

УДК 618.146:618.3:616-073.4-8

*М.О.Щербина,  
Му'авія Салем Альмарадат,  
І.Ю. Кузьміна,  
О.І. Скорбач*

Харківський національний медичний  
університет

**Ключові слова:** вагітність,  
істміко-цервікальна недостат-  
ність, розвантажуючий пессарій,  
шви на шийці матки.

## ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ВАГІТНОСТІ Й ПОЛОГІВ ЗАЛЕЖНО ВІД МЕТОДУ КОРЕКЦІЇ ІСТМІКО-ЦЕРВІКАЛЬНОЇ НЕДОСТАТНОСТІ

**Резюме.** Представлений порівняльний аналіз перебігу вагітності й пологів при консервативній та хірургічній корекціях істміко-цервікальної недостатності (ІЦН). При накладенні швів частіше проводилася госпіталізація в стаціонар з приводу загрози переривання вагітності ( $p < 0,05$ ), розродження проводили шляхом кесарева розтину в 30,3% випадків ( $p < 0,05$ ). При використанні розвантажуючого пессарія частіше було потрібна санація піхви у зв'язку з розвитком кольпіту (26,7 %,  $p < 0,05$ ), розродження через природні пологові шляхи - 95,3 % ( $p < 0,05$ ). Проте в цьому випадку переважали допологове вилиття навколоплідних вод (27,1%,  $p < 0,05$ ), епізіотомія (27,5%,  $p < 0,001$ ), травми м'яких тканин пологових шляхів (25,8%,  $p < 0,05$ ). Мимовільні пологи після накладення швів частіше характеризувалися розривами шийки матки (47,8%,  $p < 0,001$ ), швидкими пологами (24,2%,  $p < 0,05$ ).

### Вступ

Проблема невиношування вагітності є однією з актуальних в сучасному акушерстві, оскільки не лише призводить до порушення репродуктивної функції жінки, але й чинить негативний вплив на народжуваність, зумовлюючи значне підвищення рівня перинатальної смертності й захворюваності новонароджених у ранньому неонатальному періоді [1,2].

Незважаючи на багатофакторність етіології невиношування, однією з провідних причин, які викликають переривання вагітності в другому триместрі, є істміко-цервікальна недостатність (ІЦН) [3,4], корекцію якої можливо проводити консервативними й хірургічними методами [5,6].

У літературі описані різні методики корекції ІЦН, ефективність яких досягає 83-96 % [7]. Проте ми не зустріли даних про особливості перебігу вагітності залежно від використання консервативного або хірургічного методу корекції.

### Мета дослідження

Вивчити особливості перебігу вагітності й пологів залежно від методу корекції ІЦН.

### Матеріал і методи

Досліджено перебіг вагітності й пологів у 44 пацієнток з ІЦН. Діагноз ІЦН був верифікований у

13-30 тижнів гестації за даними анамнезу, вагінального та ультразвукового досліджень. Вагінальне дослідження виконувалося всім пацієнткам при постановці на диспансерний облік по вагітності, у другому триместрі за наявності обтяженого акушерського анамнезу й при появі ознак загрози переривання вагітності.

Для оцінки стану шийки матки використовували бальну оцінку ступеня ІЦН за шкалою Штембера. Усім пацієнткам (44 жінки) при появі ознак загрози переривання вагітності проводилася зберігаюча терапія в стаціонарних умовах. З цією метою призначали седативні препарати, спазмолітичні засоби, магнєзійну терапію, вітамінотерапію, фізіотерапію. Корекція ІЦН була проведена в 40 жінок: розвантажуючим пессарієм у 60% (І група,  $n=24$ ), накладенням двох П-подібних швів поблизу ділянки внутрішнього зіву шийки матки в 40% (ІІ група,  $n=16$ ). У 4 жінок (9%) корекція не була виконана у зв'язку з пізнім діагностуванням ІЦН.

Для профілактики розвитку запалення піхви проводилося дослідження вагінальних мазків із частотою 1 раз на місяць. При появі ознак кольпіту призначалася санація піхви водорозчинними і полікомпонентними антисептиками. При сприятливому перебігу вагітності розвантажуючий пессарій, або шви на шийці матки видаляли в 36-38 тижнів вагітності.

Отримані дані піддавалися статистичній обробці.

### Обговорення результатів дослідження

Вік обстежуваних пацієнток в I групі склав у середньому  $29,3 \pm 0,3$  років, у II -  $25,6 \pm 0,8$  років. Першовагітними в I групі були 32,4 % пацієнтки, повторновагітними - 67,6%, в II групі - 25,8% і 74,2%, відповідно. Терміни проведення корекції ІЦН в I групі склали, в середньому,  $20,9 \pm 0,9$  тижнів: в 13-15 тижнів - 7,5%, в 16-20 - 41,8%, в 21-30 - 50,7%. У II групі терміни корекції в середньому були  $17,9 \pm 0,8$  тижнів: у 13-15 - 6,5%, в 16-20 - 74,2 %, в 21-30 - 19,3 %. Таким чином, корекція ІЦН шляхом накладення швів на шийку матки в більшості випадків здійснюється до 20 тижнів гестації.

