



О. В. Салтовський

*Харківський національний
медичний університет*

© О. В. Салтовський

**ХІРУРГІЧНА КОРЕКЦІЯ ІСТМІКО-ЦЕРВІКАЛЬНОЇ
НЕДОСТАТНОСТІ**

Резюме. Наведено дані літератури відносно істміко-цервікальної недостатності (ІЦН). Відмічено особливості проведення діагностики та лікування даного захворювання. Представлений огляд літератури з приводу специфіки обстеження, клінічного ведення випадків ІЦН та шляхів профілактики ускладнень.

Ключові слова: істміко-цервікальна недостатність, ІЦН, недостатність шийки матки, мимовільний аборт, передчасні пологи.

Істмікоцервікальна недостатність (ІЦН) — це патологічний стан, який характеризується неспроможністю перешийка та шийки матки опиратися тиску зростаючого плоду, що призводить до розкриття шийки матки та мимовільного переривання вагітності в II-III триместрах вагітності.

У зв'язку з тим що замикаюча функція шийки матки порушена, відбувається розширення та розкриття цервікального каналу, плодовий міхур може пролабіювати, відбувається інфікування плодових оболонок, порожнини матки та самого плоду умовно-патогенною флорою та/або іншими мікроорганізмами (хламідійна, уреоплазменная, мікоплазменная інфекції) [4]. Часто в результаті інфікування відбувається відходження навколоплідних вод.

Нездатність м'язового кільця залишатися в закритому стані у разі ІЦН, призводить до того, що пологи проходять стрімко та частіше супроводжуються випадками травматизму, особливо якщо проходять поза лікарнями.

Частота

Істміко-цервікальна недостатність є одним з найбільш частих етіологічних факторів переривання вагітності у II триместрі. Частота виникнення ІЦН у пацієнок зі звичним викиднем сягає 20%.

Класифікація

Недостатність шийки матки може бути уродженою і набутою.

Уроджена ІЦН — внаслідок уроджених аномалій розвитку матки (інфантильна матка, дворога матка, сідлоподібна матка та ін.). Дана форма потребує детальної діагностики та оперативного лікування ще до настання вагітності.

Набута ІЦН може розвиватися внаслідок різних факторів, може мати як органічну (найчастіше пострауматичну), так і функціональну природу виникнення. У залежності від причини розвитку її умовно можна розділити на:

Посттравматична ІЦН — внаслідок попередньої травматизації шийки матки: пошкодження в пологах (розриви, які не відновлені хірургічним шляхом; оперативні пологи крізь

природні пологові шляхи - акушерські щипці, вакуумекстракція, пологи великим плодом, плоторуйнівні операції), інвазивні методи лікування патології шийки матки (конізація, ампутація шийки матки), штучні аборти, особливо у пізні терміни,

Функціональна ІЦН — розвивається внаслідок порушення нормального співвідношення сполучної і м'язової тканин у складі шийки матки або при порушенні її сприйнятливості до гормональної регуляції [5]. Функціональні порушення можуть бути внаслідок гіперандрогенії, гіпофункції яєчників, дисплазії сполучної тканини, підвищеного вмісту релаксину у сироватці крові (під час багатоплідних вагітностей, індукції овуляції гонадотропними гормонами), підвищеного навантаження на шийку матки у випадках багатопліддя, багатоводдя, великого плоду).

В залежності від ситуації будь-який з цих чинників, або декілька з них, можуть сприяти виникненню ІЦН.

Безпосередньою причиною виникнення ІЦН є зростаючий тиск усередині матки, викликаний поступовим збільшенням маси плоду та обсягу навколоплідних вод. Так частими безпосередніми факторами розвитку недостатності шийки матки є багатоплідна вагітність (наявність в матці декількох плодів), вагітність великим плодом, багатоводдя (надмірна кількість навколоплідних вод).

