

Сучасні методи корекції істміко-цервікальної недостатності

О.В. Голяновський, В.В. Мехедко, І.Д. Галич, М.А. Бачинська

Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика

Київський обласний центр охорони здоров'я матері та дитини

Проблема невиношування вагітності – одна з найактуальніших у сучасному акушерстві, оскільки пов'язана з порушенням репродуктивної функції жінки та має негативний вплив на народжуваність, обумовлюючи значне підвищення рівня перинатальної смертності й захворюваності. Незважаючи на багатофакторність етіології невиношування, однією з провідних причин, що викликають переривання вагітності в другому триместрі, є істміко-цервікальна недостатність (ІЦН). Частота даної патології в популяції серед вагітних жінок коливається в широкому діапазоні – від 1,5 до 13,5% [2, 4, 5].

Терміни переривання вагітності у жінок з ІЦН, за даними літератури, варіюють від 10 до 28 тиж, але переважно – 16–20 тиж [3, 4, 14].

R. Palmer, M. Lacombe в 1948 р. вперше висунули ІЦН як причину самовільного викидня. З тих пір опубліковано багато наукових робіт, присвячених вивченню етіології, діагностики, лікування, профілактики ІЦН під час вагітності.

Істміко-цервікальна недостатність – це патологічний стан перешийка і шийки матки, при якому вони не здатні протистояти внутрішньоматковому тиску і утримувати плодове яйце в порожнині матки до строкових пологів (МКБ 10, код 034.3).

Етіологія і патогенез ІЦН. До ІЦН можуть призвести: пошкодження м'язової тканини в ділянці внутрішнього вічка каналу шийки матки; зміна співвідношення між сполучною і м'язовою тканинами в шийці матки; порушення нейрогуморальних впливів на шийку матки.

Виділяють:

1. Органічну (посттравматичну, вторинну) ІЦН, зумовлену механічним пошкодженням перешийка і шийки матки. Найбільш частими причинами органічної ІЦН є попередні вишкрібання слизової оболонки матки, які супроводжуються механічною дилатацією та травматизацією шийки матки, глибокі розриви шийки матки під час патологічних пологів (накладання акушерських щипців, плодоруйнівні операції та ін.). Крім того, ІЦН може бути наслідком вторинного загоєння розривів шийки матки з розростанням рубцевої тканини, яка не може забезпечити функціонального стану шийки матки під час наступної вагітності.

2. Функціональну ІЦН, яка розвивається за відсутності пошкоджень перешийка і шийки матки. Патогенез функціональної ІЦН складний і недостатньо вивчений. Вважають, що функціональна ІЦН є наслідком порушення співвідношення між м'язовою і сполучною тканинами шийки матки, а також є результатом змін реакції її структурних елементів на нейрогуморальні подразники. При гістологічному дослідженні тканини шийки матки у жінок з функціональною ІЦН виявляють збільшення кількості м'язової тканини до 50% (у нормі м'язова тканина становить не більше 15% маси шийки матки), що призводить до передчасного розм'якшення шийки матки під час вагітності та розвитку її недостатності [3–5].

Функціональна ІЦН спостерігається в разі гіпофункції яєчників, приблизно в 1/3 хворих на гіперандрогенію.

3. Вроджену ІЦН – при генітальному інфантилізмі і вадах розвитку матки.

В етіології розвитку функціональної ІЦН певну роль відіграють α - і β -адренорецептори. Активація α -адренорецепторів призводить до скорочення м'язів матки і розширення перешийка, а активація β -адренорецепторів має зворотну дію. Чутливість α -адренорецепторів посилюється при гіперестрогенії, а β -адренорецепторів – при підвищенні рівня прогестерону. Подразнення α -адренорецепторів і гальмування β -адренорецепторів призводять до розвитку функціональної ІЦН.

Механізм мимовільного переривання вагітності в разі органічної і функціональної ІЦН полягає в тому, що внаслідок укорочення і розм'якшення шийки матки, часткового відкриття внутрішнього вічка і каналу шийки матки плодове яйце позбавляється фізіологічної опори в нижньому сегменті матки. У разі збільшення внутрішньоматкового тиску під час розвитку вагітності плодове оболонки випинаються в розширений канал шийки матки, інфікуються і розкриваються, після чого відбувається вигнання плодового яйця з порожнини матки.

У наш час значна кількість жінок має високий ризик розвитку ІЦН. До групи ризику необхідно відносити пацієнок з травмами шийки матки в анамнезі, гіперандрогенією, вадами розвитку матки, дисплазією сполучної ткани, генітальним інфантилізмом, з вагітністю, яка настала після індукції овуляції гонадотропінами, підвищенням навантаженням на шийку матки під час вагітності (багатопліддя, багатоводдя, великий плід) [8]. Збільшення ендокринної патології, що спостерігається в даний час, а також багатопліддя, дисплазія сполучної тканини та зростання кількості вагітностей після ЕКЗ призводять до збільшення частоти даної патології.

