

К вопросу хирургического лечения преждевременных родов при невынашиваемости

М.В. Макаренко, Д.А. Говсеев, Л.Н. Городничая, В.Б. Аксенов

Киевский городской родильный дом № 5

«Мы более не можем ничего не делать для предотвращения преждевременных родов»
S. Campdell, 2011 г.

Статья посвящена практическим методам борьбы с проблемой невынашиваемости беременности. Авторы статьи раскрывают основные факторы риска и приводят классификацию типов невынашиваемости, анализируют существующие методики лечения данной проблемы, а также делятся собственными наработками, применяемыми на практике в Киевском городском родильном доме № 5 и показавшими свою эффективность.

Ключевые слова: невынашиваемость беременности, хирургическая коррекция, истмико-цервикальная недостаточность, мерсиленовая нить, серкляж.

Невынашиваемость на сегодняшний день является острой проблемой акушерства.

Для того чтобы иметь здоровое потомство, сохранить благополучие в семье, при решении завести ребенка нужно правильно планировать беременность, изучить проблему, пройти полное обследование. При выявлении каких-либо заболеваний следует их устранить.

Невынашиваемость сегодня частое состояние женщины, влияние экологии дестабилизирует состояние здоровья.

Самопроизвольное прерывание беременности в сроках с 22 до 37 нед считают невынашиванием.

В мире этой проблемой страдают 25% беременных. По частоте в сроках невынашивание распределяется следующим образом [3]:

- I триместр – 50%;
- II триместр – 20%;
- III триместр – 30%.

На частоту прерывания беременности влияют возраст моложе 20 лет и старше 35 лет, а также интервал между предыдущими беременностями менее 2 лет.

Следует отметить также проблему привычного невынашивания, т.е. когда выкидыш или преждевременные роды у одной и той же женщины происходят более двух раз.

Частота невынашиваемости, по данным разных авторов и ВОЗ, в последние 20–30 лет составляет 15–20%, преждевременных родов – 4,5–7,3% в Европе, в Америке – 9,7%.

Факторы риска (делятся на несколько групп) [3].

Современный человек, живущий в мегаполисе, подвергается:

- социально-биологическим факторам (психосоциальные стрессы, низкое социально-экономическое положение, тяжелая физическая работа, связанная со многими вредными производствами, неправильный образ жизни, вредные привычки – наркомания, пассивный алкоголизм, курение среди женщин);

- состояние здоровья самих женщин (гинекологический статус), возраст – первородящие юного возраста 16–18 лет и старшего возраста – более 30 лет;

- экстрагенитальная патология. Декомпенсация – заболевания сердца, сахарный диабет, бронхиальная астма, заболевания почек и др.;

- осложнения предыдущих беременностей (аборты, много- или маловодие, индуцированная беременность и ЭКО, цервикально-вагинальные инфекции, маточные кровотечения в I–III триместре беременности, хирургические вмешательства, травмы).

Невынашиваемость – бывает нескольких видов:

- иммунного генеза;
- тромбофилические состояния;
- связанная с гиперандрогенией;
- эндокринного генеза;
- при различного вида инфекциях.

Кроме того, подобные состояния могут развиваться под воздействием лекарственных средств, химических бытовых и промышленных веществ, радиационного излуче-

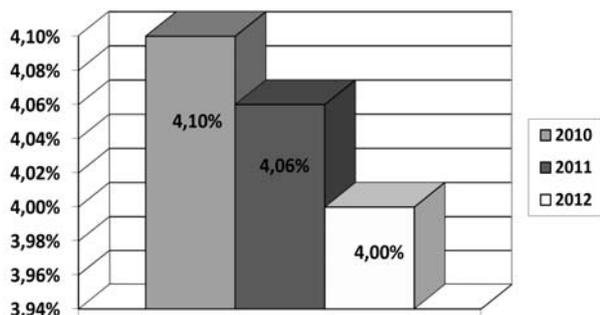


Рис. 1. Динамика уменьшения количества преждевременных родов за 2010-2012 гг.

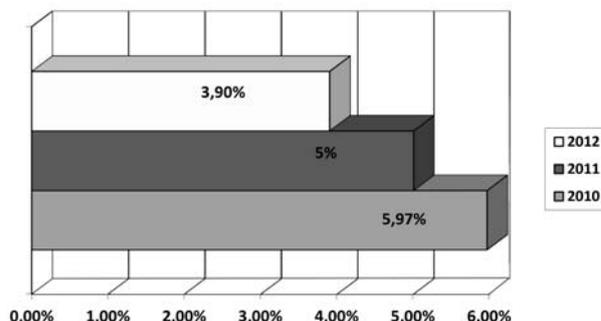


Рис. 2. Динамика уменьшения количества самопроизвольных прерываний беременности в поздних сроках за 2010-2012 гг.

