
ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С ИСТМИКО-ЦЕРВИКАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ДО И ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ

У.Р. Хамадиянов, Т.В. Саубанова, Е.В. Потемкина, А.У. Хамадиянова

Башкирский государственный медицинский университет
Кафедра акушерства и гинекологии № 1
Гинекологическое отделение Клинического родильного дома № 4 г. Уфы
ул. Батырская, 41, Уфа, Россия, 450103

На основании результатов обследования и лечения 126 пациенток с угрозой прерывания беременности на фоне истмико-цервикальной недостаточности (ИЦН) разработана система комплексных лечебно-профилактических мероприятий, позволившая пролонгировать беременность до рождения жизнеспособного плода в 96,9% случаев, в том числе до доношенного срока – в 84,1%.

Ключевые слова: истмико-цервикальная недостаточность, хирургическая коррекция, послеоперационное ведение, исходы беременности, перинатальные показатели.

Невынашивание беременности сегодня приобретает все большую актуальность из-за не только медико-биологической, но и социально-экономической значимости этой проблемы. На долю недоношенных детей приходится 70% перинатальной и 65–75% детской смертности [1; 7; 9]. Мертворождаемость при преждевременных родах в 8–13 раз выше, чем при родах в срок. Дорогостоящая реабилитация недоношенных детей, к сожалению, не всегда приводит к хорошим отдаленным результатам в отношении их здоровья.

За последние 30 лет отмечается рост частоты невынашивания беременности, что связано с увеличением числа многоплодных беременностей, использованием вспомогательных репродуктивных технологий, распространением урогенитальных инфекций, гормональных нарушений, патологии свертывающей системы крови и другими причинами [2; 4; 5]. Неудачные попытки лечения угрожающих и начавшихся преждевременных родов связаны с сочетанием у одной пациентки нескольких факторов, нарушающих нормальное течение беременности. Немаловажную роль в преждевременном прерывании беременности играет истмико-цервикальная недостаточность.

По данным статистики городского Перинатального центра, Клинического родильного дома № 4 г. Уфы за 2003–2010 гг. ИЦН явилась причиной преждевременного прерывания беременности во II триместре – у 38,7% женщин, в III триместре – у 28,9%, внося тем самым существенный вклад в

показатели перинатальной заболеваемости и смертности. К сожалению, факт ИЦН часто констатируется уже при развитии осложнений: пролабировании плодного пузыря или преждевременном излитии околоплодных вод во втором-третьем триместре беременности. Тем самым, мы практически лишаем себя возможности пролонгировать беременность, и в лучшем случае – успеваем провести профилактику респираторного дистресс-синдрома новорожденного. В то же время, своевременная хирургическая коррекция и оптимизация послеоперационного ведения беременных с ИЦН позволяет в большинстве случаев пролонгировать беременность до доношенного срока [6; 8].

К сожалению, только 25–27% пациенток с привычной потерей плода на фоне ИЦН поступают в специализированный стационар с проведенным обследованием и прегравидарной подготовкой. Оставшиеся 73–75% женщин впервые проходят полное обследование уже с наличием осложненного течения очередной беременности. В данной ситуации становится актуальным вопрос своевременной (до развития осложнений) диагностики и хирургической коррекции ИЦН.

Располагая опытом лечения 126 беременных с истмико-цервикальной недостаточностью в условиях гинекологического отделения городского Перинатального центра г. Уфы за период с 2006 по 2010 г., мы разработали эффективную систему ранней диагностики, хирургической коррекции и реабилитации в послеоперационном периоде.

Целью настоящего исследования явилось улучшение ближайших и отдаленных результатов лечения пациенток, имевших ИЦН в анамнезе и/или при данной беременности. Задачами исследования были разработка системы ранней диагностики, коррекции и профилактики послеоперационных осложнений, а так же оценка ее эффективности в клинической практике.

Материал и методы исследования. Изучены случаи госпитализации в гинекологическое отделение городского перинатального центра г. Уфы 126 женщин с угрозой прерывания беременности и начавшимся выкидышем на фоне ИЦН в сроки от 14 до 24 нед. Оценены результаты проведенного лечения в отношении пролонгирования беременности, а так же сроки и исходы родоразрешения пациенток.

Объем обследования поступивших на стационарное лечение пациенток включал, помимо общих клинических анализов и трансабдоминальной ультрасонографии, изучение гормонального и инфекционного статуса, обследование на наличие тромбофилии (наследственной или приобретенной), оценку социально-биологических, генетических, анатомических и других причин невынашивания беременности.

С целью оценки инфекционного статуса выполнялись следующие анализы: ИФА крови на инфекции, передающиеся половым путем (хламидии, микоплазмы, уреоплазмы, ЦМВИ, ВПГ, гепатиты В и С), токсоплазмоз. В мазках, взятых из цервикального канала, изучали наличие фрагментов

ДНК возбудителей выше указанных инфекций при наличии положительных результатов в ИФА. Помимо традиционного мазка на степень чистоты, методом световой микроскопии оценивали наличие лактофлоры, грамвариабельной флоры, гарднерелл, «ключевых клеток», трихомонад, грибов рода Кандида, а так же проводили диагностику бактериального вагиноза по критериям Amsel.

