

УДК 618.131.8:618.396

© Колектив авторів, 2011.

ДОСВІД ВИКОРИСТАННЯ ЦЕРВІКАЛЬНОГО СЕРКЛЯЖА МЕРСИЛЕНОВОЮ СТРІЧКОЮ ПРИ ЛІКУВАННІ ІСТМІКО-ЦЕРВІКАЛЬНОЇ НЕДОСТАТНОСТІ

В. О. Рудь, Л. В. Шинкарук, Ю. В. Шинкарук, А. В. Вознюк*Кафедра акушерства і гінекології №2 (зав. кафедри – д.мед.н., доц. О. В. Булавенко),
Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова, м. Вінниця.*

EXPERIENCE OF USE CERVICAL CERCLAGE MERSILENOVOY TAPE OF TREATMENT ISTMIKO-CERVICAL INSUFFICIENCY

V. A. Rud, L. V. Shynkaruk, Yu. V. Shynkaruk, A. V. Vozniuk

SUMMARY

The article presents data on the application of prevention of preterm birth in pregnant women with isthmic-cervical insufficiency by using cervical cerclage mersilen tape. Analyzed during pregnancy the results for mother and fetus against the background of the proposed method. Proved that this method allows you to make the pregnancy to term delivery, full term baby in women with cervical-isthmic insufficiency.

ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЦЕРВИКАЛЬНОГО СЕРКЛЯЖА МЕРСИЛЕНОВОЙ ЛЕНТОЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ИСТМИКО-ЦЕРВИКАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

В. О. Рудь, Л. В. Шинкарук, Ю. В. Шинкарук, А. В. Вознюк

РЕЗЮМЕ

В статье приведены данные по применению метода профилактики преждевременных родов у беременных женщин с истмико-цервикальной недостаточностью с помощью цервикального серкляжа мерсиленовой лентой. Проанализированы течение беременности и результаты ее исходов для матери и плода на фоне использования предложенного метода. Доказано, что использование данного метода позволяет доносить беременность до срока родоразрешения доношенным ребенком у женщин с истмико-цервикальной недостаточностью.

Ключові слова: істміко-цервікальна недостатність, церві кальний серкляж, мерсиленова стрічка.

Проблема невиношування вагітності залишається однією з найбільш актуальних у сучасному акушерстві, що зумовлено високим рівнем перинатальної смертності, захворюваності та інвалідації недоношених новонароджених. Частота невиношування вагітності становить 15,5-42,7% і не має тенденції до зниження [1, 3]. Прямі репродуктивні втрати від невиношування в Україні щорічно нараховують 36-40 тисяч ненароджених бажаних дітей [2, 4]. Діти, що народилися в 23-27 тижнів гестації, обумовлюють до 50,0% перинатальної смертності [1, 2, 3]. Біля 25,0% випадків мимовільного переривання складає звичне невиношування. Імовірність втрати вагітності після одного викидня становить 13,0-17,0%, після двох викиднів підряд – 36,0-38,0%, а при звичному невиношуванні вагітності – до 45,0% [4].

Істміко-цервікальна недостатність (ІЦН) є однією з головних причин переривання вагітності в II та III триместрах гестації [2, 3]. Частота ІЦН в популяції вагітних становить 15,0-20,0% [4]. Частота ІЦН у жінок зі звичним викиднем – 18,0-37,0% [2, 4]. ІЦН – не пов'язане зі скоротливою діяльністю матки мимовільне згладжування та розкриття шийки, що призводить до

повторного переривання вагітності, частіше в другому триместрі.

Методи корекції ІЦН: хірургічний, використання медичного клею МК-14 I, використання розвантажувального акушерського песарія.

Методи хірургічної корекції ІЦН: поза вагітністю – за Лаш, за Сльцовим-Стрелковим; під час вагітності – за Широкарком, за Любимовою, за Любимовою-Мамедалієвою, за Мак-Дональдом, за Гефнером.

Ми зупинили свій вибір на методі цервікального серкляжа мерсиленовою стрічкою при лікуванні істміко-цервікальної недостатності. Загальні умови застосування шва: живий плід без видимих вад розвитку, цілий плідний міхур, відсутність ознак хоріоамніоніту, відсутність вираженої загрози переривання вагітності та кровотечі, відсутність бактеріального вагіноза.

Терапевтичний шов на шийку матки показаний жінкам групи ризику з ультразвуковими даними: коротка шийка (менше 2,5 см) без клиноподібної трансформації цервікального каналу; коротка шийка (менше 2,5 см) в поєднанні з прогресуючою в динаміці клиноподібною трансформацією цервікального ка-

налу; коротка шийка (менше 2,5 см) в поєднанні з прогресуючою в динаміці клиноподібною трансформацією цервікального каналу на 40% та більше при одноразовому дослідженні [1, 3, 4].