ния, при бесконтрольном занятии сексом при частой смене партнеров, при синдроме хронической усталости.

Занимаясь проблемами невынашивания в Киевском городском роддоме № 5, имея хорошую базу для успешного лечения всех форм невынашиваемости, начиная с обследования будущих родителей и их оздоровления, за три года уменьшилось количество преждевременных родов (рис. 1, 2).

Специалисты родильного дома № 5 впервые в Украине начали широко применять методику хирургического лечения, коррекции истмико-цервикальной недостаточности (ИЦН) как одной из сторон лечения прерывания беременности по своей методике.

ИЦН (insufficiencia isthmocervicalis) – это недостаточность перешейка и шейки матки, которая может привести к потере плода. Причина патологии кроется в неспособности шеечно-истмического отдела матки удерживать растущее плодное яйцо.

Матка грушевидной формы, полый орган, состоящий из гладкомышечной ткани (рис. 3):

- тело матки (corpus);
- перешеек (isthmus);
- шейка (cervix).

Перешеек – это узкая зона между телом и шейкой матки.

Матка, плодовместилище – «домик для плода», перешеек, шейка – «замок» в домике, удерживающий плод в полости матки.

Иными словами ИЦН – нарушение запирающей способности шейки матки.

Шейка матки при беременности изменяется, ее кровоснабжение значительно усиливается, поэтому она напоминает губчатую ткань.

В самой шейке недостаточное количество продольных мышц. Верхняя часть сливается с нижним сегментом за несколько недель до родов.

Шейка матки переходит к поверхности влагалища выше, чем спереди. Задняя часть влагалища длиннее передней.

Кровоснабжение

- за счет артерий, отходящих от наружной подвздошной (наружной срамной и семенной), а также от внутренней подвздошной;
- венозный отток по одноименным венам;
- лимфоотток от наружных половых органов в паховые и бедренные лимфоузлы;
- иннервация ветвями срамного нерва.



Рис. 3. Анатомия матки [3]

Оценка ИЦН в баллах по Штемберу

Клинический признак	Баллы		
	0	1	3
Длина влагалищной части шейки матки	Норма	Укорочена	Менее 1,5 см
Состояние канала шейки матки	Закрыт	Частично проходим	Пропускает 1 п/п
Расположение шейки матки	Сакральное	Центральное	Направлена кпереди
Консистенция шейки матки	Плотная	Размягчена	Мягкая
Расположение предлежащей части плода	Над входом в малый таз	Прижата ко входу в малый таз	Во входе в малый таз

Механизм прерывания

При беременности повышается внутриматочное давление, шейка матки укорачивается, размягчается. Плодное яйцо не имеет опоры в нижнем сегменте. При увеличении массы плода, срока беременности, а также количества околоплодных вод происходит механическое надавливание на область внутреннего зева и, как следствие, плодный пузырь пролабируется. Часто инфицируется, вскрывается. Происходит выкидыш или преждевременные роды.

Диагностика ИЦН

Анамнез – при расспросе у беременной следует обращать внимание на трудные роды, самопроизвольные выкидыши, разрывы шейки матки, использование щипцов;

- эндокринные нарушения;
- гистеросальпингография;
- ультразвуковое, трансвагинальное исследование фиксирует изменения внутреннего зева еще до появления клиники.

Мы разделяем взгляд многих авторов (G. Crane, D. Hutchens, V. Berghenlla), что длина шейки матки менее 25 мм в сроке гестации 24–31 нед является безусловным фактором риска преждевременных родов даже с началом токолитической терапии [7].

Мы считаем, что эффективность коррекции ИЦН зависит от своевременного ее проведения, а также от методики, которую используют, что доказывает наше исследование.

Причины ИЦН делятся на:

I. Анатомическую

- травма шейки матки в предыдущих родах;
- неправильное ушивание шейки матки, рубцы;
- аборт, грубые манипуляции на шейке матки.

II. Функциональную

- аномалии развития матки, шейки матки;
- дефицит гормонов;
- повышенное содержание эстрогенов;
- массивная гормональная подготовка при ЭКО.

Симптоматика:

- не специфична;
- раскрытие шейки матки без боли;
- тяжесть, дискомфорт внизу живота;
- патологические выделения из влагалища, т.е. симптомы прерывания беременности.

