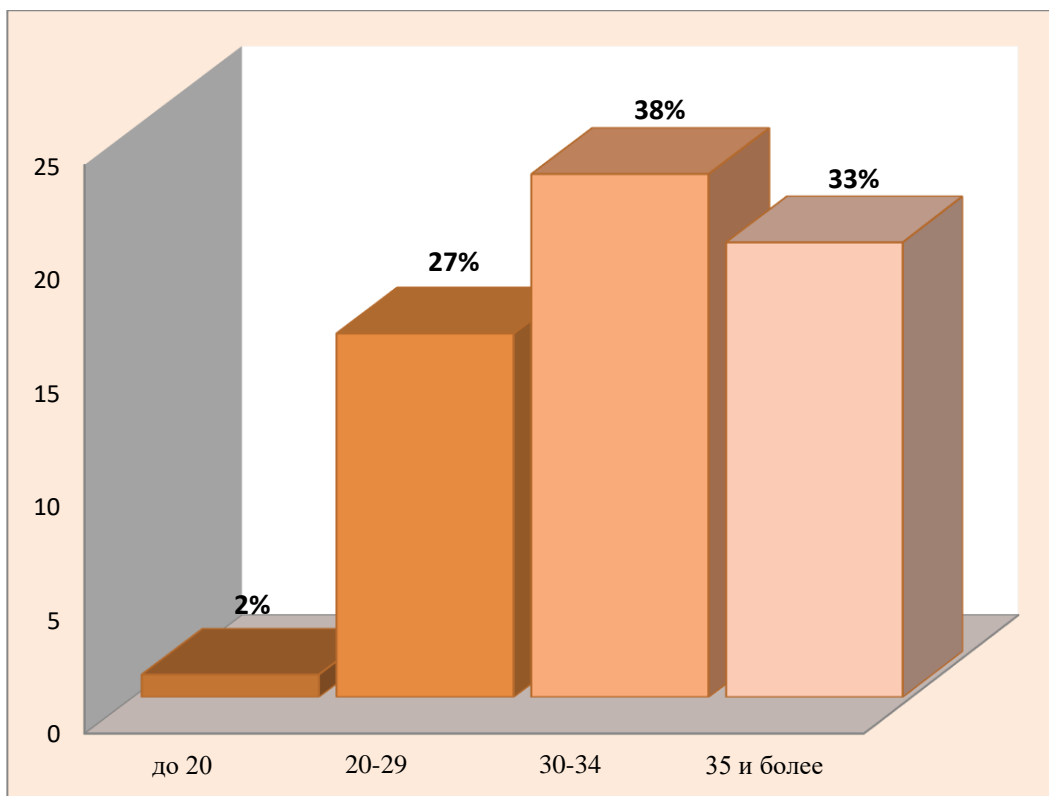


Рис. 2. Возрастные категории исследуемых женщин

Среди пациенток с ИЦН преобладали городские женщины - 55% (Рис. 3.).

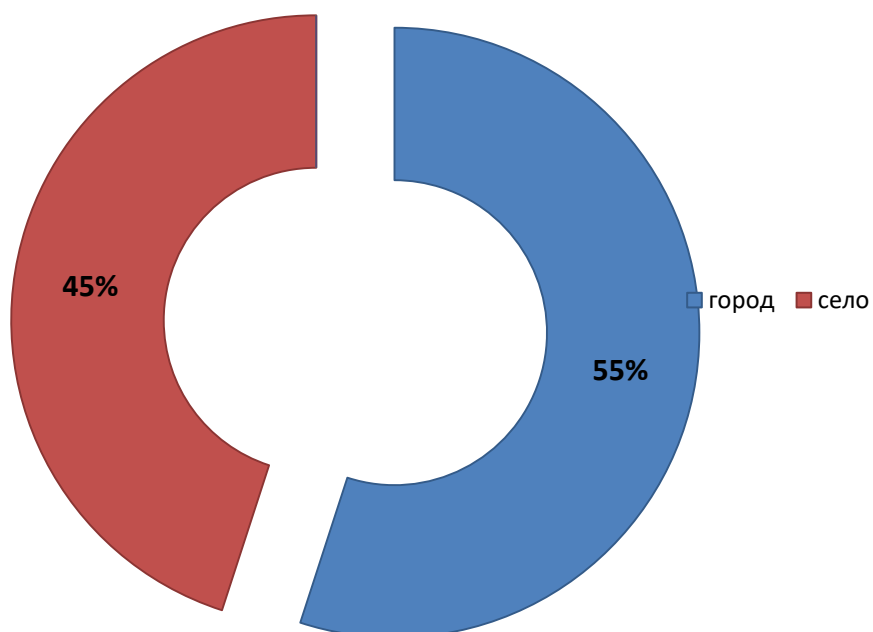


Рис. 3. Распределение женщин по месту жительства

В официальном браке жили 77% респонденток, в гражданском – 18%, одинокими себя назвали – 5% (Рис.4.).

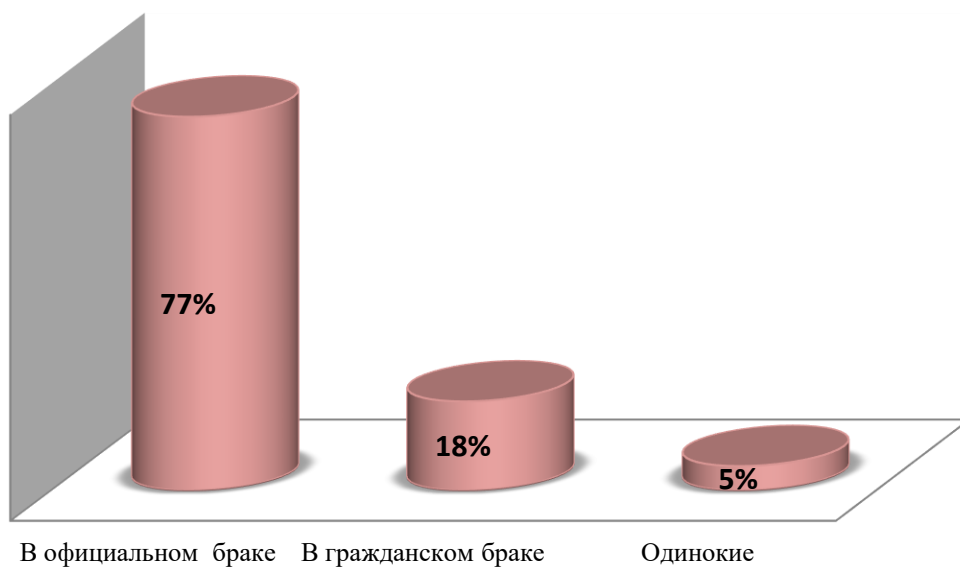


Рис.4. Семейный статус исследуемых женщин

В группе 77% пациенток работали, домохозяйками являлись 22%, учащиеся составляли 1% (Рис.5.).

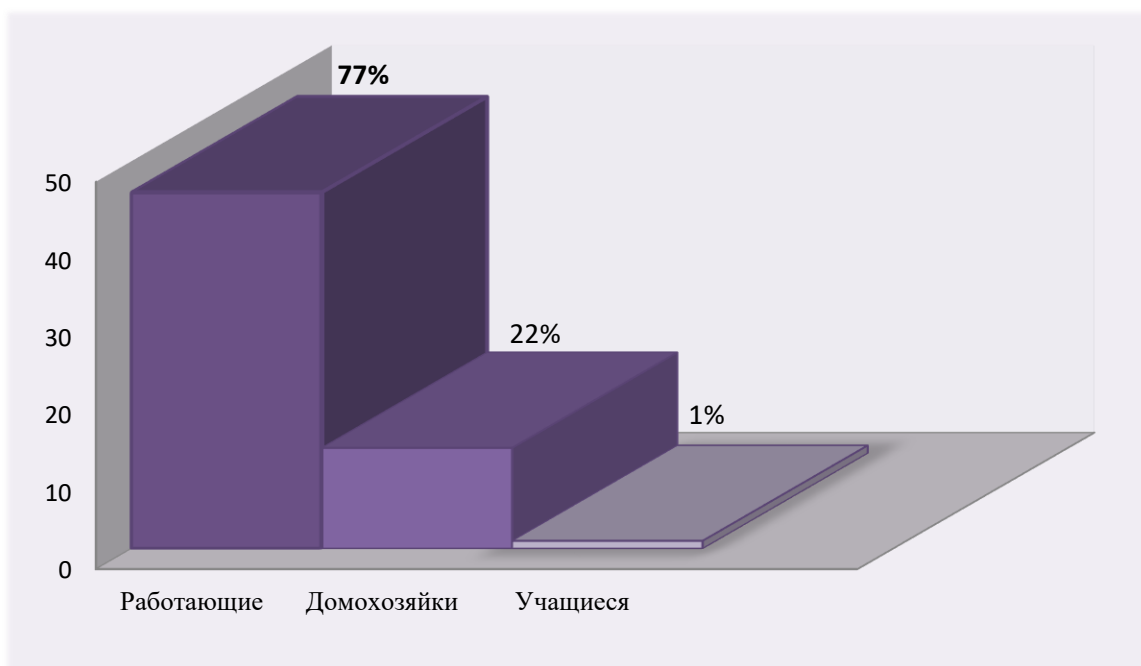


Рис. 5. Социальное положение в группе

Высшее образование имели 48% пациенток, среднее –32%, у 20% не было необходимых данных по данному вопросу (Рис. 6.).

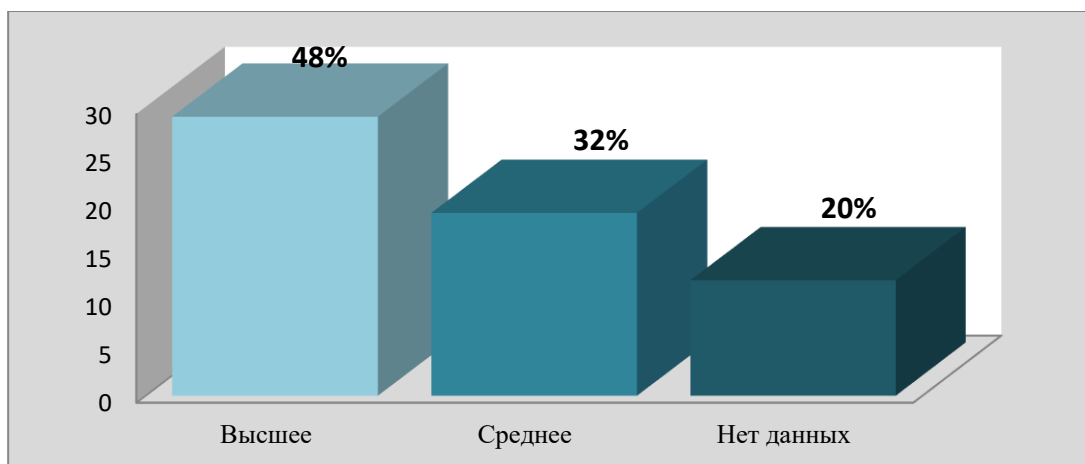


Рис. 6. Образовательный ценз респонденток

Акушерско-гинекологический анамнез респонденток с истмико-цервикальной недостаточностью

В исследуемой группе преобладали повторнобеременные - 52 женщины (90%) и повторнородящие – 44 пациентки (73%).