Клінічна картина і діагноз. Суб'єктивні симптоми ІЦН поза вагітністю і в I триместрі вагітності відсутні. У II–III триместрі вагітності відбувається мимовільний викидень. Безпосередньо перед викиднем і передчасними пологами може виникнути відчуття легкого розпирання в піхві, що спричинено плодовими оболонками, які пролабують через вічко. При цьому достатньо незначного підвищення внутрішньоматкового тиску (кашель, чхання, рухи плода) для розриву плодових оболонок; іноді стрімко і безболісно відбувається народження цілого плодового яйця. Недостатність шийки матки при описаній клінічній картині спостерігається у 4–10% пацієнок вже під час першої вагітності [14]. Більшість з цих жінок мають прояви ендокринопатій, інфантилізму, постпубертатного адреногенітального синдрому тощо [14].

Діагноз ІЦН під час вагітності може бути встановлений при огляді шийки матки за допомогою вагінальних дзеркал і вагінальному дослідженні. Виявляють спочатку розм'якшення і вкорочення шийки матки, пізніше – часткове відкриття зовнішнього вічка шийки матки і пролабування плодового міхура. У жінок, що не народжували, зовнішнє вічко може бути закрите. У сумнівних випадках проводять ультразвукове вимірювання довжини шийки матки. Для ІЦН у терміні вагітності понад 11–12 тиж характерне розширення внутрішнього вічка (діаметр його більше 2 см) і каналу шийки матки, пролабування плодового міхура. У разі

проведення ультразвукового дослідження перевагу надають трансвагінальній методиці.

Ультрасонографічні критерії змін шийки матки в разі ІЦН (трансвагінальна методика)

1. Довжина шийки матки, що становить 2,5 см, є критичною у першовагітних та повторновагітних у терміні вагітності менше 20 тиж і потребує інтенсивного нагляду за жінкою з диспансеризацією в групу високого ризику. Довжина шийки матки 2 см і менше є абсолютним критерієм для встановлення діагнозу ІЦН і потребує лікування. У жінок, які багато народжували, на ІЦН вказує вкорочення шийки матки в терміні вагітності 17–20 тиж до 2 см.

2. Діаметр цервікального каналу 1 см і більше у термінах вагітності до 21 тиж свідчить про цервікальну недостатність.

3. Співвідношення довжини шийки матки до діаметра шийки матки на рівні внутрішнього вічка менше 1,16 є критерієм постановки діагнозу ІЦН.

4. Пролабування плодового міхура з деформацією внутрішнього вічка шийки матки характерно для ІЦН. Найбільш несприятливою вважається V-подібна деформація внутрішнього вічка.

5. Розширення цервікального каналу на 0,2 см і більше в поєднанні з 4 і більше матковими скороченнями на годину є діагностичним критерієм ІЦН. Є дані, що в групах жінок високого ризику по невиношуванню вагітності маткові скорочення тривалістю 80–90 с з високим ступенем достовірності поєднувалися з розширенням внутрішнього вічка на 1,1 см у першовагітних і 1,3 см – у повторновагітних.

6. Зміни ехоструктури шийки матки (дрібні рідинні включення і яскраві штрихові ехосигнали) свідчать про гемодинамічні зміни в судинах шийки матки і можуть бути початковими ознаками недостатності шийки матки.

7. Під час оцінки інформативності довжини шийки матки необхідно враховувати спосіб її виміру. Результати трансабдомінального УЗ-дослідження достовірно відрізняються від результатів трансвагінального і перевищують їх в середньому на 0,5 см.

У наш час при проведенні УЗД ряд авторів рекомендує виконувати цервікальний стресовий тест (E.R. Guzman et al.). Мета даного тесту – раннє виявлення пацієток з високим ризиком розвитку ІЦН. Методика проведення тесту: рукою помірно тиснуть на передню черевну стінку по вісі матки в напрямку піхви протягом 15–30 с. Позитивний тест: зменшення довжини шийки матки на 2 і більше мм; розширення внутрішнього вічка на 5 мм і більше.

За відсутності вагітності органічну ІЦН можна діагностувати за допомогою рентгеноконтрастного дослідження мат-

ки. Дослідження проводять у другу фазу менструального циклу (20–24-й день циклу). На гістерограмах у цьому випадку визначають розширений перешийок (діаметр більше 0,5 см) і канал шийки матки (мал. 1а,б). У разі функціональної ІЦН ширина перешийка і каналу шийки матки відповідає нормі.

Критерії діагностики ІЦН поза вагітністю:

1. Вільне введення в цервікальний канал розширювача Гегара № 6 в 2-гу фазу менструального циклу.

2. За даними гістросальпінгографії на 18–20-й день циклу ширина внутрішнього вічка більше 6 мм (норма 2,63 мм).

3. Для встановлення форми ІЦН вводиться 1 мл 17-ОПК. Повторне обстеження проводиться через 3 дні. Якщо розміри перешийка зберігаються – є ІЦН, якщо перешийок звужується – функціональна ІЦН.

Лікування. Лікування ІЦН у вагітних має бути комплексним з використанням оперативних, неоперативних методів та медикаментозної підтримки.