Исследование гормонального статуса проводили несколькими методами: изучали анамнез в отношении менструальной и репродуктивной функции, при осмотре женщин обращали особое внимание на наличие и тип ожирения, степень выраженности вторичных половых признаков, проводили подсчет гирсутного числа. Методом радиоиммунного анализа проводили исследования гормонов крови: прогестерона, хорионического гонадотропина, тестостерона, 17-ОН прогестерона, дегидроэпиандростерона сульфата, по показаниям – кортизола, тиреотропного гормона, Т3, Т4 (в том числе его свободной фракции).

Анатомические причины невынашивания беременности оценивались при осмотре шейки матки в зеркалах, бимануальном исследовании и ультразвукографии. Для диагностики ИЦН проводилась трансвагинальная ультразвукография. Об анатомо-функциональной неполноценности шейки матки свидетельствовала ее длина в сроке 13–14 нед. менее 3,5 см, при многоплодной беременности – менее 3,7 см, а так же воронкообразное расширение внутреннего зева и цервикального канала более 4 мм. Оценка состояния шейки матки у женщин группы риска по развитию ИЦН проводилась в динамике вплоть до 21–22 нед. гестации.

Всем беременным проводились анализы развернутой гемостазиограммы (время свертывания крови, АПТВ, агрегация тромбоцитов, уровень фибриногена, антиромбина III, протеина С, РФМК, фибриногена В, этаноловый тест, факторы плазменного звена гемостаза, Д-димер, люпус-тест). При выявлении тромбофилии, а так же при положительном люпус-тесте проводили коррекционные пробы для выявления антифосфолипидных антител волчаночного типа. У 76% женщин проведены генетические исследования мутации генов тромбофилии.

Расширенный объем обследования больных позволил разработать в каждом случае индивидуальную систему профилактики преждевременного развития родовой деятельности с целью повышения эффективности хирургической коррекции ИЦН.

Результаты и их обсуждение. Среди обследованных и пролеченных женщин привычное невынашивание в анамнезе имели 78 (61,9%) пациенток, беременность, наступившую после применения вспомогательных репродуктивных технологий – 39 (30,9%), в том числе двойни – 16, тройни – 4.

У 97 (77,0%) женщин, включенных в настоящее исследование, имелись в анамнезе хотя бы одни преждевременные роды или поздние выкидыши на

фоне ИЦН, которым предшествовали медицинские аборт или выскабливания полости матки. В 29 (23,0%) случаях ИЦН выявлялась при первой беременности (на фоне гиперандрогении, генитального инфантилизма и при наличии пороков развития матки).

В структуре выявленных причин невынашивания беременности и ИЦН лидирующее место занимал инфекционный фактор: бактериальный вагиноз выявлен у 19 (15,0%) пациенток, неспецифический кольпит – у 26 (20,6%), вагинальный кандидоз – у 21 (16,7%), носительство паравенерических инфекций – у 48 (38,0%). Среди инфекций, передающихся половым путем, ведущее место (77,0%) занимало носительство вируса простого герпеса I–II типа и цитомегаловируса (как правило, больные являются носителями обоих вирусов одновременно). Несколько реже встречаются клинически выраженные инфекции, вызванные хламидиями (27,0%), микоплазмами и уреаплазмами (19,7%). Хронические цервициты в анамнезе имели 39 (30,9%) женщин, сальпингоофориты – 23 (18,2%), эндометриты – 28 (22,2%).

На втором месте по частоте находятся различные гормональные нарушения, выявленные у 37 (29,3%) беременных. Дефицит прогестерона среди них встречался у 17 больных, гиперандрогения надпочечникового генеза – у 6, яичникового генеза – у 5, смешанного – у 9.

Тромбофилии наследственного и приобретенного генеза выявлены у 43 (34,1%) больных, среди них антифосфолипидный синдром выявлен у 11 пациенток, генетически детерминированные тромбофилии – у 18 беременных.

Сочетание 2 и более причин невынашивания беременности обнаружено у всех обследованных больных. Сочетание 4 и более факторов невынашивания мы наблюдали у 32 (25,4%) женщин, из них у 30 удалось пролонгировать беременность до доношенного срока.

Сочетание анамнестического метода, трансвагинальной ультрасонографии и осмотра шейки матки в динамике позволило установить диагноз истмико-цервикальной недостаточности в среднем уже к $15 \pm 0,7$ нед. беременности. Этот срок является оптимальным для проведения хирургической коррекции. В сроках от 14-й до 21-й нед. нами оперировано 108 больных. Остальные 18 пациенток, в том числе – 2 тройни и 4 двойни – корригированы на 22–24-й нед. гестации в связи с поздней манифестацией клиники ИЦН.