Отягощенный акушерско-гинекологический анамнез имели 51 (84,8%) беременная, который обусловили осложненные искусственные аборты, оперативные вмешательства на матке (кесарево сечение, миомэктомии) (Рис. 7.).

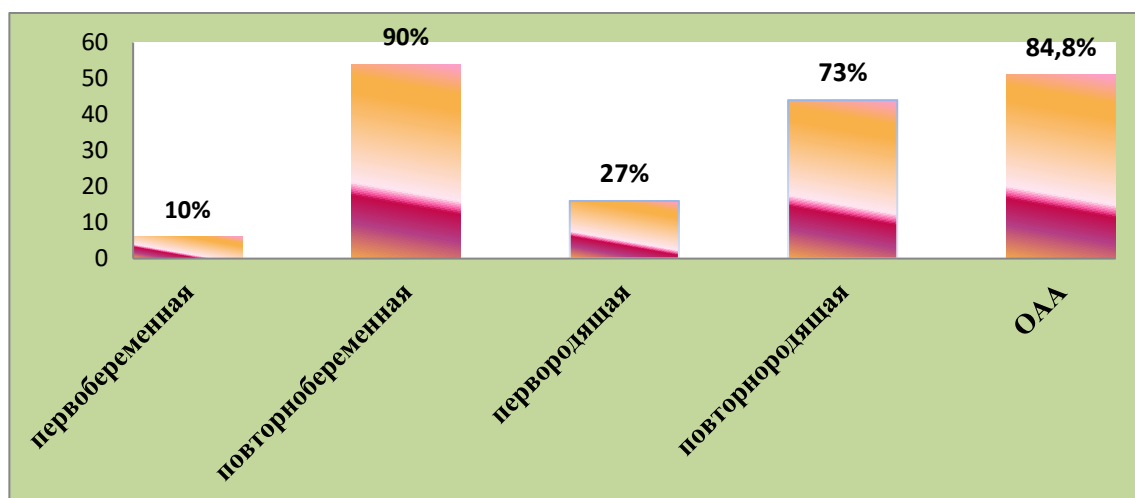


Рис. 7. Паритет в исследуемой группе

Следует обратить внимание на количество беременностей исследуемых женщин. Так, данная беременность была первой только у 10% респонденток, второй - у 20%, третьей - у 14%, четвертой - у 26%, пятой - у 17%, шестой – у 3% и так далее, т.е. они имели в анамнезе по довольно много беременностей, которые заканчивались родами, в том числе преждевременными и/или самопроизвольными выкидышами и/или искусственными абортами, во время которых могла травмироваться шейка матки (Таблица 1).

Таблица 1

Кратность беременностей в группе исследования

Беременность по счету	Кол-во женщин (%)
Первая	10%
Вторая	20%
Третья	14%
Четвертая	26%
Пятая	17%
Шестая	3%
Седьмая	3%
Восьмая	2%
Девятая	5%

Искусственные аборты в анамнезе имели 28 (52%) женщин, самопроизвольные выкидыши – 11 (21%), неразвивающуюся беременность – 7 (12%), эктопическую беременность – 4 (8%), преждевременные роды – 3 (5%), антенатальную гибель плода – 1 (2%) (Рис. 8.).

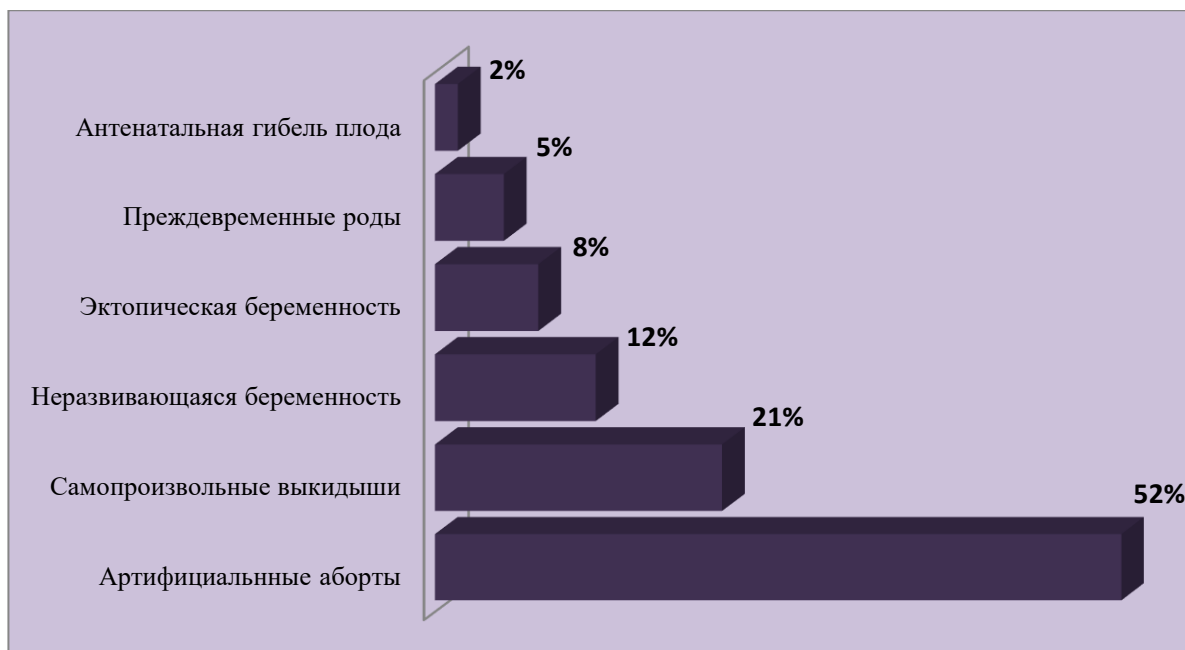


Рис. 8. Репродуктивные потери у женщин с ИЦН

Следует подчеркнуть, что больше половины пациенток (83%) перенесли внутриматочные вмешательства с расширением цервикального канала (выскабливание полости матки, гистероскопия), при этом 51% из них в анамнезе имели две и более манипуляции (Рис. 9.).

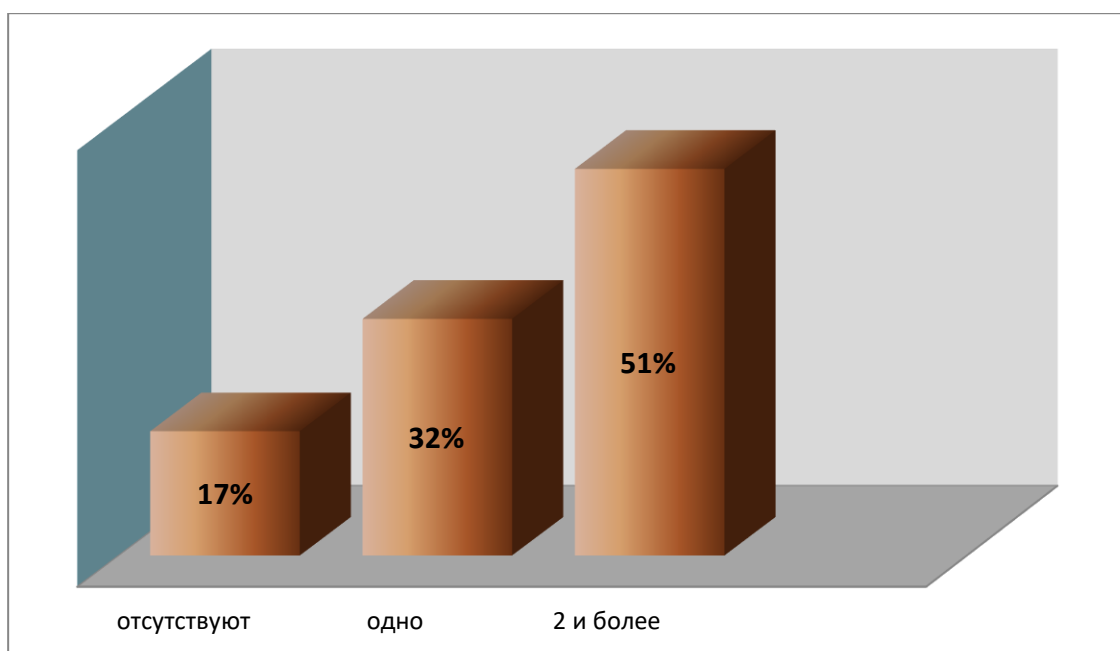


Рис. 9. Анализ внутриматочных вмешательств у респонденток

Среди гинекологической патологии в группе исследования преобладали: эктопия шейки матки - 32% случаев, хронический аднексит - 20%, эндометриоз - 17%, кандидозный кольпит – 10%, бесплодие и хламидиоз составили по 8% случаев, апоплексия яичника – 5% (Рис. 10.).

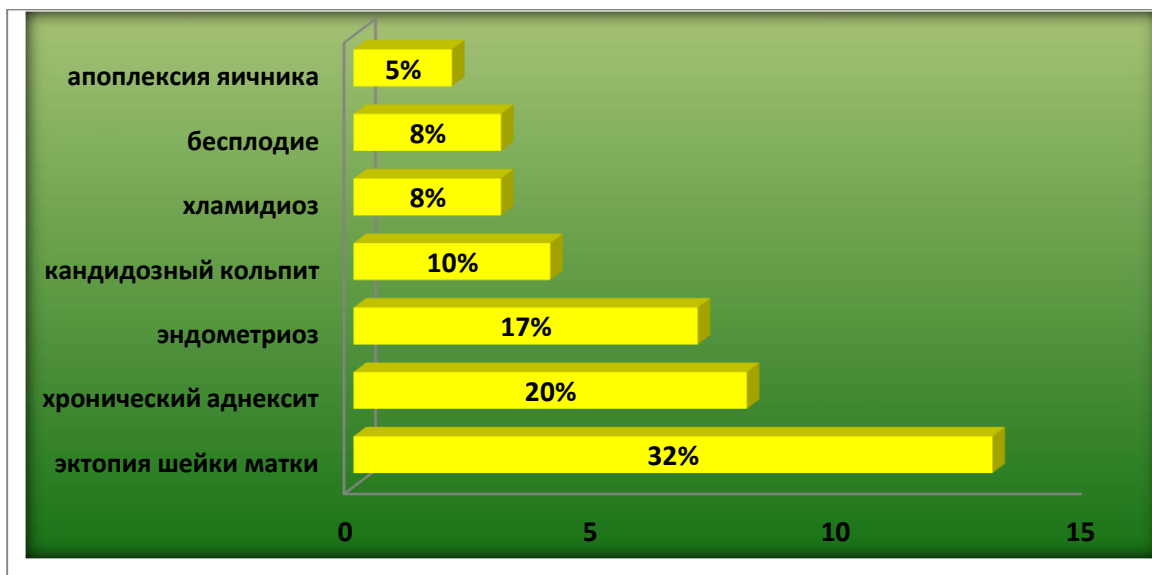


Рис. 10. Структура гинекологической патологии у беременных с ИЦН

В связи с тем, что у респонденток были фоновые заболевания шейки матки (ШМ), а в родах разрывы, то в 32% случаев отмечены хирургические вмешательства на ШМ (Таблица 2).