I. Хірургічні методи корекції

Показаннями до оперативного лікування ІЦН під час вагітності є: 1. Мимовільні викидні в анамнезі (у II–III триместрі вагітності).

2. Прогресивне порушення функції шийки матки: зміна її консистенції (розм'якшення) і вкорочення.

3. Поступове збільшення часткового розкриття зовнішнього вічка і розширення всього каналу шийки матки з розкриттям внутрішнього вічка.

Протипоказаннями до оперативного лікування є:

1. Захворювання і патологічні стани, за яких протипоказано збереження вагітності (тяжкі форми захворювань серцево-судинної системи, печінки, нирок, інфекційні, психічні та генетичні захворювання).

2. Підвищена збудливість матки, яка не зникає під дією медикаментозних засобів, або вагітність, ускладнена матковою кровотечею.

3. Вади розвитку плода або вагітність, яка не розвивається, що підтверджено даними об'єктивного дослідження (ультразвукового, цитогенетичного).

4. III–IV ступінь чистоти піхви і наявність патогенної флори у виділеннях з каналу шийки матки.

Операцію зазвичай проводять у період з 11-го до 27-го тижня вагітності. Термін операції визначається індивідуально, залежно від часу виникнення клінічних проявів ІЦН. З метою профілактики внутрішньоматкової інфекції доцільно

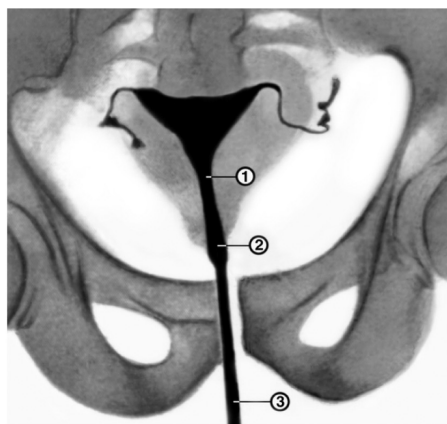


Рис. 1а. Гістерограма в нормі: 1 – перешийок матки, 2 – канал шийки матки, 3 – катетер, через який введена рентгеноконтрастна речовина

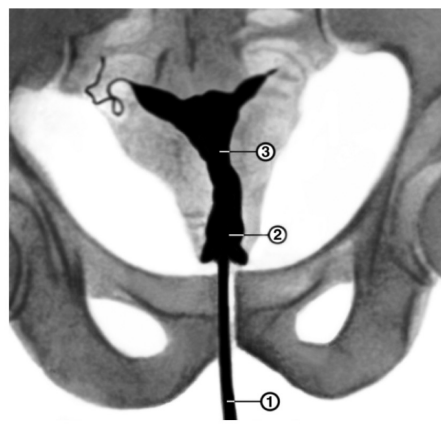


Рис. 1б. Гістерограма при істміко-цервікальній недостатності: 1 – перешийок матки, 2 – канал шийки матки, 3 – катетер, через який введена рентгеноконтрастна речовина; видно значне розширення перешийка і каналу шийки матки

здійснювати операцію в 13–17 тиж вагітності, коли відсутні значне вкорочення та розкриття шийки матки. Зі збільшенням терміну вагітності недостатність функції перешийка матки призводить до механічного опускання і пролабування плодового міхура, що створює умови для інфікування. Крім того, плодовий міхур, який пролабує в канал шийки матки, сприяє подальшому його розширенню, тому оперативні втручання в більш пізні терміни вагітності при виражених клінічних проявах ІЦН менш ефективні.

Основними методами оперативного лікування є механічне звуження функціонально і (або) анатомічно неповноцінного внутрішнього вічка шийки матки і зашивання зовнішнього вічка шийки матки. Операції, що усувають неповноцінність внутрішнього вічка шийки матки, більш фізіологічні, оскільки залишається дренажний отвір для відтоку виділень з матки. До них належать різні модифікації методу Широкара: П-подібні шви за методом А.І. Любимової і Н.М. Мамедалієвої; круговий шов за методом А. І. Любимової; кисетний шов за методом McDonald.

У СРСР найбільш поширена була операція накладення П-подібних швів на шийку матки за методикою А.І. Любимової та Н.М. Мамедалієвої (1981), що є методом вибору в разі пролабування плодового міхура (попередньо плодовий міхур вправляють у порожнину матки тампоном). Операція накладання кругового шва за методом А.І. Любимової полягає у звуженні внутрішнього вічка каналу шийки матки за допомогою нитки з мідного дроту в поліетиленовій оболонці без розтину і багаторазового проколювання слизової оболонки піхви.

Кисетний шов за McDonald накладають на межі переходу слизової оболонки передньої частини склепіння піхви на шийку матки, кінці ниток зав'язують у передній частині склепіння піхви; в якості шовного матеріалу використовують лавсан, шовк, синтетичні стрічки (мерсилен тощо).

Із методів лікування ІЦН шляхом зашивання зовнішнього вічка шийки матки найбільш поширений метод Сценді (1961): після видалення слизової оболонки навколо зовнішнього вічка шийки матки передню та задню губу шийки матки зшивають між собою окремими кетгуттовими або шовковими швами. У разі зашивання зовнішнього вічка в порожнині матки утворюється замкнутий простір, що є несприятливим фактором за наявності в матці прихованої інфекції.