Клініка

Основною патогномонічною ознакою ІЦН є безболісне укорочення та наступне відкриття шийки матки у II, рідше у III, триместрах вагітності, що супроводжується пролабіюванням плодового міхура та закінчується мимовільним викиднем або передчасним народженням глибоко недоношеної дитини.

Симптомами ІЦН можуть бути відчуття тиску, колючій біль в піхві, дискомфорт внизу живота та попереку, слизові виділення з піхви, можливо з мізерними кров'янистими домішками. Але слід також враховувати, що розкриття шийки матки у випадках ІЦН частіше за все проходить безсимптомно.



Діагностика

Критеріями прогнозування ІЦН у першу чергу є анамнестичні дані про малоболісні швидкі переривання попередніх вагітностей у II триместрі, при цьому характерно, що кожна наступна вагітність переривається у більш ранньому гестаційному терміні.

Оцінка стану шийки матки у невагітних, не дає повноцінної інформації про вірогідність розвитку ІЦН під час вагітності. Виключення складають випадки посттравматичної ІЦН, що супроводжуються вираженими порушеннями анатомічної будови. В цьому разі може бути проведена метросальпінгографія для визначення стану внутрішнього вічка. Якщо останній розширений більш ніж на 6 - 8 мм, варто очікувати неспроможність шийки матки під час вагітності.

У пацієнок з групи високого ризику з розвитку ІЦН моніторинг стану шийки матки необхідно проводити починаючи з 12 тижнів вагітності двічі на місяць, а за необхідності - щотижня.

Моніторинг включає огляд шийки матки в дзеркала, ультразвукову оцінку довжини шийки матки, стану внутрішнього вічка, наявність Y, V або U-подібної форми нижнього полюса плодового міхура, а також вираженість поглиблення [3]. Виражена негативна динаміка стану шийки матки (розм'якшення, вкорочення, розкриття внутрішнього вічка) вказує на істміко-цервікальну недостатність. Вкорочення шийки матки менше 25 мм за даними УЗД та розкриття внутрішнього вічка або цервікального каналу служить фактором ризику передчасних пологів.

Таблиця

Ехографічні параметри шийки матки при ІЦН і неускладненій вагітності

Діагностичний критерій	ІЦН	Неускладнена вагітність
Довжина шийки матки, см	2,47 ± 0,32	3,45 - 7,15
Ширина шийки матки на рівні внутрішнього вічка, см	3,7 - 5,9	2,5 - 4,9
Діаметр цервікального каналу, см	0,71 - 1,12	0,45 - 0,55
Діаметр внутрішнього вічка, см	2,21 ± 1,02	0,25 - 0,84
Товщина міометрію в ділянці нижнього сегменту, см	> 0,5	0,5 - 1,5

Лікування

Лікування ІЦН в першу чергу полягає в максимальному зниженні фізичних навантажень, виключенні статевих контактів, униканні стресів, регулярному контролі стану шийки матки. Особливу увагу слід приділяти дотриманню постільного режиму, оскільки у горизонтальному положенні зменшується тиск плодового міхура на внутрішній зів та, як наслідок, призупиняється його розкриття.

Існує два основних способи лікування ІЦН: консервативний і хірургічний.

Консервативний спосіб полягає в установці акушерського розвантажувального песарія (кільця Годжа, Мейера та ін.) - конструкції з пластика або гуми особливої форми, яке «надягають» на шийку матки таким чином, щоб своїми краями воно впиралося в стінки піхви, утримуючись на місці. Песарій використовують на різних термінах вагітності. Вважається, що він перерозподіляє вагу плоду і допомагає шийці матки його утримувати. Видаляють песарій в 37-38 тижнів вагітності або безпосередньо після початку пологової діяльності на будь-якому терміні.

Даний спосіб застосовується тільки в тих випадках, коли канал шийки матки закритий - при підозрі на ІЦН або у випадках прогнозування високого ризику її розвитку. До переваг методу слід віднести безкровність, простоту виконання і відсутність необхідності в стаціонарному лікуванні. Недоліками методу є низька ефективність, необхідність кожні 2-3 дні витягати песарій, дезінфікувати його і встановлювати знову, оскільки слід пам'ятати, що наявність стороннього тіла в піхві може викликати дисбіоз, часто є необхідність призначення профілактичних курсів санації антисептиками, регулярно проводити аналіз відділень з піхви, за необхідності призначати антибіотики.