Таблица 2

Структура хирургических манипуляций на шейке матки в группе исследования

Вид хирургического вмешательства на ШМ	Количество случаев в абсолютных числах (n) и в процентах (%)	
	n	%
Диатермокоагуляция, диатермоэлектрорезекция	9	15
Ушивание разрывов шейки матки после родов	10	17
Всего	19	32

Сопутствующая соматическая патология у беременных с ИЦН

В структуре экстрагенитальной патологии у респонденток на первый план выступили: ожирение экзогенно – конституциональное (ожирение э/к) – 38% случаев, хронический пиелонефрит и миопия - по 25%, сахарный диабет (СД) - 11%, артериальная гипертензия (АГ) – 9%, эутериоз - 7% (Рис. 11.).

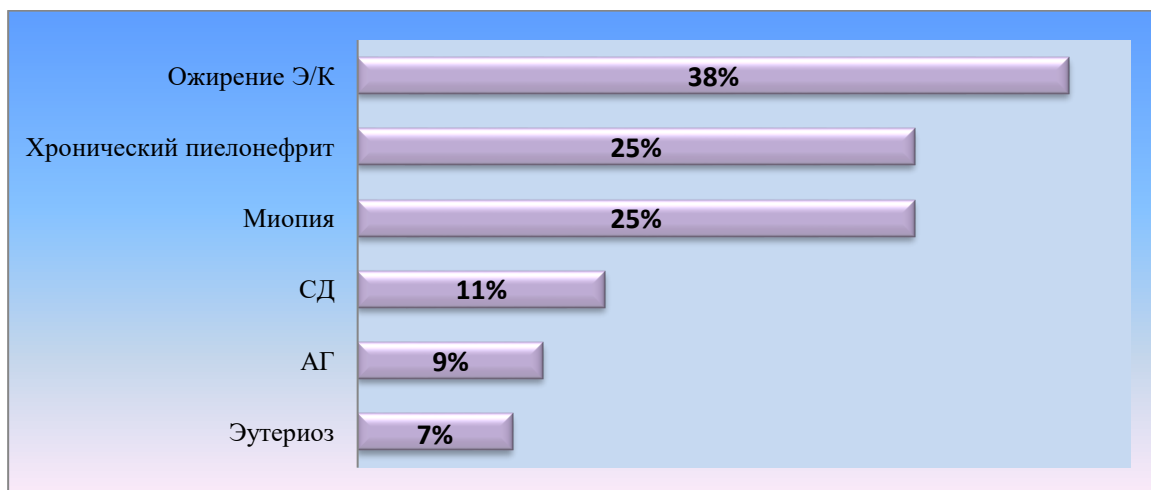


Рис. 11. Распределение соматических заболеваний у женщин с ИЦН

Учитывая, что среди экстрагенитальной патологии превалирует ожирение, мы определили, у каждой беременной, индекс массы тела (ИМТ) по формуле Кетле. В результате: избыточную массу тела имели 42% беременных, ожирение первой степени – 25%, второй – 10%, третьей – 3% (Таблица 3).

Таблица 3

Распределение пациенток с ИЦН по ИМТ

ИМТ Кетле	Телосложение	Количество случаев, %	
Менее 18,5	Дефицит m	-	-
18,5-24,9	Норма	12	20%
25-29,9	Избыточная m	25	42%
30-34,9	Ожирение I	15	25%
35-39,9	Ожирение II	6	10%
40 и более	Ожирение III	2	3%

Вредные привычки (курение) имели 22% женщин с ИЦН, 78% вели здоровый образ жизни (ЗОЖ) (Рис.12.).

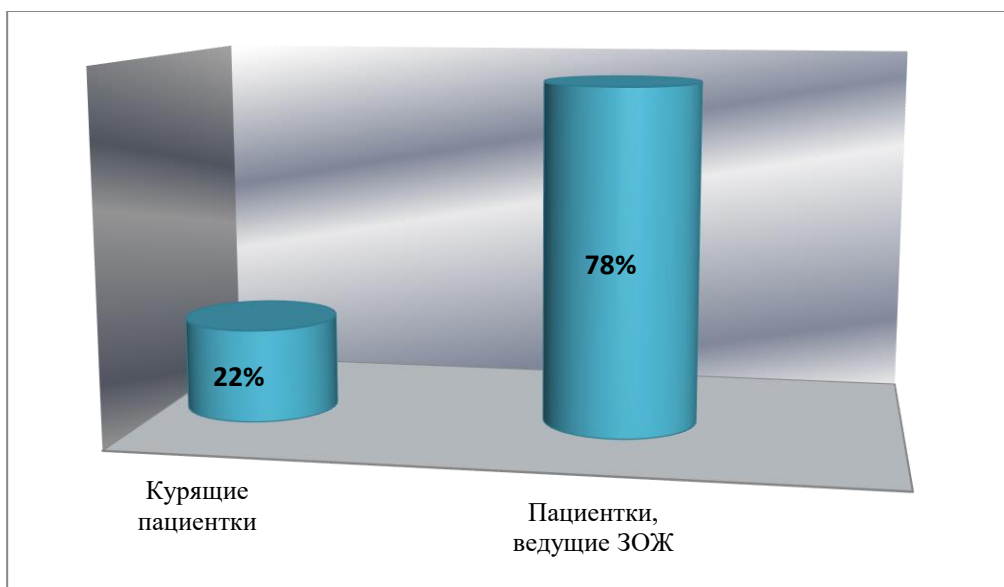


Рис. 12. Соотношение курящих и ведущих ЗОЖ беременных

Особенности течения беременности при ИЦН

У всех беременных с ИЦН зарегистрирована ранняя (до 12 недель) явка в женскую консультацию (ж/к) (Рис. 13.).

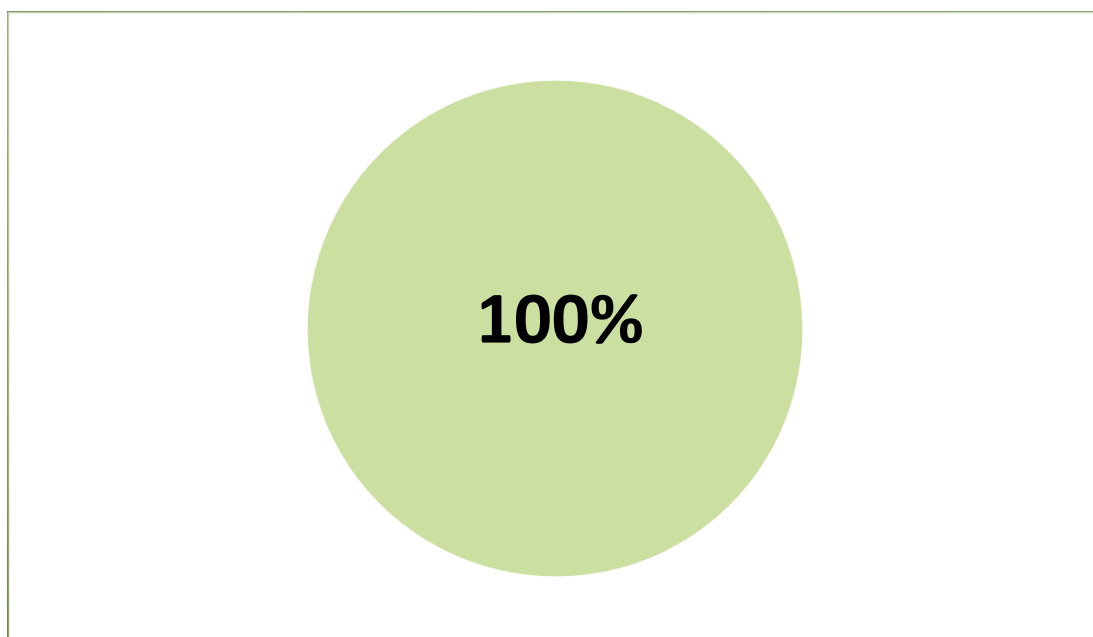


Рис. 13. Ранняя первичная явка беременных в ж/к

Беременность респонденток осложнилась угрозой прерывания в 100% случаев, железодефицитной анемией беременных (ЖДА)- в 26%, многоводием - в 22%, хронической фетоплацентарной недостаточностью (ХФПН) – в 17%, гестоз и неправильные положения плода составили по 14% случаев, внутриутробное инфицирование (ВУИ) – 7%, многоплодие – 2% (Таблица 4).

Таблица 4

Особенности течения беременности при ИЦН

Осложнения гестации	Количество в %
Угроза прерывания беременности	100%
ЖДА беременных	26%
Неправильное положение плода	14%
Многоводие	22%
ХФПН	17%
ВУИ	7%
Гестоз различной степени тяжести	14%
Многоплодие (после ЭКО)	2%

Результаты обследования и лечения

Длина шейки матки, определенная при трансвагинальной ультразвуковой цервикометрии у исследуемых женщин, составляла: от 2,5 до 3 см – 13% случаев, от 1,5 до 2,5 см - 48%, до 1,5 см – 39% (Рис. 14.).

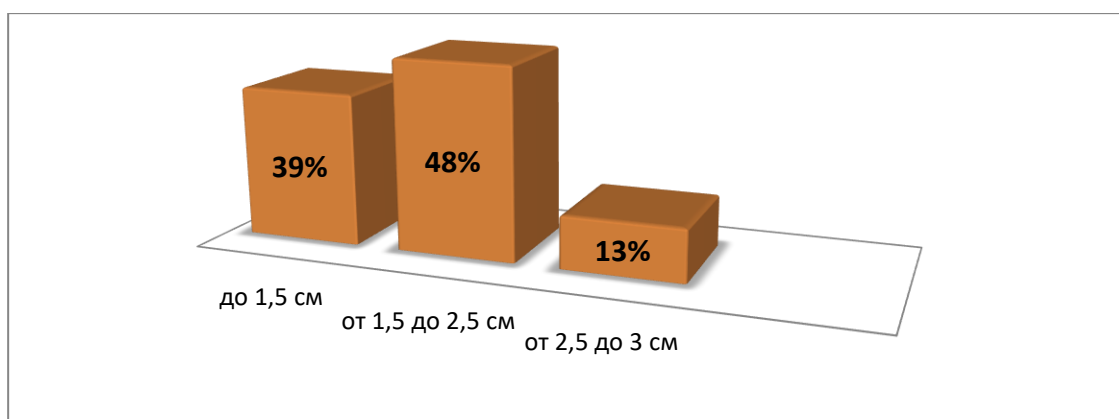


Рис. 14. Распределение длины ш/м по данным ультразвуковой цервикометрии

Коррекция ИЦН была проведена в сроки: с 12 до 14 недель беременности у 18% женщин, с 15 до 18 недель – у 40%, с 19 до 21 недели – у 30%, после 22 недель - у 12% (Рис 15.).