Операція за Сценді неефективна в разі рубцевої деформації шийки матки і пролабування плодового міхура; цей вид операції також недоцільно проводити за наявності ерозії шийки матки, підозри на приховану інфекцію і значної кількості слизу в каналі шийки матки.

Токолітична терапія. Після операцій, які усувають функціональну або анатомічну неповноцінність внутрішнього вічка, вагітним з ІЦН без пролабування плодового міхура вставати і ходити дозволяється відразу. Протягом перших 2–3 дів з профілактичною метою призначають спазмолітики й анальгетики (свічки з папаверином – 0,02 г; но-шпа по 0,04 г 3 рази на день).

У разі збудливості матки показаний токоліз β_2 -адреноміметиками: гексопреналіну сульфат (партусистен або гініпрал). Для проведення гострого токолізу 10 мкг гініпралу розводять у 10 мл ізотонічного розчину та вводять протягом 5–10 хв повільно внутрішньовенно. Для проведення тривалого токолізу вводять 10 мкг препарату зі швидкістю 0,3 мкг/хв, потім переходять на швидкість 0,075 мкг/хв. Якщо протягом 48 год не відбувається поновлення збудливості матки, лікування продовжують препаратом у таблетованій формі в дозі 0,5 мг на добу – 10–12 днів, одночасно призначають ізоптин по 0,04 г 3–4 рази на добу.

У перші 2–3 дні після операції проводять огляд шийки за допомогою піхвових дзеркал. З метою профілактики

кольпіту після операції можна використовувати вагінальні таблетки Тержинан – по 1 таблетці 1 раз на добу, 5–7 днів.

Антибактеріальну терапію призначають за наявності великої ерозії шийки матки, а також у разі виявлення патогенної мікрофлори при бактеріологічному дослідженні виділень з піхви та каналу шийки матки. Необхідно враховувати можливість несприятливої дії лікарських засобів на плід. У такій ситуації препаратами вибору є напівсинтетичні пеніциліни (частіше використовують ампіцилін по 2 г на добу протягом 5–7 днів). У разі неускладненого перебігу післяопераційного періоду вагітна через 5–7 днів після операції може бути виписана із стаціонару під спостереження акушера-гінеколога жіночої консультації. При виписці проводять УЗД-контроль та огляд шийки матки в дзеркала. Лавсанові шви знімають у стаціонарі в 37–38 тиж вагітності. Після зняття швів на шийці матки визначається щільне фіброзне кільце. У більшості випадків пологова діяльність починається спонтанно.

Після накладення П-подібних швів за методом А.І. Любимової та Н.М. Мамедалієвої вагітним з пролабуванням плодового міхура призначають постільний режим не менш ніж на 10 днів. Для зменшення тиску передлеглої частини і плодового міхура на нижній сегмент матки нижній кінець ліжка піднімають на 25–30 см, оскільки в разі пролабування плодового міхура створюються сприятливі умови для інфікування його нижнього полюса, обов'язкове проведення антибактеріальної терапії. Антибіотик вибирають з урахуванням чутливості до нього виділеної мікрофлори. Найчастіше використовують ампіцилін у профілактичних дозах. Крім антибактеріальної терапії, проводять щоденну профілактику запального процесу шийки матки, використовуючи вагінальні таблетки Тержинан – по 1 таблетці 1 раз на добу, 5–7 днів.

Для профілактики скорочувальної діяльності матки протягом 10–12 днів застосовують β_2 -адреноміметики – гініпрал у таблетованій формі в дозі 0,5 мг на добу. Можна також використовувати партусистен або бриканіл, які спочатку вводять внутрішньовенно крапельно по 0,5 мг в 400 мл ізотонічного розчину хлориду натрію, надалі призначають усередину по 5 мг 4 рази на добу, поступово зменшуючи дозу до 5 мг на день. Одночасно використовують ізоптин по 0,04 г 3–4 рази на день.

Для токолізу можна також використовувати Атозибан (Трактоцил) – це синтетичний пептид, конкурентний антагоніст людського окситоцину на рівні окситоцинових рецепторів міометрія. Зв'язуючись з рецепторами окситоцину, Атозибан знижує частоту маткових скорочень і тонує міометрія. У рекомендованих дозах (див. нижче) пригнічує скорочення матки і забезпечує їй функціональний спокій. Даний препарат вводиться внутрішньовенно в 3 поступові етапи: спочатку болюсно вводять розчин для ін'єкцій у початковій дозі 6,75 мг; відразу після цього проводять тривалу інфузію концентрату у високій дозі – 300 мкг/кг (навантажувальна інфузія) протягом 3 год; після цього проводиться тривала (до 45 год) інфузія концентрату в низькій дозі – 100 мкг/кг. Тривалість лікування не повинна перевищувати 48 год. Повна доза на курс лікування не повинна перевищувати 330 мг.