Довжина шийки матки, за даними вагінального дослідження, при проведенні корекції ІЦН була в I групі: 5-10 мм - в 17,6 % випадків, 11-15 мм - в 45,6 %, 16-20 мм - в 32,4 %, 21-25 мм - в 4,4 %; у II групі: 5-10 мм - в 30,8% випадків, 11-15 мм - в 38,5 %, 16-20 мм - в 19,2 %, 21-25 мм - в 11,5%. Корекція швами виконувалася при короткій шийці матки ( $p < 0,01$ ).

Перебіг вагітності ускладнився загрозою переривання в 76,4 % пацієнток. Вагітні жалілися на болі внизу живота, у попереку, підвищення тону мати в 79,1 % випадків. Повторна госпіталізація в стаціонар у вагітних I групи була, в середньому,  $1,7 \pm 1,5$  раз: 1 раз - 39,8 % ( $p < 0,001$ ), 2 - 23,7 %, 3 - 23,3%; у II групі в середньому  $2,5 \pm 1$  раз ( $p < 0,05$ ): 1 раз - 12,1 %, 2 - 45,5%, 3 - 42,4%. Таким чином, пацієнтки зі швами на шийці матки підлягають частішій госпіталізації в стаціонар з приводу загрози переривання.

Іншими ускладненнями вагітності на тлі корекції ІЦН, що проводиться, стали кольпіт і плацентит, за даними УЗД. У I групі частота кольпіту склала 26,7%, в II - 12,1 % ( $p < 0,05$ ). Явища плацентиту, за даними УЗД, навпаки, частіше діагностувалися в II групі - 6,1 % випадків проти 2,1 % в I групі ( $p < 0,001$ ).

Пологи у фізіологічний термін (37-41 тиждень) настали в 93,3 % жінок, передчасні пологи (23-36 тижнів) - у 4,7 %, мимовільний викидень (19-22 тижнів) - у 2 %. У I групі термінові пологи склали 93,6 %, передчасні - 6,4 %, в 2 - 87,9 % і 12,1%, відповідно.

Розродження *per vias naturalis* було виконане в 90,9 % жінок, шляхом кесаревого розтину - у 7,1 %. Свідченнями для проведення оперативного розродження стали: міопія високого ступеню, рубець на матці, гестоз середнього й важкого

ступеня, фетоплацентарна недостатність у стадії субкомпенсації, клінічно вузький таз, дискоординація пологової діяльності, передчасне відшарування плаценти, загроза розриву матки.

Розродження шляхом кесаревого розтину було виконано у 4,7 % пацієнток I групи і в 30,3 % жінок 2 групи ( $p < 0,05$ ). Провідними показниками до оперативного розродження в I групі були екстрені ситуації при пологах - клінічно вузький таз, аномалії пологової діяльності, прееклампсія важкого ступеня, загроза розриву матки, тоді, як для II групи такими причинами була наявність обтяженого акушерського анамнезу.

У пацієнток I групи аномалії пологової діяльності були відмічені в 11,4% випадків, у II групі - в 9,1 %, передчасне вилиття навколоплідних вод - 27,1% і 15,2 %, раннє вилиття навколоплідних вод - 8,1 % і 12,1 %, епізіотомія - 27,5% і 0 % ( $p < 0,05$ ), травми м'яких тканин пологових шляхів - 25,8 % і 8,7% ( $p < 0,05$ ), розриви шийки матки - 7,6 % і 48,6 % ( $p < 0,05$ ), відповідно.

Загальна тривалість пологів в I і II групах практично не відрізнялася й склала  $6,8 \pm 3,2$  год і  $6,4 \pm 2,4$  год відповідно ( $p > 0,05$ ).

При накладенні швів достовірно частіше здійснювалася госпіталізація в стаціонар з приводу загрози переривання вагітності, при використанні розвантажуючого пессарія достовірно частіше потрібно проводити санацію піхви у зв'язку з розвитком кольпіту.

Результат закінчення вагітності не розрізняється при різних методах корекції ІЦН по кількості термінових і передчасних пологів. При накладенні швів на шийку матки достовірно частіше проводиться розродження шляхом кесарева розтину, а при використанні розвантажуючого пессарія - через природні пологові шляхи. Проте, в цьому випадку, переважають допологове вилиття навколоплідних вод, епізіотомія, травми м'яких тканин пологових шляхів.

У пологах через природні пологові шляхи після накладення швів на шийку матки з приводу ІЦН частіше спостерігалися розриви шийки матки.

### Висновки

Таким чином, на підставі проведеного дослідження виявлено, що корекція ІЦН шляхом накладення швів на шийку матки в більшості випадків здійснюється до 20 тижнів гестації. Корекція швами, порівняно з розвантажуючим пессарієм, виконується при короткій шийці матки. Пацієнтки, зі швами на шийці матки, частіше потребують госпіталізації з приводу загрози переривання, проте при використанні розвантажуючого пессарія достовірно частіше

потрібно проводити санацію піхви у зв'язку з можливим розвитком кольпіту.