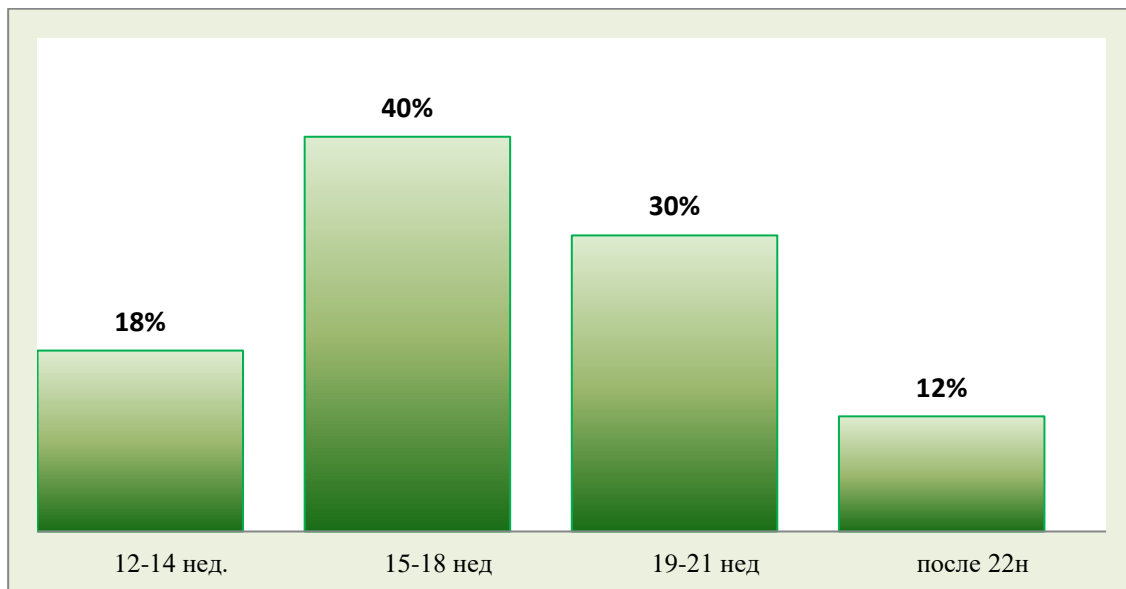


Рис. 15. Сроки проведения коррекции ИЦН у исследуемых женщин

Серкляж по Мак-Дональду был проведен у 63% (38) пациенток с ИЦН в сроки с 14 по 21-ю неделю беременности, разгрузочный акушерский пессарий Dr. Arabin - у 37% (22) женщин в период с 15 до 22-х недель (Рис. 16.).



Рис.16. Соотношение методов коррекции ИЦН в исследуемой группе

Следует отметить, что в ранние сроки беременности превалировал в коррекции ИЦН цервикальный серкляж, а в более поздние – акушерский пессарий (Рис. 17.).

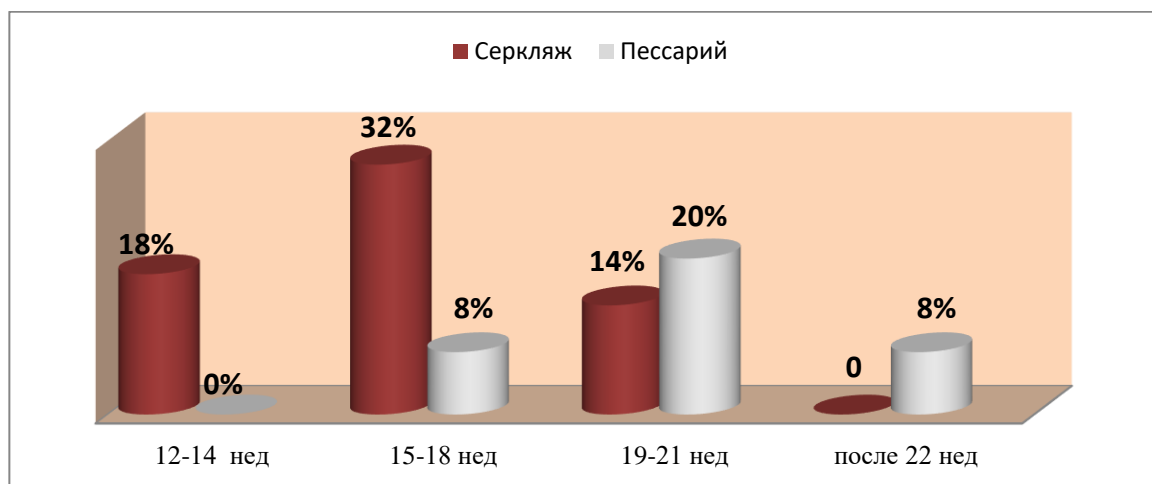


Рис. 17. Распределение методов коррекции ИЦН по срокам беременности

Установлено, что после проведенной коррекции ИЦН, исследуемые пациентки получали гестагенотерапию (микронизированные прогестерон) интравагинально в 28% случаях, сохраняющую терапию в стационаре по поводу угрозы преждевременных родов – в 55%, в том числе в 11% случаев применялись токолитики (Рис. 18.).

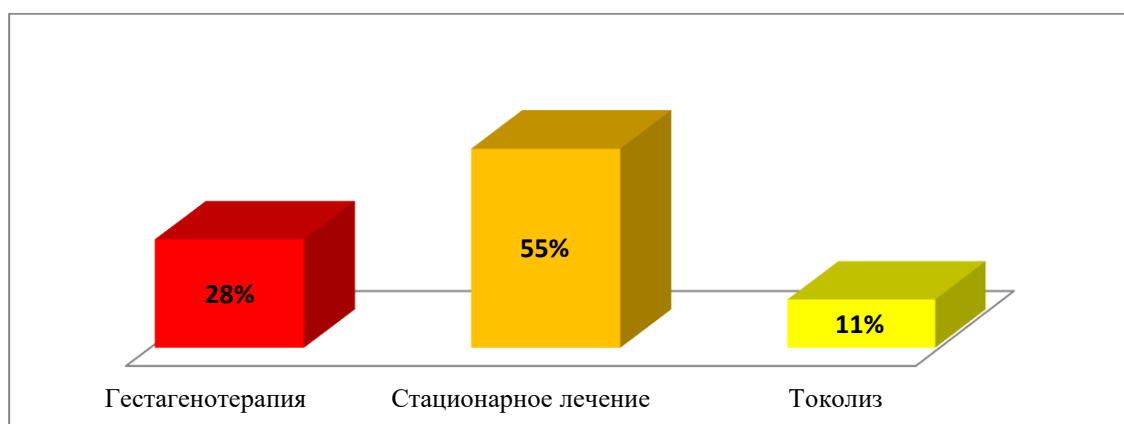


Рис. 18. Особенности ведения беременности у женщин с ИЦН после коррекции

Срок гестации на момент завершения был у 70% респонденток более 37-и недель, у 30% - от 28 до 36 недель включительно (Рис. 19.).

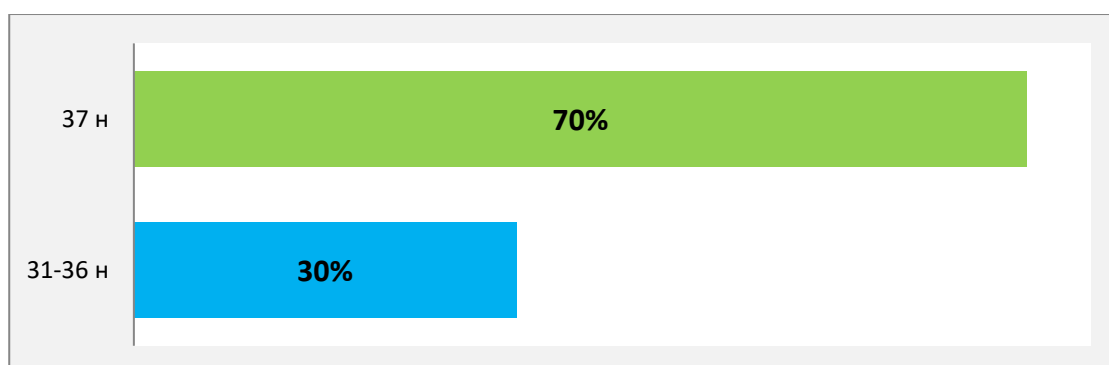


Рис. 19. Срок гестации на момент завершения

После хирургической коррекции по Мак-Дональду родоразрешились в срок 32 (84%) пациентки. У 4 (11%) пациенток произошли преждевременные роды в сроке от 34 до 37 недель беременности и у 2 (5%) в сроке от 28 до 33 (Таблица 5).

Таблица 5

Исходы беременности в группе исследования в зависимости от срока проведения хирургической коррекции ИЦН

Показатели	Серкляж в 12-14 недель	Серкляж в 15-18 недель	Серкляж после 19 нед
Всего пациенток	11	19	8
Преждевременные роды (ПР) всего:	-	4	2
-ранние ПР (28-33 нед.)	-	2	-
- ПР (34-37 нед.)	-	2	2
Срочные роды	11	15	6
Доношенные новорожденные	11	15	6
Недоношенные новорожденные		4	3

Среди пациенток, получивших коррекцию ИЦН при помощи акушерского пессария Dr. Arabin, беременность закончилась преждевременными родами у 5 (8%) и 17 (28%) родоразрешились в срок (Таблица 6).

Таблица 6

Исход беременности при проведении коррекции ИЦН пессарием

Показатели	Пессарий в 12-14 недель	Пессарий в 15-18 недель	Пессарий после 19 недель
Всего пациенток	-	5	17
ПР всего:	-	-	5
-ранние ПР (28-33 нед.)	-	-	3
- ПР 34-37 нед.	-	-	2
Срочные роды	-	5	12
Доношенные новорожденные	-	5	12
Недоношенные новорожденные	-	-	5

Per vias naturales в группе исследования родили 57% (34) пациенток, оперативным родоразрешение было в 43% (26) случаев (Рис. 20.).