Деякими лікарями при виражених проявах ІЦН пропонується застосування акушерських песаріїв, як доповнення до накладення швів на шийку матки. Ефективність та доцільність даної пропозиції слід вважати сумнівною, таку що має скоріше психологічний ефект.

Починаючи з кінця I триместру вагітності матка заповнює верхню частину порожнини малого тазу, надалі дно матки пальпується крізь передню черевну стінку. При цьому шийка матки також розташована у верхній частині порожнини малого тазу. Таким чином, акушерський песарій фіксує стінками піхви не спирається на кісткові утворення малого тазу, що суттєво обмежує навантаження, які він може витримувати. У разі прогресування розкриття шийки матки під тиском передлежачої частини плоду та плодового міхура акушерський песарій «зісковзує» по стінках піхви та зміщується до виходу з малого тазу, фіксуючись там лобковим симфізом та куприком. Як видно, утримуюча функція акушерського песарію дуже відносна, його застосування має бути як доповнення до охоронного режиму.

Хірургічний метод лікування ІЦН полягає в механічному звуженні функціонально і/або анатомічно неповноцінного внутрішнього зіву шийки матки. Операції, що усувають непо-

вноцінність внутрішнього зіву шийки матки, більш фізіологічні, т.к. після операцій залишається дренажний отвір для відтоку виділень з матки, саме тому на теперішній час операція Сценді - повне зашивання зовнішнього вічка шийки матки не застосовується. На сьогодні найбільш поширеними є операції Мак-Дональда, П-образний або круговий шви за Любимовою, Широкарка та їх модифікації. У світовій літературі також описані випадки проведення накладення швів трансабдоминально лапароскопічним доступом, коли піхвова частина шийки матки настільки мала, що немає можливості зашивання трансвагінальним шляхом (після ампутації шийки матки).

Операція Широкарка, запропонована в 1955, полягає в накладенні циркулярного шва на шийку матки в ділянці внутрішнього вічка. За допомогою голки Дешана нитка або фасціальну пластинку розміром 10×2,5 см проводять під слизовою піхви після її підготовчого розсічення в передньому і задньому склепіннях. Вільні кінці нитки зав'язують, щоб вузол розміщувався в передньому склепінні. Для попередження зісковзування шва нитку проводять ззаду через тканину шийки матки. Слизову відновлюють окремими кетгутівими вузлуватими швами. Після операції вагітні повинні знаходитися в стаціонарі більше 2 тижнів.

Операція Мак-Дональда, запропонована в 1957, полягає у звуженні внутрішнього зіву накладенням кисетного шва без розрізання слизової оболонки піхви в ділянці склепінь. Кінці нитки зав'язуються вузлом в передньому склепінні піхви. Після операції протягом 3-7 днів рекомендований ліжковий режим.

Операція Любимової, запропонована в 1967, полягає у звуженні істмічної частини матки в ділянці внутрішнього вічка за допомогою нитки з мідного дроту, що знаходиться в поліетиленовому чохлі, без розсічення слизової оболонки піхви. Шийку матки оголюють за допомогою дзеркал, щипцями Мюзо захоплюють роздільно передню і задню губи і підтягують їх допереду. Під контролем пальця в ділянці прикріплення крижово-маткових зв'язок накладають капроновий або шовковий шов, захоплюючи не тільки слизову, але і м'язову тканину шийки матки. У разі випинання плодового міхура його заправляють за внутрішній зів пальцем, введеним в цервікальний канал. Накладений шов зав'язують двома вузлами, після цього між кінцями нитки поміщають мідний дріт, що знаходиться в поліетиленовій оболонці. Кінці капронової або шовкової нитки над дротом зав'язують трьома хірургічними вузлами. Після фіксації дроту в задньому склепінні піхви шийку матки зрушують донизу. У передньому склепінні накладають другий