Доведено, що прийом прогестерону від 20-го до 30-го тижня зменшує ризик передчасних пологів майже на 25%, тому його теж доцільно призначати для профілактики скорочувальної діяльності матки. В якості препарату прогестерону можна використовувати Ендометрин по 1 таблетці (100 мг) 2 рази на добу вагінально.

Після закінчення токолітичної терапії або за необхідності зменшення дози і тривалості застосування β_2 -адреноміметиків проводять лікування спазмолітиками. Хворі

повинні перебувати в стаціонарі протягом 1–3 міс. Надалі здійснюють амбулаторне спостереження: кожні 2 тиж проводять огляд шийки матки за допомогою піхвових дзеркал. Шви знімають в умовах стаціонару в терміні вагітності 37–38 тиж.

Після операції за методом Сценді вагітній дозволяють вставати на 2-гу добу. Профілактику запальних процесів піхви та шийки матки в перші 5–7 діб можна проводити вагінальними таблетками Тержинан – по 1 таблетці 1 раз на добу. Кетгуттові шви розсмоктуються через 9 днів, шовкові і лавсанові шви знімають на 9-ту добу. В області зовнішнього вічка при ефективній операції визначається рубець, який легко руйнується з початком пологової діяльності. Антибактеріальні препарати і β_2 -адреноміметики призначають у тих самих випадках, що і після операції з ушиванням внутрішнього вічка шийки матки. За відсутності ускладнень вагітна може бути виписана із стаціонару після відторгнення або зняття швів під спостереження акушера-гінеколога жіночої консультації; шийку матки оглядають кожні 2 тиж.

Найбільш частим ускладненням після оперативного лікування ІЦН з використанням лавсанових, шовкових, капронових швів є прорізування тканин шийки матки ниткою. Це може статися в таких випадках: виникає скорочувальна активність матки, а шви не зняті; операція виконана неправильно і шийка матки перетягнута швами; існують зміни шийки матки запального характеру.

Після накладання кругових швів за методом Mc Donald або А. І. Любимової можлива поява пролежнів, а надалі нориць, поперечні або кругові відриви шийки матки. У разі прорізування тканин П-подібними швами розрив відбувається в основному на задній губі шийки матки, де шви перетинаються. У разі виникнення зазначених ускладнень шви повинні бути зняті. Для лікування рани на шийці матки застосовують тампони з цигеролом, 5% або 10% лінімент синтоміцину, олію шипшини, обліпіхи. У разі виявлення в бактеріальних посівах вмісту каналу шийки матки патогенної мікрофлори призначають антибіотики з урахуванням чутливості до них виділених мікроорганізмів. Після загоєння рани на шийці матки операція може бути проведена повторно. У разі неможливості проведення повторної хірургічної корекції показані тривале дотримання постільного режиму в ліжку з піднятим ножним кінцем і призначення засобів, що знижують збудливість матки.

Усі ці методи мають недоліки – високий ризик ускладнень при виконанні операції після 18 тиж гестації. Основні ускладнення хірургічного методу корекції ІЦН підсумували у своєму огляді Grant і співавтори (1982). До них належать: розрив шийки матки; передчасний розрив плодових оболонок; стимуляція активності міометрія; сепсис, ендотоксичний шок; утруднене розродження; стеноз шийки матки; міхурово – піхвові нориці; розрив матки; ускладнення анестезії і смерть матері.

Побічні явища хірургічного методу лікування ІЦН, які викликають занепокоєння, – це можливість інфікування і викид простагландинів під час цієї процедури, що фактично підвищує ризик настання передчасних пологів [9, 14, 16]. У 5% проперованих вагітних утворюється циркулярний рубець і в пологах розвивається дистоція шийки матки. Хоча загальний рівень основних післяопераційних ускладнень становить усього 2%, до цього необхідно додати нездатність або прорізування шва у 3%, підвищення частоти кесарева розтину [14]. Висока частота клінічної маніфестації неспроможності шийки матки в термін, який перевищує оптимальний для хірургічної корекції, і ускладнення, типові для будь-якого хірургічного втручання, диктують необхідність пошуку і впровадження в практику ефективних методів профілактики передчасних пологів за наявності даної патології.

Сучасним методом хірургічної корекції ІЦН є накладання шва на шийку матки мерсиленовою стрічкою [1, 17, 18].

Методика серкляжа шийки матки мерсиленовою стрічкою.

Після дезінфекції зовнішніх статевих органів шийку матки оголюють за допомогою дзеркал і проводять дезінфекцію піхви. Потім шийку матки фіксують вікончатими затискачами і відводять до переду і доверху; при цьому оголюються заднє та праве бічне склепіння піхви. Після цього правою голкою роблять вкол у перехідній складці на 7-ми годинах умовного циферблату, мерсиленову стрічку проводять у підслизовому шарі шийки матки на межі заднього і бічного склепінь піхви справа з виолом в передньому склепінні піхви на 12-ти годинах. Так само проводять ліву голку з мерсиленовою стрічкою в підслизовому шарі в області лівого бічного склепіння піхви зі вколом на 5-ти годинах і виолом на 12-ти годинах. У передньому склепінні піхви на межі із сечовим міхуром кінці стрічки зав'язують на три вузли і коротко зрізують. Контроль за станом шва проводиться щомісячно.