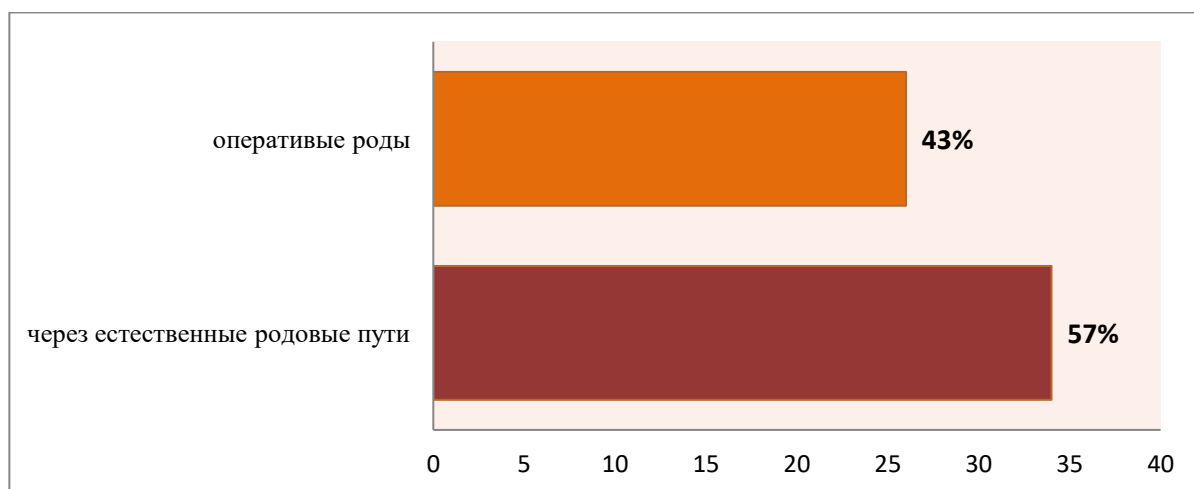


Рис. 20. Способы родоразрешения женщин с ИЦН

Ведущим показанием к оперативному родоразрешению был рубец на матке в 54% случаев, неправильные положения плода – в 15%, крупный плод и преэклампсия – по 11%, предлежание плаценты – в 7%, многоплодие после ЭКО в 2% (Рис. 21.).

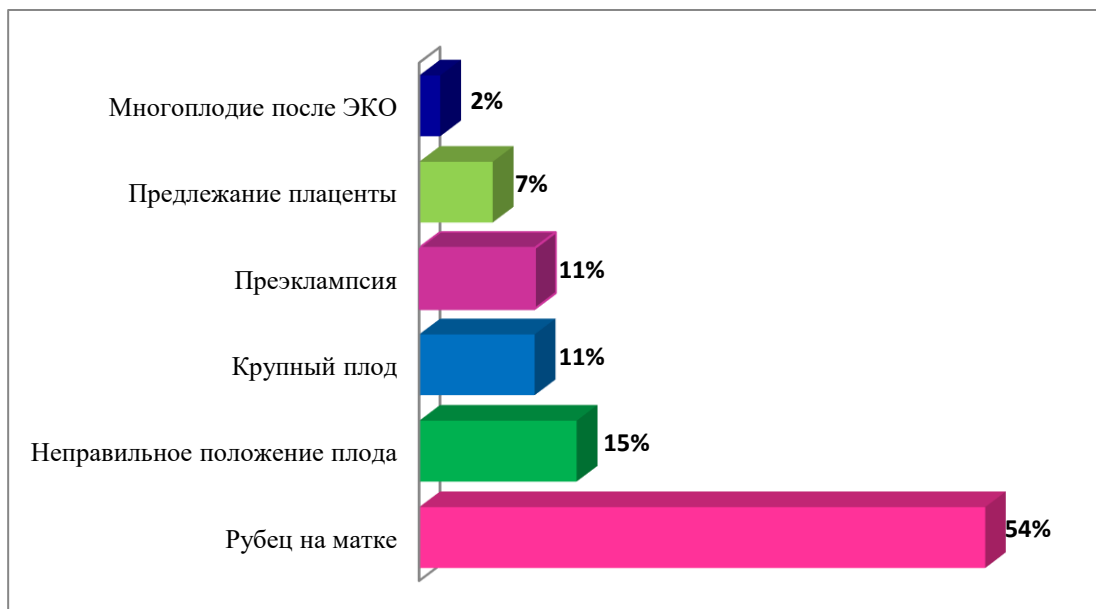


Рис. 21. Показания к оперативному родоразрешению у пациенток с ИЦН

Основными осложнениями в родах *per vias naturales* были: преждевременное и раннее излитие околоплодных вод (ОВ) – 38%, аномалии родовой деятельности - 11%, разрывы шейки матки различной степени – 51% (Таблица 7).

Таблица 7

Распределение осложнений в родах через естественные родовые пути в группе исследования

Наименование осложнений	Количество, %
Преждевременное и раннее излитие ОВ	38%
Аномалии родовой сил	11%
Разрывы шейки матки	51%

Данные о новорождённых в группе исследования

У респонденток родились 29 (48%) мальчиков и 32 (52%) девочки (Рис. 22.).

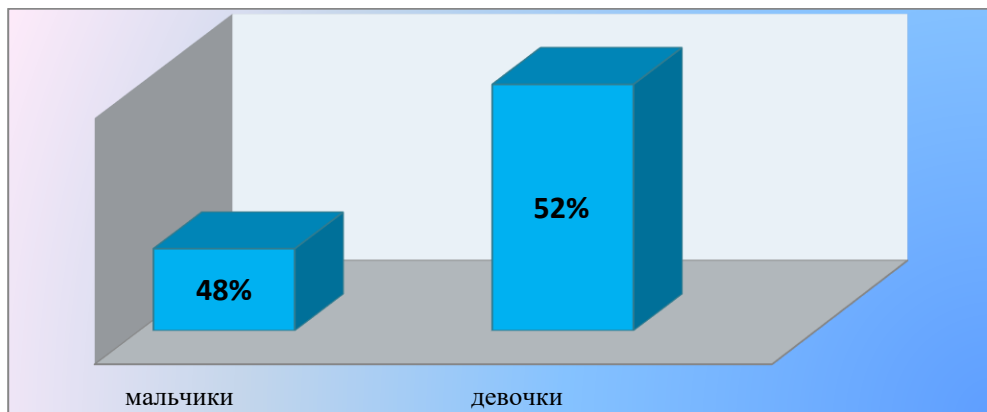


Рис. 22. Распределение новорожденных от женщин с ИЦН по полу

Дети, рожденные от матерей после проведенного серкляжа имели следующий средний рост: ранние преждевременные роды (28-31н.) – 40 см, преждевременные роды (32-36н.) – 45см, срочные роды (37-42н.) – 54 см.

Практически такие же параметры имели дети, рожденные женщинами, перенесшими коррекцию ИЦН с помощью акушерского pessaria: ранние преждевременные роды (28-31н.) – 37 см, преждевременные роды (32-36н.) – 42см, срочные роды (37-42н.) – 52 см (Рис. 23.).

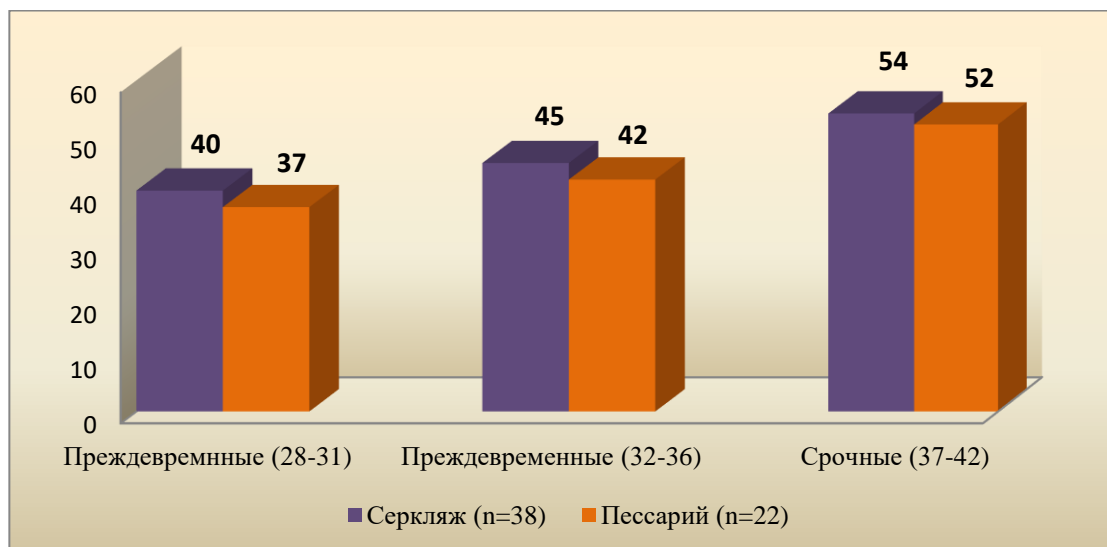


Рис. 23. Средний рост детей от женщин группы исследования

Средняя масса тела новорожденных у матерей после серкляжа распределилась таким образом: ранние преждевременные роды (28-31н.) – 1770 гр., преждевременные роды (32-36н.) – 2466 гр., срочные роды (37-42н.) – 3519 гр. У детей от женщин, перенесших коррекцию ИЦН при помощи пессария, средняя масса тела составила: при ранних преждевременных родах (28-31н.) – 1095 гр., при преждевременных родах (32-36н.) – 2053 гр., при срочных родах (37-42н.) – 3310 гр. (Рис. 24.).

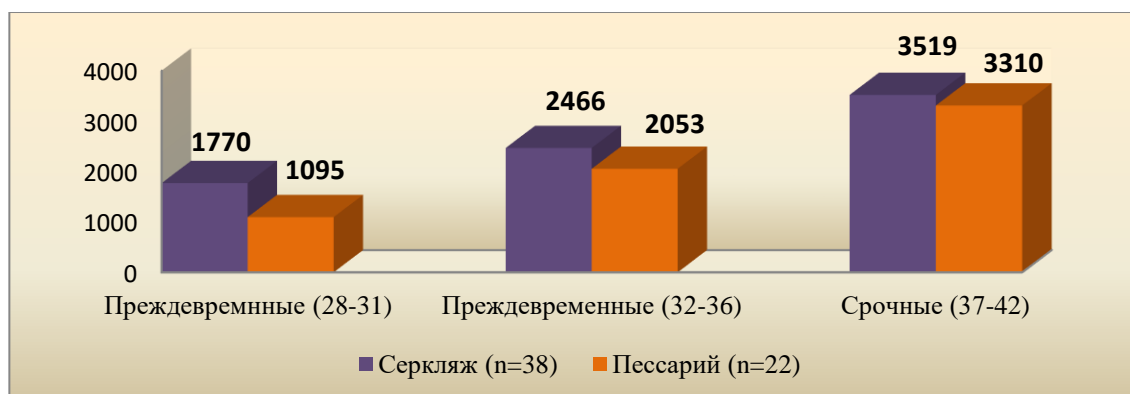


Рис. 24. Распределение средней массы новорожденных от пациенток с ИЦН

Оценка состояния детей по шкале Апгар составила 4-5 баллов в 2% случаев, 5-6 баллов также в 2%, 6-7 баллов – в 3%, 6-8 баллов – в 2%, 7-7 баллов – в 8%, 7-8 баллов – в 12%, 8-8баллов – в 25%, 8-9 баллов – в 38%, 9-9 баллов – в 8% (Рис. 25).