Хирургическая коррекция ИЦН всем пациенткам проведена по методу Мак-Дональда. Наиболее сложной задачей была профилактика восходящей инфекции после хирургической коррекции ИЦН. Обработки влагалища и шейки матки осуществлялись в течение первых 5–7 суток растворами антисептиков (водного раствора хлоргексидина биглюконата, повидона-йода) с последующей аппликацией озонированного растительного масла. В комплексном лечении применялась так же внутривенная озонотерапия (5–8 инфузий 200 мл озонированного физиологического раствора). Местная и системная озонотерапия в

комплексном послеоперационном лечении больных с ИЦН применена нами впервые; благодаря антибактериальному, иммуномодулирующему, антигипоксическому, противовоспалительному действию она приводила к быстрому купированию реактивного воспалительного процесса со стороны шейки матки [3]. У всех женщин швы были состоятельными до срока их снятия.

Особое внимание уделялось профилактике преждевременного начала родовой деятельности и фетоплацентарной недостаточности. С этой целью в соответствии с предварительным углубленным исследованием соматического и акушерско-гинекологического статуса каждой пациентки и выявленными факторами риска проведено индивидуальное лечение. Назначалась токолитическая (бета-адреномиметики, препараты магния), гормональная (гестагены – при наличии дефицита прогестерона), по показаниям – антибактериальная терапия [4]. Проводилась так же коррекция нарушений свертывающей системы крови у пациенток, страдающих тромбофилиями.

Средние сроки активизации больных после хирургической коррекции ИЦН составили $1,6 \pm 0,2$ суток. В дальнейшем беременные вели обычный образ жизни, несмотря на традиционные представления о необходимости строгого постельного режима после наложения швов на шейку матки. Повторная госпитализация до родоразрешения потребовалась 78 (61,9%) больным и не была связана с осложненным течением послеоперационного периода. Дополнительные курсы санации влагалища проводились по результатам оценки инфекционного статуса в динамике с использованием 5–7-кратных аппликаций озонированного масла. Несостоятельности швов среди пролеченных женщин мы не наблюдали.

У 122 (96,9%) пациенток с ИЦН удалось пролонгировать беременность до рождения жизнеспособного плода, из них мы наблюдали ранние преждевременные роды – у 5 (3,9%) пациенток, поздние преждевременные роды – у 11 (7,9%), роды доношенным плодом – у 106 (84,1%). У 4 (3,1%) женщин произошли поздние выкидыши в сроке от 17 до 22 недель: у 2 – в связи с отхождением околоплодных вод, у 2 – в связи с началом родовой деятельности, не поддающейся медикаментозной терапии.

Выводы:

1. Разработанная система диагностики, хирургической коррекции истмико-цервикальной недостаточности и профилактики осложнений в послеоперационном периоде позволила в 96,9% случаев добиться пролонгирования беременности до рождения жизнеспособного плода, в 84,1% случаев получить доношенного новорожденного, что является хорошим резервом для снижения показателей перинатальной заболеваемости и смертности.

2. С целью повышения эффективности хирургической коррекции ИЦН необходимо проводить индивидуальную комплексную профилактику развития фетоплацентарной недостаточности и преждевременной родовой деятельности и в соответствии с выявленными факторами риска.

3. Использование озоновых технологий в комплексном послеоперационном ведении больных позволяет избежать осложнений и снизить медикаментозную нагрузку на организм во время беременности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Акушерство: Национальное руководство / Под ред. Э.К. Айламазяна и др. – М., 2007.
2. Макацария А.Д., Бицадзе В.О. Профилактика повторных осложнений беременности в условиях тромбофилии. – М., 2008.
3. Масленников О.В., Конторщикова К.Н., Грибкова И.А. Руководство по озонотерапии. – Н. Новгород, 2008.
4. Кулаков В.И., Серов В.Н., Абакова П.Р. и др. Рациональная фармакотерапия в акушерстве и гинекологии: Руководство для практикующих врачей / Под общ. ред. В.И. Кулакова, В.Н. Серова. – М., 2006.
5. Радзинский В.Е., Ордянец И.М., Оразмурадов А.А. Женская консультация. – 2-е изд. – Петрозаводск, 2007.
6. Радзинский В.Е. Руководство к практическим занятиям по акушерству. – М., 2007.
7. Сидельникова В.М., Антонов А.Г. Преждевременные роды. Недоношенный ребенок – М., 2006.
8. Сидельникова В.М. Привычная потеря беременности – М., 2005.
9. Стрижаков А.Н., Игнатко И.В. Потеря беременности. – М., 2007.

PATRICULAR MANAGEMENT OF PREGNANT WOMEN WITH INCOMPETENT CERVIX BEFORE AND AFTER SURGICAL CORRECTION

U.R. Khamadyanov, T.V. Saubanova, E.V. Potemkina, A.U. Khamadyanova

Department of Obstetrics and Gynecology № 1
Bashkirian State Medical University
Department of Gynecology, Municipal Perinatal Centre, Ufa
Batyrskaya Str., 41, Ufa, Russia, 450103

The complex examination and correction system of pregnancy loss was elaborated according to the experience of examination and treatment for pregnancy miscarriage, associated with incompetent cervix in 126 women. The system made it possible to prolong the pregnancy up to the delivery with viable newborn in 96,9% cases, full-term in 84,1%.

Keywords: Incompetent cervix, surgical correction, postoperative management, pregnancy and perinatal outcomes.