Дана методика хірургічної корекції ІЦН у вагітних є найбільш простою щодо техніки виконання і найменш травматичною, оскільки не порушує живлення і іннервацію шийки матки. Операцію проводять під внутрішньовенним наркозом.

II. Консервативні методи лікування. З 2007 р. для профілактики передчасних пологів у вагітних з ІЦН застосовують нехірургічний метод корекції ІЦН за допомогою акушерського розвантажувального песарія. Даний метод широко застосовується в закладах Республіки Білорусь, Росії й ряді клінік м. Києва [5,6].

Песарій (рис. 3) виготовлений з біологічно інертного поліетилену високого тиску, має велику основу (1), яка звернена в бік прямої кишки, малу основу (2), що прилягає до лонного зчленування. Увігнута поверхня основи перешкоджає здавленню прямої кишки та сечового міхура. Центральний отвір (3), призначений для шийки матки, розташований ексцентрично, ближче до великої основи, центр його знаходиться строго по передньо-задній вісі. По периферії від центрального отвору розташовані додаткові (4–7) отвори для відтоку піхвового секрету. Усі кути песарія закруглені півкільцями (8). Бічні краї закруглені. Між отворами є перемички, що забезпечують жорсткість конструкції.

Показаннями до застосування акушерського розвантажувального песарія є наявність функціональної або органічної ІЦН під час вагітності. Можливе профілактичне застосування акушерського песарія в разі високого ризику розвитку ІЦН і не виключається попереднє накладання шва на шийку матки з подальшим введенням песарія для зменшення навантаження на область швів.

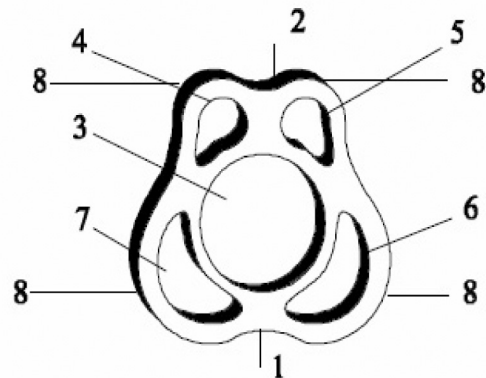


Рис. 3. Загальний вид акушерського песарія

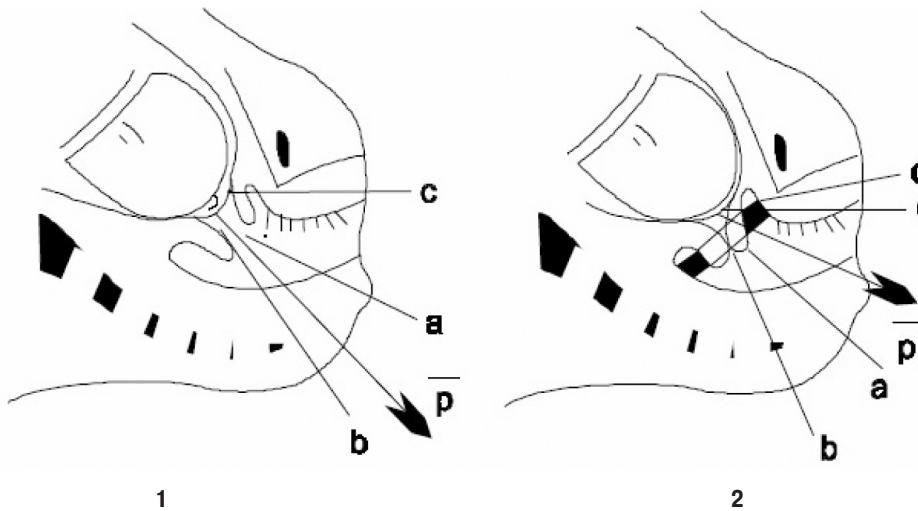


Рис. 4. Механізм дії песарія:

1. Істміко-цервікальна недостатність: привідкрите зовнішнє (а) та внутрішнє (б) вічко, шийка центрована, тиск плодового яйця (р) спрямовано відповідно вісі шийки матки, плодовий міхур (с) пролабує.

2. Встановлено песарій (г); зовнішнє вічко (а) та внутрішнє вічко (б) замкнуті центральним отвором песарія, плодовий міхур (с) за внутрішнім вічком, тиск плодового яйця (р) перерозподілено.

Захисна дія песарія може бути представлена таким чином:

1. Замикання шийки матки стінками центрального отвору песарія.
2. Часткова передача внутрішньоматкового тиску на передню стінку матки внаслідок вентрально-косого положення песарія і сакралізації шийки призводить до зменшення навантаження на неспроможну шийку матки внаслідок перерозподілу тиску плодового яйця на тазове дно.
3. Формування укороченої і частково відкритої шийки матки.
4. Збереження слизової пробки і зниження статеві активності дозволяє зменшити ймовірність інфікування.
5. Захист нижнього полюса плодового яйця завдяки сукупності діючих компонентів.
6. Поліпшення психоемоційного стану пацієнтки

Умови для застосування акушерського розвантажувального песарія: стан нормоценозу піхви, підтверджений бактеріоскопічно і бактеріологічно; нормальний тонус матки.