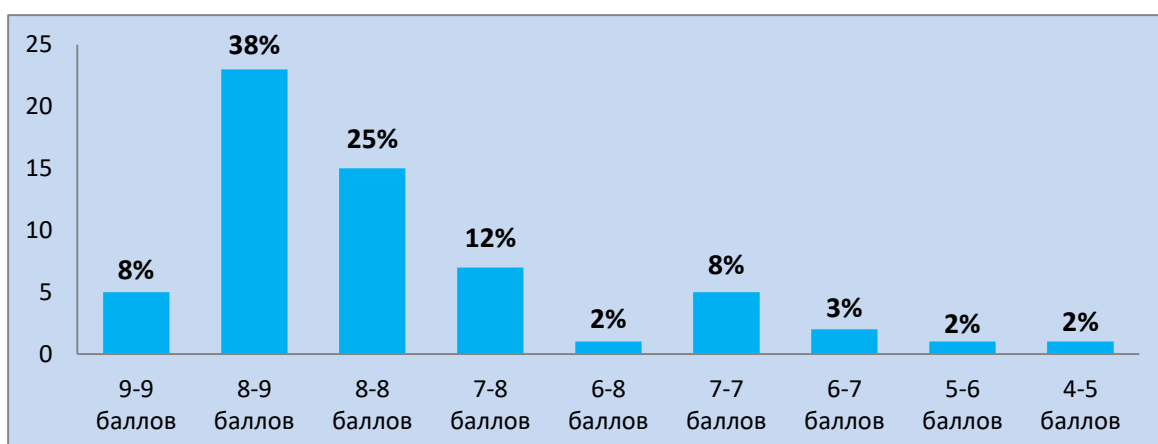


Рис. 25. Оценка состояния детей, рожденных от респонденток с ИЦН, по шкале Апгар

В патологию новорожденных (ОПН) было переведено 8%, выписано домой – 92% детей (Рис.26.).

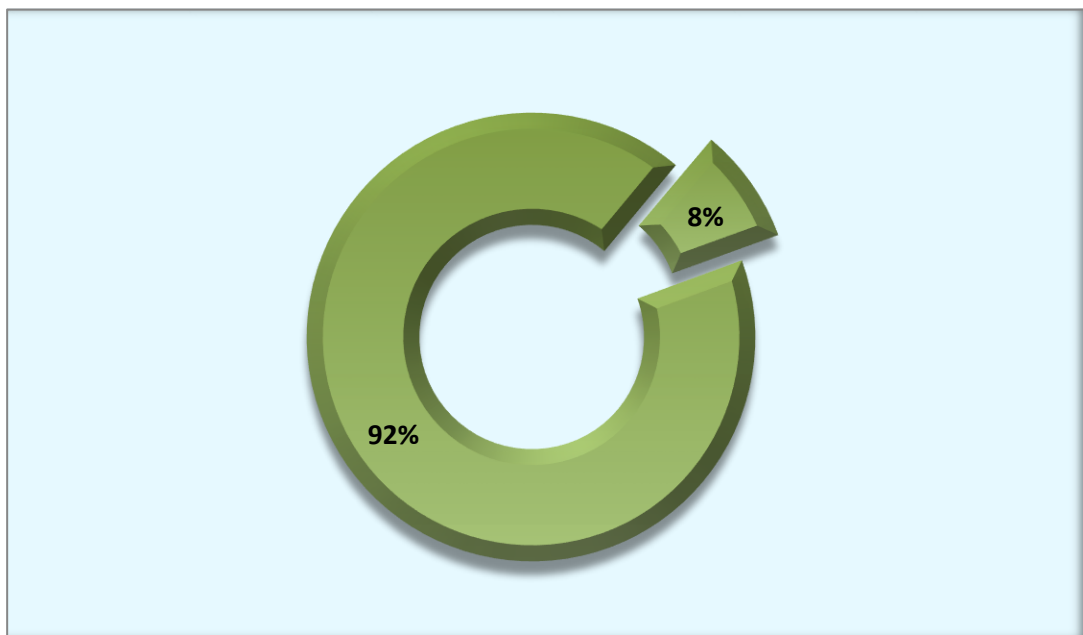


Рис.26. Соотношение выписанных и переведенных в ОПН новорождённых детей от женщин с ИЦН

После родов на четвертые и седьмые сутки было выписано домой по – 14% пациенток, на пятые сутки – 32%, на шестые сутки – 34%, на восьмые – 6% (Рис. 27.).

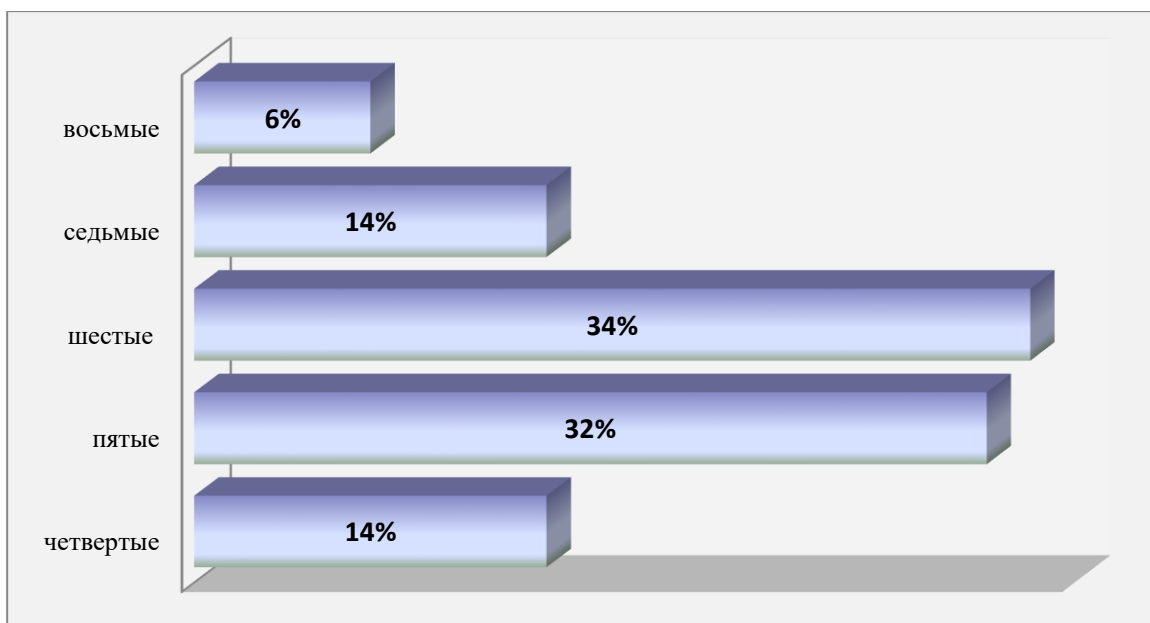


Рис. 27. Сроки выписки пациенток в исследуемой группе

Выводы:

1. По результатам нашего исследования частота коррекции ИЦН значительно выросла за последние три года на 12 – 14%, что можно объяснить наличием у респонденток разного рода травм ш/м в прошлом (51%), абортами (52%), оперативным лечением патологии ш/м (32%), многоводием (22%), крупным плодом (11%), многоплодной беременностью (3%).

2. Проведенное нами исследование подтвердило, что к факторам риска возникновения ИЦН относится возраст старше 30 лет (71%), избыточный вес (42%+38%), многократные беременности (70%), наличие в анамнезе поздних самопроизвольных выкидышей и преждевременных родов (21%+5%), два и более внутриматочных вмешательства с расширением цервикального канала (51%), оперативные вмешательства на яичниках, бесплодие, беременность, наступающую в результате экстракорпорального оплодотворения (3%). Поэтому существует необходимость тщательного обследования шейки матки уже на этапе прегравидарной подготовки, особенно среди пациенток с привычным невынашиванием беременности для определения группы риска развития ИЦН, а при беременности, начиная с 16 нед. гестации, у беременных должна проводиться оценка состояния шейки матки с помощью трансвагинальной эхографии.

3. Делая ретроспективный анализ историй родов, мы составили медико – социальную характеристику женщины с ИЦН. Этой пациентке за 30 лет, про неё можно сказать, что она – женщина с анамнезом, причем, отягощенным, у неё было много беременностей, много родов, искусственных абортов и выкидышей. В её гинекологическом анамнезе на первом месте – фоновая патология ш/м, по поводу которой применяли ДЭК и ДЭЭ. Среди экстрагенитальной патологии превалирует ожирение э/к (38%), которое часто бывает фоном для гормональных нарушений. В социальном плане она благополучна: имеет высшее образование, живёт и работает в городе, официально замужем и ведёт ЗОЖ.

4. Основными клиническими проявлениями ИЦН у всех респонденток были симптомы угрозы прерывания беременности.

5. Главным методом лечения ИЦН в группе исследования была хирургическая коррекция наложением серкляжного шва по МакДональду (68%), в остальных случаях был установлен разгрузочный акушерский пессарий Dr Arabin (32%).

6. Течение беременности у всех респонденток было осложненным (угроза прерывания беременности, ЖДА, гестозы, ХФПН и т.д.). В исследуемой нами группе преобладали срочные роды (70%), хотя на преждевременные роды (ПР) пришелся большой процент (30%). Однако, по данным литературы, несмотря на проводимое лечение до 80% беременностей у пациенток с ИЦН завершаются ПР.

7. Учитывая данные нашего исследования, можно утверждать, что для профилактики ИЦН необходимо рационально вести роды (профилактика акушерского травматизма), применять современные контрацептивные средства (профилактика аборт), регулярно посещать гинеколога (профилактика и своевременное лечение заболеваний ш/м).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В процессе проведенного анализа было установлено, что среди беременных с ИЦН достоверно высокий процент (90%) пациенток, у которых беременность наступала повторно. Репродуктивные потери в анамнезе были не менее, чем у 80%. Повторнородящие составляли не менее 73%. Травматические повреждения ШМ в анамнезе у 51% обследуемых. Беременность с помощью ВРТ наступила у 3% пациенток, многоплодная беременность у 1%, многоводие у 22%. Все это позволяет выделить перечисленные группы пациенток, как с повышенным риском развития ИЦН, это согласуется с данными большинства авторов [24, с. 238], указывающих на то, что женщины с критериями, перечисленными выше, чаще страдают ИЦН.

ИЦН среди исследуемых, преимущественно была диагностирована при сроке 12–18 недель беременности (58%).

Среди беременных предлежание плаценты описано в 7% случаев, что являлось дополнительным фактором риска преждевременных родов.

Анализ экстрагенитальной патологии выявил большой процент ожирения (38), что повышает риски при проведении любых оперативных вмешательств, в том числе при наложении кругового шва на ШМ.

Остановливаясь более подробно на исходах беременности, необходимо отметить, что на долю преждевременных родов, в том числе ранних преждевременных и срочных родах пришлось 30%. При оценке исследуемых групп (методы коррекции ИЦН) относительно недели родоразрешения между собой, достоверно не было выявлено значимых различий. Эти группы были сравнены по массе и росту, и опять статистически значимых различий между ними не было обнаружено. Все вышеперечисленное говорит о нулевой гипотезе, т.е. на исходы беременности в данной выборке не влияет методы коррекции. Что можно трактовать, как одинаковую эффективность разных

методов коррекции ИЦН и правильность назначения лечения среди обследованных.