Можливі ускладнення хірургічної корекції ІЦН: ранні і пізні. Ранні ускладнення виникають з моменту ушивання до початку пологової діяльності: прорізування тканин шийки матки шовним матеріалом, некроз тканин шийки матки (надто туга фіксація шва), розходження шва, кровотеча, загроза викидня, інфікування, хоріоамніоніт, передчасний розрив плідних оболонок, відходження навколоплідних вод. Пізні ускладнення виникають після розвитку пологової діяльності: розрив шийки матки, надрив або відрив шийки матки, розрив матки [1, 2].

Метою нашого дослідження було оцінити клінічну ефективність методу цервікального серкляжа мерсиленовою стрічкою у профілактиці мимовільного викидня та передчасних пологів у вагітних з ІЦН в умовах Вінницького міського клінічного пологового будинку (ВМК ПБ) №2.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ

Нами проведено аналіз перебігу й завершення вагітності в 30 пацієнок з ІЦН, що поступили до ВМК ПБ №2 з 2006 по 2010 роки. Для проведення аналізу ми використовували таку документацію: медична карта стаціонарного хворого – форма 003/0, історія пологів – форма 0960, індивідуальна карта вагітної – форма 111/0.

Ми зупинили свій вибір на мерсиленовій стрічці білого кольору довжиною 40 см, шириною 5 мм, з фіксованими на кінцях нитки масивними колючими голками довжиною 48 мм (виробник ЄТИКОН «Джонсон і Джонсон»). Мерсилен – матеріал, що має необхідну еластичність, апірогенність і біологічну інертність до тканин організму.

Усім жінкам проводилася хірургічна корекція ІЦН методом цервікального серкляжа мерсиленовою стрічкою.

Були використані наступні методи: клініко-анамнестичні, лабораторні, імуноферментні (визначення рівня гормонів, TORCH-інфекція), бактеріологічне та бактеріоскопічне дослідження біоценозу статевих шляхів, кольпоцитологія, інструментальні (ТВ УЗД ОМТ), математично-статистичні.

Методика серкляжа шийки матки мерсиленовою стрічкою:

1. Після дезінфекції зовнішніх статевих органів шийка матки оголена у дзеркалах, проводилася дезінфекція піхви.

2. В асептичних умовах шийка матки фіксувалась вікончастими зажимами, відводилася допереду і вгору.

3. Оголювалося заднє і праве бокове склепіння піхви, після чого правою голкою робився вкол у перехідній складці на 5 годин з виколом у передньому склепінні піхви на 12 годин.

4. Проводився вкол лівою голкою у перехідній складці на 7 годин з виколом у передньому склепінні на 12 годин.

5. В передньому склепінні піхви на межі з сечовим міхуром кінці стрічки зав'язувались на 3 вузла, після чого кінці стрічки коротко зрізались.

6. Проводилася обробка піхви 3% розчином перекису водню, з наступним тампуванням стерильним бинтом.

РЕЗУЛЬТАТИ І ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Вік жінок становив: 23-28 років – 18 жінок (60,0%), 29-34 років – 8 жінок (26,7%), 35 років і більше – 4 жінки (13,3%).

Пацієнтки знаходились на стаціонарному лікуванні: 20 дів і менше – 10 жінок (33,3%), більше 21 доби – 20 жінок (66,7%).

Проводили аналіз менструальної функції: у 15 пацієнок (50,0%) непорушений менструальний цикл, у 4 жінок (13,3%) була наявна метрорагія, у 11 жінок (36,7%) – альгодисменорея. Вивчення гінекологічного анамнезу показало, що у 16,7% жінок гінекологічний анамнез необтяжений, у 26,7% пацієнок – обтяжений кістектомією, у 33,3% жінок – аднексит, у 23,3% жінок – ерозія шийки матки.

Оцінювали акушерський анамнез: у 7 жінок (23,3%) дана вагітність 2-га, у 18 жінок (60%) – вагітність 3-тя, у 5 жінок (16,7%) дана вагітність 5-га. Самовільні пізні викидні в анамнезі були у 30 жінок (100,0%): 5 жінок (16,7%) мали 4 викидні, 15 (50,0%) – 2 викидні, та 10 жінок (33,3%) – 1 викидень. Пологи в анамнезі були у 6 жінок (20,0%). Штучні аборти наявні в анамнезі у 4-ох жінок (13,3%).