Протипоказаннями до застосування акушерського розвантажувального песарія є:

1. Захворювання, за яких пролонгування вагітності протипоказано.
2. Запальні захворювання піхви, шийки матки та зовнішніх статевих органів (потрібна попередня санація з наступним динамічним контролем стану біоценозу піхви).
3. Розрив плодових оболонок; аномалії розвитку і органічні захворювання піхви і шийки матки.

Показаннями до дострокового видалення песарія є:

1. Розвиток запалення піхви і шийки матки під час вагітності.
2. Поява скарг на біль або відчуття чужорідного тіла в піхві.
3. Передчасне вилиття навколоплодових вод.
4. Поява кров'янистих виділень із статевих шляхів.
5. Розвиток пологової діяльності.
6. Ускладнення перебігу вагітності з боку матері або плода, що вимагають дострокового розродження.

Введення песарія. Введення песарія можна розділити на два етапи:

I етап: після спорожнення сечового міхура песарій розташовують біля входу у піхву вертикально. Вводять нижнє півкільце широкої основи в піхву. Потім, натискаючи на задню стінку піхви, вводять верхнє півкільце широкої основи. Після цього песарій повністю вводять у піхву.

II етап: у широкій частині малого таза песарій розгортають у косо-поперечній площині щодо поздовжньої осі тіла пацієнтки. Широку основу зміщують у заднє склепіння піхви, при цьому мала основа повинна розташуватися під

лонним зчленуванням, а шийка матки – в центральному отворі песарія. Завдяки формі песарія і особливостям трофіки тканин піхви під час вагітності вірогідність розвитку пролежнів зводиться до мінімуму. Методика установки проста, не вимагає анестезії, легко переноситься пацієнтками. Для полегшення введення слід використовувати гліцерин. Можливе введення песаріїв як у стаціонарних, так і в амбулаторних умовах. У разі підвищеної збудливості матки слід за 30–40 хв до введення рекомендувати прийом спазмолітиків у загальноприйнятих дозах.

Виведення песарія. В плановому порядку акушерський розвантажувальний песарій виводять після досягнення 37–38 тиж вагітності, як в умовах стаціонару, так і амбулаторно. Виводиться песарій легко і безболісно. У разі підвищеної збудливості матки слід попередньо рекомендувати прийом спазмолітиків у загальноприйнятих дозах. Після вилучення песарія доцільна санація статевих шляхів залежно від характеру мікрофлори піхви. У разі застосування песарія необхідна динамічна оцінка стану шийки матки та стану мікробіоценозу піхви.

Клінічні ситуації для дострокового видалення песарія:

- 1 – необхідність термінового розродження;
- 2 – несвоєчасне вилиття навколоплодових вод (необхідно призначити антибіотики);
- 3 – розвиток пологової діяльності (в пологах песарій виводиться без ускладнень);
- 4 – явище хоріоамніоніту.

Можливо, але не рекомендується видалення песарія самою жінкою.

Висновки та рекомендації

1. Для постановки діагнозу ІЦН необхідно ретельно збирати анамнез з виявленням факторів ризику (травматичний, інфекційний, гормональний, поєднаний), проводити біману-

альне, ультразвукове, доплерометричне дослідження шийки матки, виявляти дисплазію сполучної тканини, визначати рівень тестостерону і уrogenітальної інфекції.

2. У разі діагностики ІЦН необхідно своєчасно проводити консервативну терапію (розвантажувальний песарій) або хірургічну терапію (накладання швів на шийку матки). Корекцію останньої необхідно проводити з урахуванням наявних протипоказань. Оптимальний термін для даних методів лікування – 14–18 тиж гестації. Корекцію необхідно здійснювати після попереднього обстеження пацієнтки на уrogenітальні інфекції та мікробіологічного дослідження виділень із піхви і каналу шийки матки. Токोलітичну терапію слід проводити за показаннями. Враховуючи часте виникнення загрози переривання вагітності та розвиток кольпиту після корекції ІЦН, вагітні підлягають суворому диспансерному спостереженню з проведенням піхвового та ультразвукового огляду шийки матки і мікробіологічного дослідження виділень із піхви кожні 2–3 тиж. У разі появи ознак запалення проводиться протизапальна коригуюча терапія. Антибіотики призначають тільки за показаннями. У загрозові терміни вагітності необхідні профілактичні курси токолітичної терапії тривалістю до 10–12 днів.

3. Розродження жінок за наявності ІЦН слід проводити після видалення розвантажувального песарія або зняття швів з шийки матки в терміні 37–38 тиж вагітності. Метод розродження необхідно визначати, виходячи з акушерської ситуації.