Таким образом, можно судить об эффективности предлагаемых методик и персонализированном подходе к коррекции ИЦН во время беременности, которые позволяют снизить число поздних самопроизвольных абортов и преждевременных родов во 2 и 3 триместрах. В настоящее время имеет значение не только выбор оптимального способ коррекции ИЦН, но и возможность ее прогнозировать и своевременно диагностировать, снижая количество неблагоприятных исходов беременности при несостоятельности ШМ.. Профилактические мероприятия проводят вне и во время беременности. Всех женщин после самопроизвольного аборта и преждевременных родов берут на диспансерное наблюдение, включающее специальное обследование и лечение выявленных отклонений. Во время беременности выделяют группу риска по невынашиванию, намечают сроки и способы лечебно-профилактических мероприятий санация очагов инфекции, трудоустройство, создание оптимальных условий для развития беременности. Всех беременных с самопроизвольными выкидышами в анамнезе госпитализируют для обследования и лечения.

По результатам проведенного исследования была подготовлена и распространена среди пациенток памятка «Профилактика истмико-цервикальной недостаточности» (Приложение 4).

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ

1. Приказ Минздрава России от 28 декабря 2018г. №572н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)»».

2. Айламазян Э.К. Акушерство. Национальное руководство [Текст] / Э.К. Айламазян; В.И. Кулаков, В.Е. Радзинский — Москва: ГЕОТАР-Медицина, 2016. — 187-190, 352-354с.

3. Барсуков А.Н. Оперативное лечение истмико-цервикальной недостаточности [Текст] /А.Н. Барсуков; О.С. Сушкова— 2-е изд., перераб. и доп. — Москва: Охрана материнства и детства, 2016. — 60с.

4. Баскаков П.Н. Коррекция истмико-цервикальной недостаточности акушерским разгружающим пессарием [Текст] /П.Н. Баскаков; А.Н. Торсуев — Москва: Охрана материнства и детства №1, 2017. — 49-52с.

5. Гайдуков С.Н. Истмико-цервикальная недостаточность. Хирургические и консервативные методы коррекции [Текст] /С.Н. Гайдуков; В.О. Отласов, О.И. Лосева — Санкт-Петербург: 2016. — 32с.

6. Доброхотова, Ю.Э. Диагностика и тактика ведения пациенток с истмико-цервикальной недостаточностью [Текст] /Ю.Э. Доброхотова; Е.И.Боровкова, С.А.Залеская, Е.А.Нагайцева, Д.П.Раба. — Москва: Гинекология, 2018. — 41-45с.

7. Ельцов-Стрелков В.И. Хирургическое лечение невынашивания беременности при истмико-цервикальной недостаточности [Текст]./Акушерство и гинекология 2018-№12.- 46-47с.

8. Журавлев А.Ю. Течение и исходы беременности при консервативной и хирургической коррекции истмико-цервикальной

недостаточности [Текст] /А.Ю. Журавлев. — Охрана материнства и детства, 2016. — 110-114с.

9. Журавлев А.Ю. Истмико-цервикальная недостаточность, как фактор риска преждевременных родов. Возможности профилактики, диагностики, лечения [Текст] /А.Ю. Журавлев. — Витебск: Качество и эффективность применяемых технологий: сборник научных трудов, 2017. — 59-61с.

10. Зотова Г.А. Истмико-цервикальная недостаточность как причина первичного невынашивания беременности: Невынашивание беременности [Текст] /Г.А. Зотова; Е.П. Сычева — Петрозаводск: Качество и эффективность применяемых технологий: сборник научных трудов, 2017. — 50-52с.

11. Зубаева Л.П. Хирургическое лечение истмико-цервикальной недостаточности у беременных, страдающих недонашиванием [Текст] /Л.П. Зубаева. — Вопросы охраны материнства и детства, 2015. — 71-75с.

12. Калиниченко А.Н. Хирургическая коррекция истмико-цервикальной недостаточности в профилактике невынашивания беременности: Невынашивание беременности [Текст] /А.Н. Калиниченко; Т.Т. Целиковская— Петрозаводск: Вопросы охраны материнства и детства, 2018. — 76-81с.

13. Каплан Ю.Д. Причины невынашивания беременности у женщин с коррегированной шейкой матки [Текст] /Ю.Д. Каплан; Т.Н. Захаренкова — Охрана материнства и детства: Рецензируемый науч.-практич. мед. журнал, 2017. — 16-19с.

14. Кох Л.И. Диагностика и результаты лечения истмико-цервикальной недостаточности. Акушерство и гинекология [Текст] /Л.И. Кох; И.В. Сатышева — Москва: Медицина, 2018. — 29-32с.

15. Кулаков В.И. Преждевременные роды [Текст] /В.И. Кулаков; Л.Е. Мурашко. — Москва: Медицина, 2015. — 176с.

16. Липман А.Д. Ультразвуковые критерии истмико-цервикальной недостаточности. Акушерство и гинекология [Текст] /А.Д. Липман; А.Ю. Черемных. — Москва: Медицина, 2017. — 24-25с.
17. Лосева О.И. Современные подходы к ведению беременных женщин с истмико-цервикальной недостаточностью [Текст] /О.И. Лосева; Т.И. Прохорович, С.Н. Гайдуков. — Здоровье и образование в XXI веке, 2018. — 99-102с.
18. Лукьянова Е.А. Истмико-цервикальная недостаточность: взгляд на проблему [Текст] /Е.А. Лукьянова. — Охрана материнства и детства: Рецензируемый науч.-практич. мед. журнал, 2017. — 73-77с.
19. Любимова А.И. Хирургические методы лечения недонашивания беременности [Текст]:автореф. дис. ...докт.мед.наук:14.00.01 /А.И. Любимова. — Москва: 2016. — 304с.
20. Мельникова С.Е. Невынашивание беременности [Текст]: Уч. Пособие /С.Е. Мельникова, ; Т.С. Гаджиева. — Санкт-Петербург: 2016. — 72с.
21. Подзолкова, Н.М. Невынашивание беременности [Текст]: уч.-мет. Пособие и клин. Протоколы /Н.М. Подзолкова. — Москва: 2018. — 48с.
22. Попов, А.А. Лапароскопический циркуляр у пациенток после трахелэктомии [Текст] /А.А. Попов; А.А. Федоров. — 4-е изд. — Кубанский научный медицинский вестник, 2017. — 91с.
23. Радзинский, В.Е. Преждевременные роды [Текст] /В.Е. Радзинский; И.Н. Костин. — 4-е изд., перераб. и доп. — Акушерство и гинекология, 2018. — 16-19с.
24. Сидельникова, В.М. Привычная потеря беременности [Текст] /В.М. Сидельникова. — Москва: 2016. — 230-239с.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Рис. 1. Шейка матки в норме и при ИЦН