При накладенні швів на шийку матки достовірно частіше проводиться розродження шляхом кесарево розтину, а при використанні розвантажуючого пессарія - через природні пологові шляхи.

### Перспективи подальших досліджень

Подальші дослідження будуть спрямовані на розробку нового, безпечного консервативного методу корекції ІЦН, який буде мати значні переваги, порівняно з вже існуючими методами лікування цього ускладнення при вагітності.

**Література.** 1. Сидельникова, В.М. Привычная потеря беременности / В.М. Сидельникова. - М.: Триада-Х, 2003. - 304 с. 2. Шкваренко Т.И. Новый подход в лечении ИЦН при невынашивании беременности // Тез. докл. научно-практической конференции "Невынашивание беременности". - Южно-Украинск, 2001. С. 15. 3. Ковпий Ю.В. Дифференцированная тактика ведения беременных с функциональной истмико-цервикальной недостаточностью текст./ Ковпий Ю.В. // Росс. вестн. акушера гинекол. 2004. - №4.-С. 55-57. 4. Blair O. A randomized controlled trial of out patient versus inpatient cervical cerclage / O.Blair, H.Fletcher, S.Kulkarni // Journal of Obstetrics and Gynecology. 2002. - Vol. 22, No. 5. - P.493-497. 5. Опыт лечения невынашивания беременности с помощью акушерского пессария /Л.Н. Комарцева, А.А. Марчак, Т.А. Максимова и соавт. // Амбулаторная хирургия. Стационарзаменяющие технологии. - 2004. - № 3(15). - С. 44-45. 6. Bergelin J. Patterns of normal change in cervical length and width during pregnancy in nulliparous woman: a prospective, longitudinal ultrasound study / J. Bergelin, L.Valentin // Ultrasound Obstetric Gynecology. 2001. - Vol. 9, №n 18(3).-P.217-222.

### ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ МЕТОДА КОРРЕКЦИИ ИСТМИКО-ЦЕРВИКАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

*Н.А. Щербина, Му'авия Салем Альмарадат, И.Ю. Кузьмина, Е.И. Скорбач*

**Резюме.** Представлен сравнительный анализ течения беременности и родов при консервативной и хирургической коррекции истмико-цервикальной недостаточности (ИЦН).

При наложении швов чаще производилась госпитализация в стационар по поводу угрозы прерывания беременности ( $p < 0,05$ ), родоразрешение проводили путем кесарева сечения в 30,3% случаев ( $p < 0,05$ ). При использовании разгружающего пессария чаще требовалось санирование влагалища в связи с развитием кольпита (26,7%,  $p < 0,05$ ), родоразрешение через естественные родовые пути - 95,3 % ( $p < 0,05$ ). Однако в этом случае превалировали родовое излитие околоплодных вод (27,1%,  $p < 0,05$ ), эпизиотомия (27,5 %,  $p < 0,001$ ), травмы мягких тканей родовых путей (25,8%,  $p < 0,05$ ). Самопроизвольные роды после наложения швов чаще характеризовались разрывами шейки матки (47,8 %,  $p < 0,001$ ), быстрыми родами (24,2 %,  $p < 0,05$ ).

**Ключевые слова:** беременность; истмико-цервикальная недостаточность; разгружающий пессарий; швы на шейку матки.

### FEATURES OF THE CLINICAL COURSE OF PREGNANCY AND LABOUR, DEPENDING ON THE METHOD OF CORRECTION OF CERVICAL INCOMPETENCE

*M.O. Scherbyna, Mu'avia Salem Almaradat, I. Yu. Kuzmina, E.I. Skorbach*

**Abstract.** A comparative analysis of the course of pregnancy and labour after conservative and operative correction of cervical incompetence (CI) has shown that, after cerclage, patients were more often hospitalized due to a threatened miscarriage ( $p < 0,05$ ), and the delivery was caesarean in 30,3% of cases ( $p < 0,05$ ). After the application of a pessary, the patients more often needed vaginal sanitation in connection with the development of colpitis 26,7 % ( $p < 0,05$ ), and the delivery was vaginal in 95,3 % ( $p < 0,05$ ). However, there was a prevalence of the following: xerotocia (27,1%,  $p > 0,05$ ), episiotomy (27,5%,  $p < 0,001$ ), soft tissue traumas (25,8 %,  $p < 0,05$ ). Spontaneous deliveries after cerclage were more often marked with laceration of cervix (47,8 %,  $p < 0,001$ ) and oxytocia (24,2 %,  $p < 0,05$ ).

**Key words:** pregnancy; cervical incompetence; pessary; cervical cerclage.

**Kharkive National Medical University, (Kharkiv)**

*Clin. and experim. pathol.- 2014.- Vol.13, №2 (48).-P.161-163.*

*Надійшла до редакції 01.06.2014*

*Рецензент – проф. О. В. Кравченко*

© М.О.Щербина, Му'авия Салем Альмарадат, И.Ю. Кузьмина, Е.И. Скорбач, 2014