Знижений рівень прогестерону було визначено у 8 пацієнок (26,7%), у 22 жінок (73,3%) рівень прогестерону був в межах норми. При проведенні вагінального обстеження було визначено: у 50,0% жінок шийка матки розкрита на 2 см, у 43,3% – тіло матки збільшене до 15-16 тижнів вагітності, у 56,7% – тіло матки збільшене до 13-14 тижнів вагітності. За допомогою трансвагінального УЗД оцінювали довжину шийки матки та діаметр внутрішнього вічка: довжина шийки матки 20-22 мм становила у 18 жінок (60,0%), 23-25 мм – у 10 жінок (33,3%), більше 26 мм – у 2 жінок (6,7%); діаметр внутрішнього вічка 6-10 мм становив у 8 жінок (26,7%), 11-15 мм – у 10 жінок (33,3%), 16-20 мм – у 12 жінок (40,0%).

Передопераційна підготовка вагітних до хірургічної корекції ІЦН проводилася за 5-7 днів до операції. Використовували Магній сульфат, Папаверин, Тержидан, Вібуркол, Дуфастон.

Накладання шва на шийку матки всім пацієнткам було проведено в 13-16 тижнів вагітності. Серкляж шийки матки проводився під внутрішньовенним знеболенням Каліпсолом, Рекафолом, Пропафолом.

Щомісячно проводився контроль стану шва при огляді шийки матки у дзеркалах та ТВ УЗД ОМТ.

Вагітні зі зниженим рівнем прогестерону з ранніх термінів вагітності отримували Дуфастон. 18 вагітних з 22 тижня гестації були переведені у відділення патології вагітних для проведення терапії, спрямованої на пролонгування вагітності.

Випадків неспроможності шва або його прорізання за період спостереження не відмічалось. Жодного випадку кровотечі із тканин шийки матки під час або після накладення шва не спостерігалось. Враховуючи біологічну інертність мерсилена, його низьку здатність проростати тканинами, видалення мерсильової нитки не представляло труднощів. Шов із шийки матки знімали планово у 37-38 тижнів.

Під час аналізу перебігу вагітності при наявності цервікального серкляжа мерсильовою стрічкою відзначено один випадок неефективності проведеного лікування, де відбувся самовільний викидень у 22 тижні вагітності за рахунок інфікування навколоплідних оболонок при тривалому пролабуванні плідного міхура у піхву. Інших ускладнень не було зареєстровано.

Дана вагітність закінчилась в 39-40 тижнів у 27 жінок (90,0%), в 37-38 тижнів – у 2 жінок (6,7%), в 22 тижні – у 1 пацієнтки (3,3%).

Шляхи розродження вагітних: через природні пологові шляхи – 26 жінок (89,7%), кесарів розтин – 3 жінки (10,3%). Показаннями до кесарського розтину були гіпоксія плода (66,7%) і тазове передлежання плода (33,3%).

ВИСНОВКИ

1. Представлений клінічний матеріал підтверджує клінічну ефективність застосування цервікального серкляжа мерсильовою стрічкою щодо лікування невиношування вагітності у зв'язку з істміко-цервікальною недостатністю. Його застосування призводить до достовірного збільшення середньої три-

валості вагітності, що дозволяє рекомендувати його для широкого застосування в практичному акушерстві. Метод цервікального серкляжа мерсильовою стрічкою при ІЦН є ефективним для профілактики невиношування вагітності і дозволяє досягти позитивного ефекту, що знижує частоту акушерських і перинатальних ускладнень у вагітних.

2. Мерсильова стрічка щільно охоплює тканини шийки матки, не викликає реакції відторгнення, по мірі прогресування вагітності не розтягується і не викликає прорізання тканин шийки матки. Операція цервікального серкляжа мерсильовою стрічкою не становить значущих технічних труднощів при її виконанні. Ефективність, простота та доступність застосування серкляжа мерсильовою стрічкою дозволяє застосовувати даний метод для профілактики передчасних пологів за наявності істміко-цервікальної недостатності.

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. – Харьков, 2004. – 23 с.

2. Кошелева Н. Г. Современная тактика лечения и профилактики невынашивания беременности с учётом этиопатогенеза / Н. Г. Кошелева // Вестник Российской ассоциации акушерства и гинекологии. – 1996. – № 3. – С. 45–50.

3. Сидельникова В. М. Привычная потеря беременности / Сидельникова В. М. – М: Триада X, 2005. – 320 с.

4. Mechanical properties of urogynecologic implant materials / H. P. Dietz, P. Vancaillie, M. Svehla [et al.] // Int. Urogynecol. J. – 2003. – Vol. 14. – P. 239–243.