

Анализ исходов беременностей и родов после применения сочетанных методов коррекции истмико-цервикальной недостаточности

**Н. М. Пасман, В. Г. Швайко,
Е. В. Люфт, Е. И. Безденежных,
Н. Ю. Жукова, Е. Н. Сержантова,
В. В. Попова**

*ООО «Клиника профессора Пасман»,
Новосибирск, Россия
Новосибирский государственный
университет, Новосибирск, Россия*

Проблема невынашивания беременности и преждевременных родов чрезвычайно актуальна в современном акушерстве и перинатологии ввиду ее лидирующей роли в структуре перинатальных потерь. Одной из основных причин невынашивания является истмико-цервикальная недостаточность (ИЦН), на долю которой приходится от 14,3 % до 65 % поздних аборт и преждевременных родов. Сроки прерывания беременности при ИЦН варьируются от 10 до 28 недель, преобладающими является срок гестации 16–20 недель.

ИЦН выявляется с высокой частотой от 1 до 15 % беременных женщин и определяется как патологическое состояние перешейка и шейки матки, при котором они не способны противостоять внутриматочному давлению и удерживать увеличивающееся плодное яйцо в полости матки до срочных родов. В настоящее время с целью коррекции ИЦН используются консервативные и хирургические методы. К консервативным относятся использование акушерского пессария и вагинального прогестерона, к хирургическим – трансвагинальный и трансабдоминальный серкляж. С целью улучшения исходов беременностей чаще всего сочетают консервативные и хирургические методы коррекции ИЦН.

Цель исследования. Проанализировать особенности течения беременностей и их исходов после применения сочетанных методов коррекции ИЦН.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ историй болезни пациенток медицинского центра «Клиника профессора Пасман», которым применялись сочетанные методы коррекции ИЦН за 2014–2016 гг. Оценивалось наличие факторов риска, сопутствующей экстрагенитальной и

акушерской патологии, сроки развития ИЦН, ультразвуковые и клинические признаки патологии, методы коррекции, особенности течения беременности после коррекции, а также исходы беременностей.

Результаты. С целью изучения исходов беременностей и родов после применения сочетанных методов коррекции ИЦН проведен анализ историй 82 беременных, которые распределились по возрасту следующим образом: в возрасте 20–24 лет – 3 пациентки (3,6 %), 25–29 лет – 21 (25,6 %), 30–34 лет – 24 (29,2 %), 35–39 лет – 28 (34,1 %), в возрасте 40–45 лет – 6 женщин (7,3 %). Таким образом, преобладали беременные в возрасте от 30 до 38 лет.

Основными экстрагенитальными заболеваниями были хронические заболевания желудочно-кишечного тракта, выявленные у 38,4 % беременных, хронические заболевания мочевыделительной системы (хронический пиелонефрит) – у 9,7, аутоиммунный тиреоидит – у 8,5, узловой зоб – у 7,3, ожирение – у 7,3, артериальная гипертензия – у 6,1, варикозная болезнь вен нижних конечностей – у 5,7, первичный гипотиреоз – у 1,2 лиц. У 97 пациенток (81,7 %) выявлены различные полиморфизмы генов гемостаза.

Из гинекологических заболеваний у обследуемых пациенток преобладали воспалительные заболевания органов малого таза: хронический сальпингоофорит, диагностированный у 26 (31,7 %), хронический эндометрит – у 29 женщин (35,4 %). Кроме того, у 32 пациенток (39,0 %) имелся хронический цервицит, у 11 (13,4 %) – дисплазия шейки матки. Обращает на себя внимание то, что 14 пациенток (17,1 %) ранее перенесли конизиацию шейки матки, причем одна из них выполнена во время текущей беременности в связи с CIN III. У 8 женщин (9,8 %) имелась миома тела матки, у 29 (35,4 %) – эндометриоз различной локализации, 23 пациентки (28,0 %) длительно страдали бесплодием. У 15 пациенток (18,3 %) имелись указания на наличие гиперандрогении: в 60 % – надпочечникового генеза, в 13,3 % – яичникового и 26,7 % – смешанного генеза, что является дополнительным фактором риска развития ИЦН.

В анамнезе беременность была первой у 15 пациенток (18,3 %), повторной – у 67 женщин (81,7 %). Среди повторнобеременных 42 были нерожавшими (27 %), одни роды имели 22 пациентки (32,8 %), 2 – 14 (20,9 %), 3 – 3 (4,5 %), более 3 родов – 1 человек

(1,5 %). Более чем половина женщин (52,2 %), имевшая беременности ранее, прерывала беременность по желанию: 14 пациенток (40 %) имели в анамнезе один медицинский аборт, 21 (60 %) – 2 и более. Самопроизвольные аборты имели 28 пациенток (41,8 %). Внематочные беременности перенесли 4 женщины (6 %). Отмечен высокий процент неразвивающихся беременностей в анамнезе у 25 пациенток (37,3 %). У 7 пациенток (10,4 %) предыдущие беременности закончились преждевременными родами. На наличие ИЦН при предыдущих беременностях указывало 18 беременных (26,9 %).