фіксуєчий капроновий або шовковий шов, кінці якого зав'язують двома вузлами. Вільний кінець мідного дроту переміщують в передне склепіння піхви, шов фіксують раніше накладеною другою капроновою або шовковою лігатурою на рівні першого шва. Після фіксації нитки з мідного дроту в передньому і задньому склепінні кінці дроту зміщують назад і догори та зав'язують трьома вузлами. Таким чином радіальний шов, звужує область внутрішнього маткового вічка до 0,3-0,4 см, розміщується на вагінальній поверхні шийки матки, міцно утримуючись фіксуєчими швами.

Методика серкляжа шийки матки. Після дезінфекції шийку матки оголюють за допомогою дзеркал, фіксують кульовими щипцями і відводять допереди і догори; оголюються задній і праве бокове склепіння піхви. Після цього правий кінець нитки проводять через перехідну складку на 7 годинах умовного циферблату, нитку проводять в підслизовому шарі шийки матки на межі заднього і бокового склепінь піхви праворуч, з виколом в передньому склепінні піхви на 12 годинах. Також проводять лівий кінець нитки в підслизовому шарі в ділянці лівого бокового склепіння піхви, з виколом на 5 годинах і виколом на 12 годинах. У передньому склепінні піхви, на межі з сечовим міхуром кінці нитки зав'язують на три вузли і коротко зрізають.

Оперативне лікування у разі ІЦН проводять переважно у II триместрі вагітності і тільки в стаціонарі. Термін операції визначають індивідуально залежно від часу виникнення клінічних проявів. За краще вважається термін 13 – 16 тижнів, коли вага плоду не викликала істотних патологічних змін шийки матки, а плацента вже сформувалася та в повній мірі узяла на себе прогестеронпродукуючу функцію, що зменшує збудливість матки та суттєво покращує прогноз. Окрім того після 13-17 тижнів ризик внутрішньоматкової інфекції підвищується у зв'язку з механічним опусканням і пролабіюванням плодового міхура, крім того, плодовий міхур, проникаючи в канал шийки матки, сприяє подальшому його розширенню, тому оперативне втручання в більш пізні терміни вагітності при виражених клінічних проявах ІЦН менш ефективно.

Протипоказаннями до проведення операції є невиношування вагітності за станом здоров'я (захворювання і патологічні стани, які є протипоказанням до збереження вагітності: важкі форми хвороб серцево-судинної системи, печінки, нирок, інфекційні, психічні та генетичні захворювання), внутрішньоматкова інфекція, виражений гіпертонус матки, маткова кровотеча, кольпіт, аномалії розвитку плоду.



Для виконання своєї функції на протязі усієї вагітності шов на шийці матки має бути накладений матеріалом, що не розсмоктується – це може бути шовк, лавсан, капрон, мерсілен [1].

Для забезпечення позитивного ефекту від операції заздалегідь слід провести бактеріоскопічне і бактеріологічне дослідження матеріалу із сечо-статевих органів жінки, провести токолітичну терапію під час операції і в післяопераційному періоді. Місцево потрібно провести санацію піхви препаратами антисептичної і протигрибкової дії, спрямовану на відновлення нормального біоценозу генітального тракту. При веденні вагітності після зашивання шийки матки необхідно проводити бактеріоскопію вагінальних виділень і огляд стану швів на шийці матки кожні 2 тижні, у разі появи патологічних виділень із статевих шляхів огляд проводять частіше, з урахуванням показань.

Виписку з стаціонару здійснюють на 5-7 добу (при неускладненому перебігу післяопераційного періоду). В амбулаторних умовах огляд шийки матки проводять кожні 2 тижні. Шви з шийки матки знімають після 37 тижнів або на будь-якому терміні вагітності при вилитті навколоплідних вод, кров'яних виділеннях з порожнини матки, прорізуванні швів (формування свища), початку регулярної пологової діяльності.