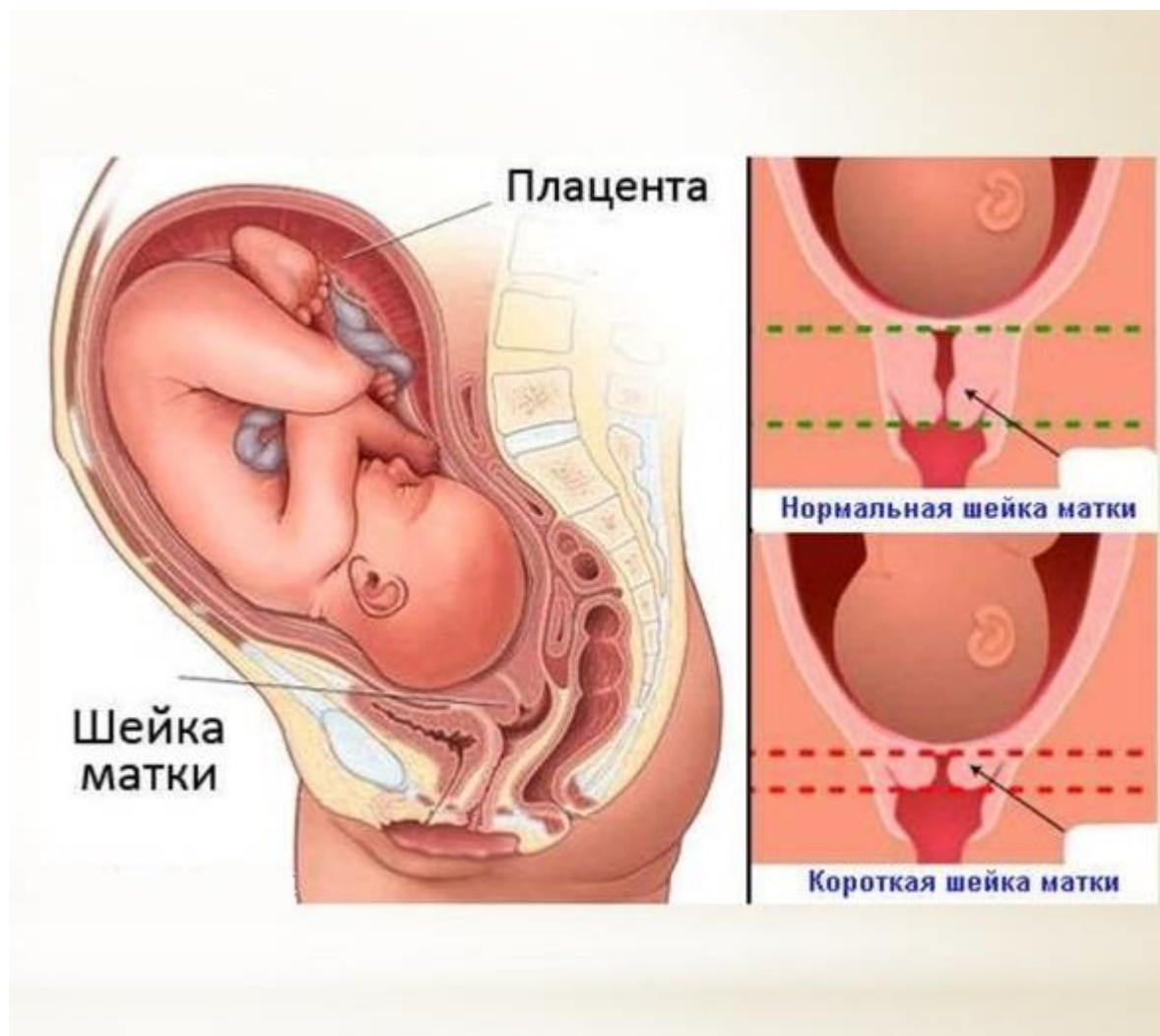


Рис.2.Разгрузочный акушерский пессарий при ИЦН при многоплодии

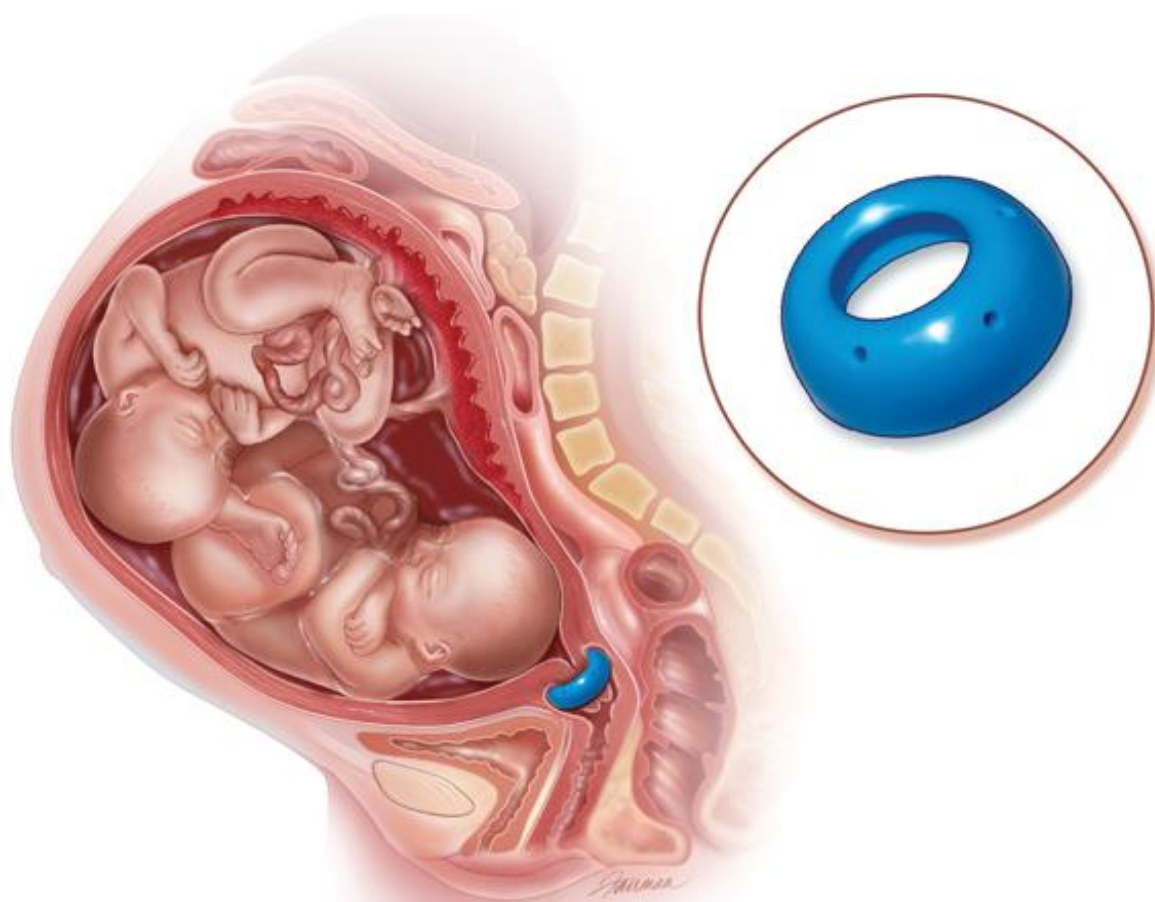
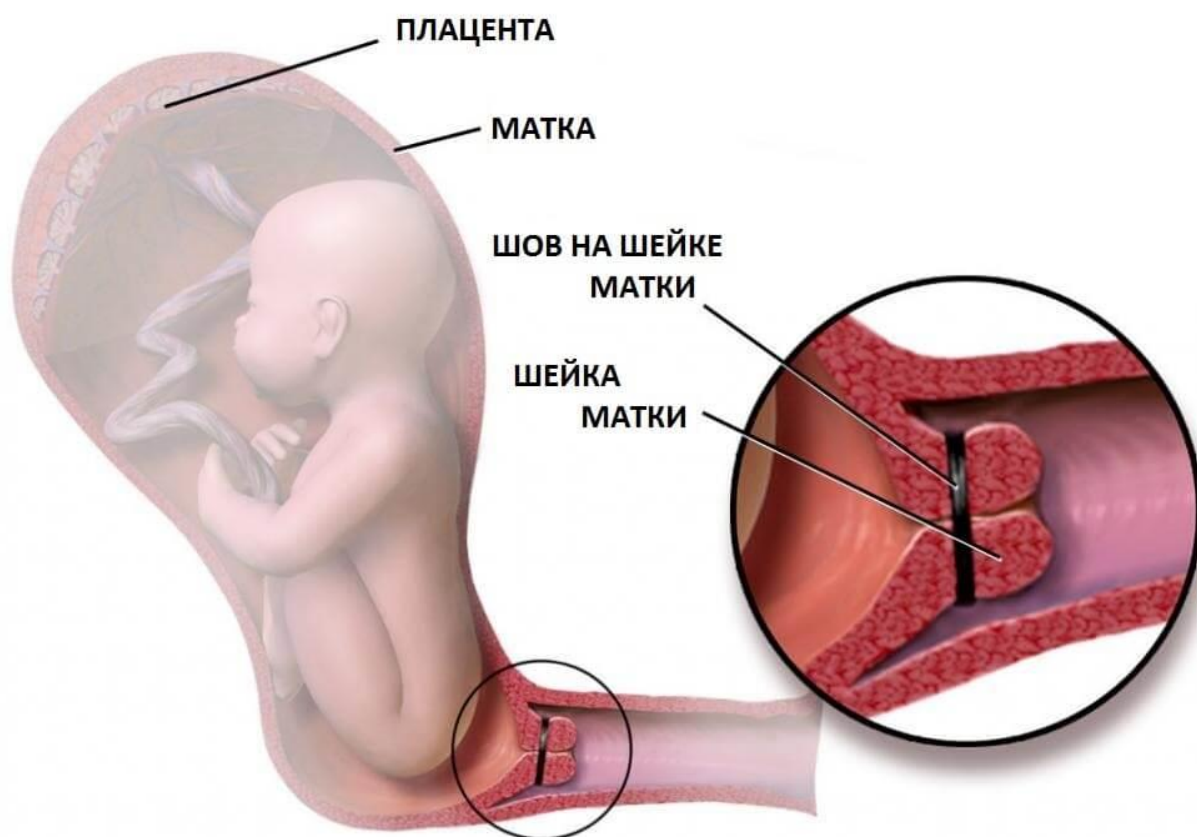
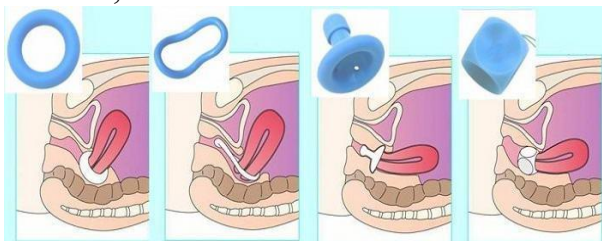


Рис. 3. Серкляжный шов на шейке матке при ИЦН



➤ чтобы снизить неприятные ощущения, потребуется смазывание кольца специальными кремами либо гелями;



➤ pessarii изготавливают разных размеров и форм, их правильный подбор — залог грамотной и точной установки и высокой скорости адаптации пациентки к устройству;

➤ при низкой установке pessария по причине физиологических особенностей женского организма у пациентки может участиться мочеиспускание.

Снятие кольца не вызывает неприятные ощущения и преждевременную родовую деятельность.

ПОВЕДЕНИЕ ПРИ НОШЕНИИ ПЕССАРИЯ И ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ

Поведение пациентки с установленным акушерским кольцом:

➤ запрещены сексуальные контакты, перевозбуждение, способствующее повышению маточного тонуса;

➤ pessарий следует носить практически все оставшееся время до родов после его установки;

➤ досрочное снятие кольца возможно при развитии воспалительных процессов.

Профилактики ИЦН, при ее наличии во время беременности к следующему зачатию следует приступать не ранее, нежели спустя два года. После этого потребуется как можно скорее посетить гинеколога и встать на учет, выполняя рекомендации ведущего специалиста.

Даже наличие ИЦН при своевременном обращении к специалисту позволит обеспечить все необходимые условия для роста ребенка, его развития и появления на свет.

ТАКОЙ ПОДХОД ПОЗВОЛИТ РЕБЕНКУ РОДИТЬСЯ В СРОК И ОБЕСПЕЧИТ ЕМУ КРЕПКОЕ ЗДОРОВЬЕ.

Профилактика при истмико-цервикальной недостаточности



Памятка подготовлена студенткой Медицинского колледжа МИ НИУ «БелГУ» Зассеевой Юлией Белгород 2019

Истмико-цервикальной недостаточностью (ИЦН) называют патологию, при развитии которой наблюдается укорачивание и размягчение шейки матки, сопровождающееся ее открытием. У женщин, вынашивающих ребенка, заболевание может спровоцировать самопроизвольный аборт.



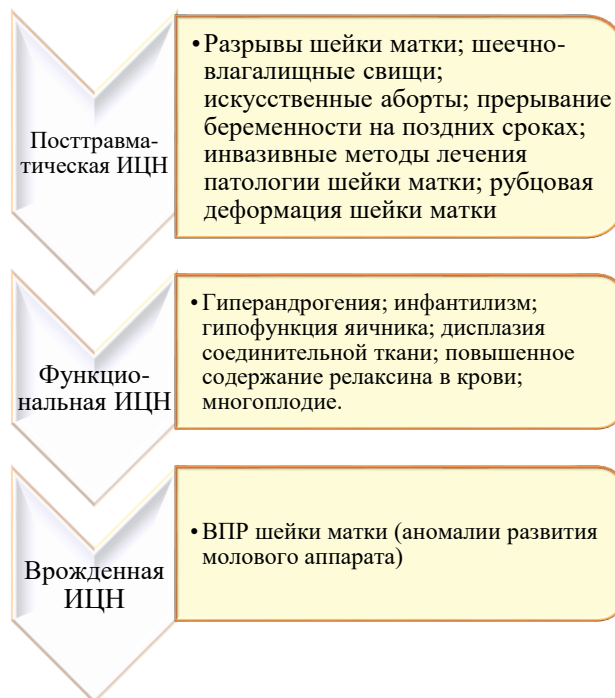
В естественном состоянии маточная шейка подобна мышечному кольцу, способному удержать плод в маточной полости до установленного природой срока.

В итоге при формировании ИЦН данная функция шейки матки не выполняется.

Симптоматика ИЦН проявляется не слишком явно, могут возникать обильные бели, частое мочеиспускание

и ощущение тяжести в нижней части живота.

ПРИЧИНЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ИЦН



ПОКАЗАНИЯ И ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ИСПОЛЬЗОВАНИЮ ПЕССАРИЕВ

Рекомендации применения пессариев:

➤ наличие истмико-цервикальной недостаточности;

➤ выкидыши, преждевременная родовая деятельность, сопровождающие предыдущие беременности;

➤ дисфункция яичников либо инфантилизм половых органов;

➤ кольцо может быть установлено в качестве дополнительной страховки, если предшествующая беременность закончилась кесаревым сечением, в случае многоплодной беременности.

Противопоказания:

индивидуальная непереносимость устройства, заметный дискомфорт при продолжительном ношении кольца, патология плода, узость влагалищного входа, наличие кольпита, кровянистые выделения. В этих случаях для сохранения плода могут использовать подшивание маточной шейки.

Профилактика ИЦН при беременности и рекомендации по установке приспособления:

➤ перед тем как установить пессарий, женщина должна пролечить наличествующие патологии;