Лечение невынашивания при ИЦН

I. Консервативное – акушерские пессарии (не всегда эффективный атравматичный безопасный метод).

Методы лечения невынашивания беременности при ИЦН

Срок беременности	Мерселеновая нить		Шелковая нить, 2011
	2011	2012	
До 22 нед	18	47	33
С 22 до 28 нед	28	72	3
Более 28 нед	18	25	

II. Смешанное – сочетание всех трех – токолитическое, гормональное лечение, охранительный режим.

- токолитический эффект снижает частоту маточных сокращений, сохраняя беременность;
- иммуномодулирующий эффект – блокада отторжения эмбриона;
- анксиолитический – защита от стресса;
- антиальдостероновый – регуляция водно-солевого обмена, профилактика развития гестоза на поздних сроках.

III. Хирургическое – особенно эффективно при комплексном подходе (вышеуказанные методы).

Обязательным условием проведения коррекции является I–III степень чистоты влагалища.

Операцию проводят под внутривенным наркозом (Пропофол – Фарм), мерселеновой нитью по нашей методике. В основу взят способ McDonald. После серкляжа проводят токолитическую терапию длительностью 3 дня.

Существующие методики

- по Широкарку;
- П-образный шов Любимовой и Мамадалиевой;
- круговой шов по Любимовой;
- кисетный шов по McDonald;
- шов по Сценди и др.

Условия операции

- отсутствие воспаления, вульвовагинита;
- срок беременности 14–25 нед, оптимально в 20 нед, мы расширили срок гестации с 24 нед до 31 нед;
- целый плодный пузырь;
- отсутствие значительного сглаживания шейки матки;
- отсутствие выраженного пролабирования плодного пузыря;
- отсутствие хориоамнионита.

Противопоказания к хирургическому методу

- наличие заболеваний и патологических состояний, не позволяющих сохранить беременность (заболевания сердца, почек, печени, психические, генетические);
- повышенная возбудимость матки (угроза прерывания беременности, не поддающаяся медикаментозному лечению);
- наличие неразвивающейся беременности.

Осложнения

- самопроизвольное прерывание беременности;
- кровотечение;
- разрыв амниотических оболочек;
- некроз, прорезывание ткани шейки матки;
- образование пролежней, свищей.

Ведение беременных с ИЦН после наложения шва

- нахождение в стационаре до стабилизации угрозы прерывания беременности, токолиз 3 дня;
- оценка по УЗИ состояния шейки матки, первый раз через три дня, затем через 1–2 нед с помощью УЗИ;
- поддерживающая сохраняющая терапия, токолиз, гормоны;
- контроль чистоты влагалища как профилактика восходящей инфекции, при необходимости – санация;
- снятие шва в сроке 37–38 нед, при подтверждении зрелости плода по УЗИ;
- психоседативная терапия.

Осложнения в родах

- общие затруднения в родах (непредсказуемость родов) как быстрые, так и затянувшиеся;
- необходимость стимуляции родов в связи с длительной сохраняющей терапией;
- кровотечения, круговой отрыв шейки матки при несвоевременном снятии шва [8];

- прорезывание шва до родов;
- травма мочевого пузыря;
- активация инфекции (эндотоксический шок, амнионит до родов и в родах, сепсис).

Тем не менее, серкляж является основным методом лечения невынашивания, чаще всего проходит благополучно, завершается рождением здорового ребенка, в 68% случаев, по литературным данным.

При повторных беременностях, интервал более 2 лет, конечно, нужно планировать беременность, обследоваться, корректировать состояние здоровья до беременности.

Результат зависит от причин возникновения ИЦН в первый раз.

В роддоме № 5 г. Киева методику используют несколько лет. Проводили исследование, в котором принимали участие 97 беременных с различным сроком беременности. Использовали мерселеновую и шелковую нить методом McDonald (табл. 2).

В 2011 году у беременных в 36 случаях серкляж выполнен шелковой нитью, 61 беременной мерселеновой.

В группе, где хирургическая коррекция ИЦН выполнена мерселеновой нитью, в 2 (2,1%) случаях закончилась преждевременными родами в сроке 30–36 нед в связи с преждевременным отхождением околоплодных вод.

Коррекция ИЦН с помощью шелковой нити произведена в более благополучные сроки беременности и все же в 6 случаях (6,2%) закончилась преждевременными родами.

В 2012 году было проведено 144 коррекции ИЦН в разные сроки. Увеличилось количество швов в оптимальные сроки с 22 до 28 нед – 119 случаев. Осложнений в родах не было. Объясняется это более внимательным отношением беременных к данной проблеме. Более чем в 25 случаях срок беременности – 28 нед. Осложнения в виде отхождения околоплодных вод наблюдалось в сроке 35–36 нед – 3 случая (2,08%).