Ускладненнями хірургічного лікування ІЦН можуть стати переривання вагітності, некроз або прорізування шовного матеріалу, виникнення кровотеч, передчасний розрив або інфікування плодових оболонок, круговий відрив шийки матки (при початку пологової діяльності і наявності швів).

Профілактика розвитку та прогресування ІЦН включає в себе:

- планування вагітності (виключення небажаної вагітності та абортів, особливо пізніх термінів),
- дбайливе проведення будь-яких гінекологічних маніпуляцій на шийці матки,
- огляд і ушивання розривів шийки матки після пологів,
- проведення пластики шийки матки при виявленні старих розривів поза вагітності,
- своєчасну підготовку до вагітності (виявлення і лікування хронічних і гінекологічних захворювань до настання вагітності),
- лікування гормональних порушень,
- своєчасне взяття вагітної на облік в жіночій консультації (до 12 тижнів вагітності),
- регулярне відвідування акушера-гінеколога (1 раз на місяць в 1 триместрі, 1 раз на 2-3 тижні у 2 триместрі, 1 раз на 7-10 днів в 3 триместрі).

У випадках пост травматичної ІЦН слід роздивлятися питання хірургічного відновлення будови шийки матки. Найбільш часто пластику шийки матки поза вагітністю проводять по Єльцову-Стрелкову або за Лашем. При цьому беруть до уваги особливості анамнезу пацієнтки (число пізніх переривань вагітності, неефективність терапії іншими методами, в тому числі накладанням швів на шийку матки під час вагітності), стан шийки матки, можливості хірургічної корекції в кожному конкретному випадку.

Під час операції за Єльцовим-Стрелковим шийку матки захоплюють за передню губу, зводять донизу та до лона. Скальпелем розшаровують шийку матки від зовнішнього вічка до верхнього краю старого розриву з утворенням зовнішнього та внутрішнього клаптів. Внутрішній шар складається із слизової каналу шийки та частини м'язової тканини, зовнішній шар - з слизової вагінальної частини шийки матки і частини м'язової тканини. Розшарування тканин роблять на 1-2 см вище верхнього краю старого розриву, в поздовжньому напрямку, щоб не поранити гілочки маткової артерії і не порушити кровопостачання шийки матки, не заходячи за внутрішній зів, де до шийки матки підходять маткові артерії. Ближче до внутрішнього зіву розшарування тканин треба робити дуже обережно, пам'ятаючи, що на цьому рівні розташовуються гілочки маткових артерій, що живлять шийку. Закінчивши розшарування, висікають рубцеву тканину. Проводять формування каналу шийки матки. Для цього в порожнину матки вводять розширювач Гегара № 6 і на ньому окремими кетгутувими швами формують канал шийки матки. Кетгутові лігатури зав'язують вузлами в просвіт каналу. Прохідність новоутвореного каналу перевіряється матковим зондом.

При формуванні зовнішнього вічка слизову оболонку новоутвореного каналу з'єднують зі слизовою оболонкою зовнішнього клаптя окремими кетгутувими швами, розташованими радіально. Краї рани зовнішнього клаптя слизової оболонки з'єднують з м'язовою тканиною окремими кетгутувими швами, зав'язуючи вузли в просвіт піхви.

На новоутворену частину шийки матки накладають капронову сітку і фіксують її до тканин окремими капроновими швами. Капронова сітка утримує шви внутрішнього шару, протидіє та перешкоджає натягненню швів, розходженню країв рани.

При двосторонніх розривах шийки матки висічення рубцевої тканини проводиться спочатку з одного, а потім - з іншого боку. У тій же послідовності проводять і формування цервікального каналу, шви накладають послідовно

спочатку з одного, а потім з іншого боку з за-
нуренням вузлів в просвіт каналу.