Беременность наступила самостоятельно у 57 пациенток (69,5 %), у 11 (13,4 %) – в результате искусственной инсеминации, у 14 (17,1 %) – с использованием процедуры ЭКО. В 57 случаях (69,5 %) беременности были одноплодными, в 12 (14,6 %) – многоплодными (дихориальные диамниотические двойни). У 40 обследованных (48,8 %) в первом триместре беременности развивалась клиника угрожающего самопроизвольного выкидыша.

Истмико-цервикальная недостаточность развивалась в сроке 12–14 недель у 4 беременных (4,9 %), 15–17 недель – у 22 (26,8 %), 18–20 недель – у 21 (25,6 %), 21–23 недель – у 20 (24,4 %), 24–26 недель – у 15 обследованных (18,3 %).

При постановке диагноза и определений показаний к коррекции учитывалось следующее: указание на наличие ИЦН, поздние выкидыши и преждевременные роды в анамнезе; состояние шейки матки (ее размягчение, укорочение, проходимость наружного зева); данные ультразвуковой цервикометрии. Ультразвуковыми критериями ИЦН считалась длина сомкнутой части цервикального канала менее 25 мм и расширение внутреннего зева. В большинстве случаев на момент коррекции длина цервикального канала составляла 21–25 мм у 39 пациенток (47,6 %). У 24 лиц (29,3 %) ДЦК была 15–20 мм, у 3 (3,7 %) – менее 10 мм. У 16 женщин (19,5 %) коррекция выполнена при ДЦК более 25 мм. В этих случаях все пациентки имели ИЦН при предыдущих беременностях, и серкляж выполнен профилактически.

Противопоказаниями к хирургической коррекции ИЦН при отборе пациенток были заболевания и состояния, являющиеся противопоказанием к сохранению беременности (тяжелые заболевания сердечно-сосудистой

системы, печени, почек, инфекционные, психические и генетические заболевания), повышенная возбудимость матки, беременность, осложненная кровотечением, пороки развития плода, III–IV степень чистоты влагалищной флоры и наличие патогенной флоры в отделяемом из канала шейки матки. При необходимости предварительно проводилась антибактериальная, токолитическая терапия, санация влагалища и серкляж выполнялся при нормализации лабораторных показателей и отсутствии выраженного гипертонуса матки.

Всем пациенткам коррекция ИЦН проводилась путем наложения кругового шва на шейку матки по MacDonald нитью Ethibond 2 под ингаляционным наркозом севораном. Дополнительно использовались разгрузочные акушерские пессарии с целью уменьшения нагрузки на швы и профилактики их прорезывания. Следует отметить, что четырем пациенткам выполнен трансвагинальный серкляж в связи с прогрессированием ИЦН на фоне уже применяемого пессария. На момент развития ИЦН 85 % обследованных получали терапию вагинальным прогестероном, которая была продолжена после проведения операции. Остальным также назначался вагинальный прогестерон в дозе 200 мг в сутки. Все пациентки в периоперационном периоде получали антибактериальную терапию в курсовых дозах. Препаратом выбора являлся амоксициллин/клавуланат. При сроке беременности более 22 недель проводилась профилактика респираторного дистресс-синдрома. Средняя продолжительность госпитализации составила 2 койко-дня.

В дальнейшем каждые 2–3 недели проводилась УЗ-цервикометрия, также регулярно контролировалась степень чистоты влагалищной флоры и бактериологическое исследование отделяемого канала шейки матки.

В течение третьего триместра беременности отмечались следующие особенности: у 3 обследованных (3,7 %), по данным доплерометрии, выявлено нарушение маточно-плацентарного кровотока 1А степени, у 5 (6,1 %) – 1Б степени и у 2 лиц (2,4 %) – 2 степени. Задержка внутриутробного развития плода 1–2 степени развивалась в 4 случаях (4,9 %). Маловодие отмечалось у одной пациентки (1,2 %), многоводие неиммунного генеза – у 2 лиц (2,4 %). Течение беременности осложнилось развитием умеренной преэклампсии у 5 обследованных (6,1 %), тяжелой преэклампсии – у 4 (4,9 %), что потребовало

досрочного родоразрешения в сроках 26–27 (2 случая) и 32–34 нед. (2 случая).

При анализе исходов беременностей получены следующие результаты: срочными родами закончилось 68 беременностей (83 %), преждевременными родами в сроках 33–36 недель – 8 (9,8 %), 28–32 недель – 1 (1,2 %), 24–27 недель – 4 беременности (4,9 %). Помимо этого, одна беременность закончилась поздним выкидышем в сроке 18 недель. Родоразрешены через естественные родовые пути 46 женщин (56,8 %), остальные 35 (43,2 %) – путем кесарева сечения. Столь высокий процент кесаревых сечений обусловлен количеством многоплодных беременностей, рубцов на матке после предшествующих беременностей, а также высоким перинатальным риском среди обследованных женщин. От 81 беременности, закончившейся родами, родилось 93 живых ребенка, один из которых с экстремально низкой массой тела умер на 2-е сутки.

Заключение. Комбинированная терапия ИЦН с использованием хирургической коррекции наложением циркулярного шва с последующим введением разгружающего акушерского пессария для профилактики прорезывания швов позволяет в большинстве случаев успешно пролонгировать беременность до доношенного срока. Всем беременным в пери- и послеоперационном периоде целесообразно проведение парентеральной антибиотикотерапии и назначение пролонгированного применения вагинального прогестерона.