4. Попередження розвитку ІЦН – це проведення санітарно-просвітницької роботи серед жінок з метою профілактики абортів, особливо у таких, які не народжували, а також своєчасне лікування інфекцій, що передаються статевим шляхом. У пологах – бережне ведення першого періоду із застосуванням адекватного знеболювання та спазмолітичної терапії з метою уникнення розривів шийки матки. У разі виявлення рубцевих змін та деформацій шийки матки, ерозивного ектропіону – їх хірургічна корекція (операція Емета та інші пластичні операції). Якщо у жінки в анамнезі були мимовільні викидні, то обов'язково необхідно встановити їх причину.

Современные методы коррекции истмико-цервикальной недостаточности
О.В. Голяновский, В.В. Мехедко, И.Д. Галич, М.А. Бачинская

В обзоре литературы авторами представлены основные данные по проблеме невынашивания беременности, связанной с истмико-цервикальной недостаточностью (ИЦН). В статье подробно изложены вопросы этиологии, патогенеза и факторы риска, предрасполагающие к возникновению ИЦН. С современных позиций рассмотрены вопросы диагностики и лечения ИЦН как вне беременности, так и во время ее прогрессирования. Уделено особое внимание хирургическим методам коррекции, использованию акушерского разгрузочного pessaria и медикаментозной поддержке после хирургических методов лечения ИЦН.

Ключевые слова: невынашивание беременности, истмико-цервикальная недостаточность, акушерский разгрузочный pessарий, мерсиленовая лента.

Modern methods of isthmic-cervical insufficiency
O.V. Golyanovskiy, V.V. Mekhedko, I.D. Galich, M.A. Bachyn's'ka

The review of literature by the authors provides basic information on the issue of miscarriage associated with isthmic-cervical insufficiency (ICI). The article detailed the etiology, pathogenesis and risk factors that predispose to the emergence of ICI. With the current position the issues of diagnosis and treatment of ICI as the outside of pregnancy, and during its progression were considered. Paying special attention to the surgical methods of correction, use of midwifery pessary handling and medical support after surgical treatments for ICI.

Key words: miscarriage, isthmic-cervical insufficiency, obstetric discharge pessary, mersilenic strip.

ЛИТЕРАТУРА

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. Бурдули Г.М., Фролова О.Г. Репродуктивные потери. – М.: «Триада-Х», 1997. – С. 19.
3. Ельцов-Стрелков В.И., Смирнова Т.В. // Акуш. и гин. – 1979. – № 2. – С. 29–30.
4. Журавльов А.Ю., Занько С.Н. Истмико-цервикальная недостаточность, как фактор риска преждевременных родов. Возможности профилактики, диагностики и лечения // Качество и эффективность использованных медицинских технологий. Сб. науч. тр. – Витебск, 1999. – С. 59–61.
5. Журавльов А.Ю. Частота истмико-цервикальной недостаточности по данным ультрасонографии в сроках гестации до 20 недель // Актуальные вопросы теоретической и практической медицины и фармации. Тез. докл. 57 научной сессии ВГМУ. – Витебск, 2002. – С.87.
6. Журавльов А.Ю., Журавльов Ю.В., Дородейко В.Г. Применение разгрузочного акушерского pessария в лечении и профилактике невынашивания беременности при истмико-цервикальной недостаточности // Охрана материнства и детства. – 2000. – № 1. – С. 89–100.
7. Занько С.Н., Журавльов А.Ю. Предупреждение преждевременных родов при помощи разгрузочного акушерского pessария // Охрана здоровья. – 2004. – № 8. – С. 6–9.
8. Кулаков В.И. Мурашко Л.Е. Преждевременные роды. – М.: Медицина, 2002. – 172 с.
9. Кулаков В.И., Серов В.Н., Сидельникова В.М. Преждевременные роды, тактика ведения с учетом сроков гестации // Журнал акушерства и женских болезней. – 2002. – Вып. 2. – С. 13–18.
10. Липман А.Д., Черемних А.Ю. Ультразвуковые критерии истмико-цервикальной недостаточности // Акушерство и гинекология. – 1996. – № 4. – С. 5–7.
11. Малая медицинская энциклопедия. – М.: Медицинская энциклопедия, 1991–1996.
12. Первая медицинская помощь. – М.: Большая Российская Энциклопедия. – 1994.
13. Простагландины в акушерско-гинекологической практике / Под ред. Е.К. Айламазян, В.В. Абрамченко. – СПб.: Потерпили, 1992. – 248 с.
14. Руководство по безопасному материнству / Под ред. В.Н. Серова. – М.: «Триада-Х», 2000. – 531 с.
15. Сатишева И.В. Клинико-диагностические особенности и эффективность различных методов лечения истмико-цервикальной недостаточности: Автореф. дис. ... канд. мед. наук: спец. 14.00.01 "Акушерство и гинекология". – Томск, 2009. – 141 с.
16. Сидельникова В.М. Невынашивание беременности. – М., 1986. – 175 с.
17. Dietz H.P. Mechanical properties of urogynecologic implant materials / Dietz H.P. et al. // Int. urogynecol. – 2003. – № 14. – P. 239–243.
18. Earth W.H. Cervical incompetence and cerclage // Clin. Obstet. Gynecolog. – 2000. – P. 15–26.