Все швы в 2012 году накладывали мерселеновой нитью.

ВЫВОДЫ

1. Успешное лечение прерывания беременности в разных сроках гестации возможно только при индивидуальном подходе к каждой беременной.
2. Необходимо выработать конкретный план лечения и комплексной терапии.
3. Обязательной является своевременная диагностика ИЦН, с помощью которой можно успешно пролонгировать беременность.
4. Использование мерселеновой нити по методике, применяемой в роддоме № 5 г. Киева, позволяет достичь хирургической коррекции ИЦН в более поздние сроки гестации с положительным результатом. Более широкая мерселеновая нить имеет ряд преимуществ перед другими:
 - большая (шире) площадь захвата тканей;
 - меньшая вероятность прорезывания с началом преждевременных родов;

- возможность менее травматично сжимать ткани шейки матки.

5. Мы убедились, что методика коррекции ИЦН мерсереновой нитью может применяться в поздних сроках беременности, когда серкляж другими нитями неэффективен.

6. Результаты проведенного исследования свидетельствуют, что коррекция ИЦН мерсереновой нитью является приемлемой методикой.

До питання хірургічного лікування передчасних пологів при невинашиваємості
М.В. Макаренко, Д.А. Говсеєв, Л.М. Городничая, В.Б. Аксьонов

Стаття присвячена практичним методам боротьби з проблемою невинашиваємості вагітності. Автори статті розкривають основні фактори ризику і призводять класифікацію типів невинашиваємості, аналізу-

ють існуючі методики лікування даної проблеми, а також діляться власними напрацюваннями, застосовуваними на практиці в Київському міському пологовому будинку № 5 і показали свою ефективність.

Ключові слова: *невиношуваність вагітності, хірургічна корекція ІЦВ, мерсіленова нитка, серкляж.*

The problem of surgical treatment of preterm labor with miscarriage
M.V. Makarenko, D.A. Govseev, L.N. Gorodnichaya, V.B. Aksenov

The article is devoted to the practical methods of treatment of miscarriage pregnancy. The authors reveal the major risk factors and give the classification of miscarriage types, analyze the existing methods of treatment of this problem. They also supply their own effective results, applied in practice in Kiev maternity hospital №5.

Keywords: *pregnancy, miscarriage, PPI surgical correction, Mersilene thread, cerclage*

Сведения об авторах

Макаренко Михаил Васильевич – Киевский городской родильный дом №5, 03027, г. Киев, пр. Краснозвездный, 2

Говсеєв Дмитрий Александрович – Киевский городской родильный дом №5, 03027, г. Киев, пр. Краснозвездный, 2

Городничая Лариса Николаевна – Киевский городской родильный дом №5, 03027, г. Киев, пр. Краснозвездный, 2; тел.: (097) 216-73-27

Аксьонов Виктор Борисович – Киевский городской родильный дом №5, 03027, г. Киев, пр. Краснозвездный, 2; тел.: (096) 626-30-50

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Абрамченко В.В. Активное ведение родов: руководство для врачей / Абрамченко В.В. – СПб.: Специальная литература, 1999. – 667 с.

2. Айламазян Э.К. Акушерство: учебник для медицинских вузов / Айламазян Э.К. – СПб.: Спец. литература, – 2005. – 527 с.

3. Акушерство от десяти учителей под

ред. Стюарта Кемпбелла и Кристофа Лиза. – М.: МИА. – 2004.

4. Акушерство: Учебник/ Г.М. Савельева, В.И. Кулаков, А.Н. Стрижаков и др.; Под ред. Г.М. Савельевой. – М.: Медицина, 2000. – 816 с.

5. Гинекология. Новейший справочник / Под общ. ред. И.А. Суслопарова. – М.: Эксмо, 2006. – 688 с.

6. Серов В.Н. Руководство по практическому акушерству / Серов В.Н., Стрижаков А.Н., Маркин С.А. – М.: МИА, 1997.

7. Berghella V, Odibo AO, Tolosa JE. Cerclage for prevention of preterm birth in women with a short cervix found on transvaginal ultrasound examination: a randomized trial. *Am J Obstet Gynecol.*

2004; 191 (4): 1311–1317.

8. McDonald IA. Suture of the cervix for inevitable miscarriage. *J Obstet Gynaecol Br Emp.* 1957; 64 (3): 346–350.

9. Shirodkar VN. A new method of operative treatment for habitual abortions in the second trimester of pregnancy. *Antiseptic.* 1955; 52:299.

Статья поступила в редакцию 13.03.2013