Операція Лаша - звуження цервікального ка-
налу поза вагітності за рахунок поздовжнього
висічення тканини шийки матки або на-
кладення циркулярних швів на шийку матки.
Шийку матки оголюють дзеркалами, фіксують
кульовими щипцями і відводять донизу. На
фронтальній стінці піхви висікають клаптик
слизової оболонки, сечовий міхур відсепаро-
вують вгору до міхурово-маткової складки, не
розкриваючи її. При всьому цьому час від часу
стають видимі м'язові волокна шийки, які ро-
зійшлися, у вигляді грижеподібних випинань.
Неповноцінну тканину висікають, а рану вши-
вають. При відсутності недоліку м'язової ткани-
ни створюють кільцеве звуження шийки матки
2-3 циркулярними швами. Потім сечовий міхур
фіксують до шийки матки, а рану піхви заши-
вають вузлуватими кетгуттовими швами [2].

Слід розуміти, що оперативне лікування,
проведене поза вагітністю, не виключає необ-

хідності хірургічної корекції шийки матки під
час вагітності. При виконанні пластики поза
вагітністю розродження можливо тільки шля-
хом операції кесаревого розтину зважаючи на
небезпеку розриву шийки матки з переходом
на нижній матковий сегмент.

Прогноз при лікуванні залежить від стадії
і форми ІЦН, від наявності супутніх, у тому
числі інфекційних захворювань і від терміну
вагітності. Як правило, при ранній діагности-
ці вагітність вдається пролонгувати у 60% всіх
пацієнток.

Оскільки ІЦН є однією з найчастіших при-
чин невиношування вагітності для ефектив-
ної профілактики передчасного переривання
вагітності необхідна рання діагностика даної
патології на етапі жіночій консультації, що дає
можливість своєчасно розпочати хірургічне лі-
кування.

Накладення циркулярного підслизового
шва на шийку матки на теперішній час є най-
ефективнішим методом корекції ІЦН.

ЛІТЕРАТУРА

1. Аракелян А.Г. Современные шовные материалы, или как врачу оперирующей специальности сделать оптимальный выбор шовного материала / Аракелян А.Г., Пак С.А., Тетера С.А. – Х., 2004. – С. 23.
2. Кошелева Н.Г. Современная тактика лечения и профилактики невынашивания беременности с учетом этиопатогенеза / Н.Г. Кошелева // Вестник Российской ассоциации акушеров и гинекологов. – 1996. – № 3. – С. 45-50.
3. Кравченко В.Н. Истмико-цервикальная недостаточность / Кравченко В.Н., Скицану В.Д. // Ультразвуковая диагностика. – 1996. – № 3. – С. 54.
4. Сидельникова В.М. Привычная потеря беременности / В.М. Сидельникова. – М.: Триада, 2005. – С. 320.
5. Dietz H.P. Mechanical properties of urogynecologic implant materials / Dietz H.P. // Int. uro-gynecol. – 2003. – № 14. – P. 239-243.
6. Earth W.H. Cervical incompetence and cerclage / W.H. Earth // Clin. Obstet. Gynecol. – 2000. – P. 15-26.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ИСТМИКО- ЦЕРВИКАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

О. В. Салтовський

Резюме. Приведены данные литературы относительно истмико-цервикальной недостаточности (ИЦН). Отмечены особенности проведения диагностики и лечения данного заболевания. Представлен обзор литературы по поводу специфики обследования, клинического ведения случаев ИЦН и методов профилактики осложнений.

Ключевые слова: истмико-цервикальная недостаточность, ИЦН, недостаточность шейки матки, самопроизвольный аборт, преждевременные роды.

SURGICAL CORRECTION OF ISTHMIC-CERVICAL INSUFFICIENCY

O. V. Saltovskiy

Summary. The data literature regarding isthmic-cervical insufficiency (CIN). The peculiarity of the diagnosis and treatment of this disease. The review of literature about specific examination, clinical management of cases of CIN and ways to prevent complications.

Key words: cervical incompetence, CIN, cervical insufficiency, spontaneous abortion, premature birth.