

## Исходы беременности при консервативной и хирургической коррекции истмико-цервикальной недостаточности.

А.Ю. Журавлев

С.Н. Занько

Витебский государственный медицинский университет, Республика Беларусь

Успехи перинатальной медицины еще в большей степени подчеркнули важность профилактики преждевременных родов, как одного из наиболее эффективных методов снижения частоты рождения детей с экстремально низкой и низкой массой тела. Это связано с тем, что число здоровых детей среди родившихся с массой 1500 г. не превышает 10-25%, а процент тяжелых психоневрологических нарушений (инвалидность с детства) у выживших достигает 12-19% [Р.И. Шалина 2004 г]. Одной из самых частых причин спонтанных преждевременных родов является истмико-цервикальная недостаточность (ИЦН). Наблюдающийся в настоящее время рост эндокринной патологии, многоплодия, дисплазий соединительной ткани и беременностей после ЭКО неизбежно приведет к увеличению частоты функциональной несостоятельности шейки матки. Высокая частота клинической манифестации несостоятельности шейки матки в сроки, превышающие оптимальные для хирургической коррекции и осложнения, типичные для любого хирургического вмешательства, диктуют необходимость поиска эффективных методов профилактики преждевременных родов при данной патологии [1, 5].

### **Материалы и методы.**

С целью оценки эффективности хирургической и нехирургической профилактики преждевременных родов при ИЦН проведен анализ течения и исходов одноплодной беременности у 84 пациенток. В первую группу (1 гр.) вошли 46 беременных, которым была выполнена хирургическая коррекция ИЦН (всем пациенткам был наложен круговой шов на шейку матки) в сроках до 22 недель гестации. Во вторую (2 гр.) - 38 беременных, которым в сроках гестации до 22 недель для профилактики невынашивания беременности был введен акушерский

разгружающий пессарий оригинальной конструкции (патенты № 2661 и № 2664) [2, 3]. Возраст женщин в обеих группах колебался от 21 до 38 лет, составляя в среднем  $29\pm 3,2$  в первой и  $27\pm 4,4$  года во второй группе. Для 19 (41,3%) пациенток первой группы данная беременность была первой, во второй группе первобеременных было 18 (47,4%) женщин. У 47 беременных обеих групп в анамнезе было 59 беременностей, из которых только 7 (14,9%) закончились срочными родами (в первой группе 4, во второй -3). Частота медицинских абортс среди пациенток с беременностями в анамнезе составила 51,8% в первой до 60% во второй группах, самопроизвольно в различные сроки прервалось 27 беременностей (17 в первой, 10 во второй группах). Пациенток, страдающих привычным невынашиванием беременности, в обеих группах не было. Беременные обеих групп имели высокий уровень различной соматической патологии. Преобладали нарушения жирового обмена (51,8% в первой и 60% во второй группах). Отягощен гинекологический анамнез был у 20 (41,7%) беременных 1-ой и 17 (44,7%) пациенток 2-ой группы. По структуре гинекологической патологии группы существенно не различались. Диагноз ИЦН у всех 84 беременных выставлялся на основании клинических данных и результатов УЗИ (аппарат Siemens Sonoline SI-250, секторальный датчиком 3,5 МГц) с использованием балльной шкалы оценки состояния шейки матки Лединой А.В., Абуд.И.Ю [6]. При УЗИ исследовании оценивали традиционные биометрические показатели шейки матки [7]. Состояние шейки матки в обеих группах до проведения коррекции ИЦН статистически не различалось. В сравниваемые группы не включались беременные с пролабированием плодного пузыря до уровня наружного зева шейки матки. Данные, полученные в результате исследований, подвергались первичному и вторичному статистическому анализу. Для этих целей использовался пакет прикладных программ Microsoft Excel и пакет прикладных программ STATISTICA 6,0 (StatSoft – Russia, 1999), модуль BASIC STATISTICS/TABLES, NONPARAMETRICS.

### **Результаты исследования и их обсуждение.**

Течение беременности при ИЦН наиболее часто осложнялось клинически выраженной угрозой прерывания беременности. До проведения коррекции ИЦН каждая пациентка как минимум однократно была госпитализирована в стационар для терапии угрозы невынашивания беременности. После проведенной коррекции ИЦН частота госпитализаций по поводу угрозы прерывания беременности в сравниваемых группах была различной. При хирургической коррекции ИЦН она потребовалась для 29 из 46 беременных (63,0%) во второй группе частота госпитализаций была достоверно ниже 14 – 36,8% ( $\chi^2$ -тест,  $p < 0,05$ ). Чаше по сравнению с группой беременных, использовавших пессарий, при хирургической коррекции ИЦН наблюдалось мало и многоводие. В 1 группе данное осложнение было выявлено в 7 случаях (15,2%), во 2 группе у 3 (7,9%) беременных. Фетоплацентарная недостаточность развилась у 16 женщин (34,8%) при хирургической коррекции ИЦН, тогда, как во 2 группе данное осложнение имело место у 6 (15,8%) беременных. Одинаково часто течение беременности осложнилось развитием анемии (16 - 34,7% в 1 группе и 16 42,1% во второй). С высокой частотой у беременных регистрировались респираторные инфекции у 52,2% и 68,4% женщин 1 и 2 групп соответственно. Более физиологичное течение беременности при нехирургической коррекции ИЦН привело к меньшей частоте госпитализаций (без учета дородовой госпитализации) в группе женщин, применявших акушерский разгружающий пессарий. В среднем на каждую беременную после наложения кругового шва приходилось 4 случая стационарного лечения, тогда, как после нехирургической коррекции ИЦН стационарное лечение требовалось практически в 2 раза реже (2,1 эпизода госпитализаций на 1 женщину).

Исходы беременности в обеих группах представлены в таблице 1

Таблица 1

Исходы беременности в зависимости от метода коррекции ИЦН

Исход беременности	Метод коррекции ИЦН	
	2 группа (консервативная коррекция ИЦН) n - 38	1 группа (хирургическая коррекция ИЦН) n - 46

Срочные роды	31	81,6%	34	73,9%
Преждевременные роды, из них	7	18,4%	12	26,1%
Спонтанные преждевременные роды	7	100%	12	100%
Индукцированные преждевременные роды	0	-	0	-

Частота преждевременных родов в группе беременных при хирургическом методе коррекции ИЦН составила 26,1% (12 из 46 беременных) статистически ( $\chi^2$ -тест) не отличалась от данного показателя в группе пациенток при применении акушерского разгружающего пессария 18,4% (7 из 38) нашей конструкции. Все преждевременные роды при применении акушерского разгружающего пессария произошли в интервале 34-37 недель гестации, тогда как при хирургической коррекции ИЦН 5 из 12 случаев преждевременных родов произошли до 34 недель.

В большинстве случаев 36 - 78,3% и 35 - 92,1% женщины 1 и 2 групп соответственно родоразрешены через естественные родовые пути. Более чем 76,3% (28 беременных) в 1 и 82% (29 беременных) во 2 группах роды имели быстрое или стремительное течение. Частота оперативного родоразрешения была достоверно выше ( $\chi^2$ -тест) при хирургической коррекции ИЦН, как в случаях планового, так и экстренного оперативного родоразрешения (табл. 2).

Таблица 2

Частота оперативного родоразрешения беременных основной группе

	Хирургическая коррекция ИЦН n - 46		Консервативная коррекция ИЦН n - 38	
	абс. число	%	абс. число	%
Роды через естественные родовые пути	36	78,3	35	92,1
Кесарево сечение из них (все операции)	10	21,7	3	7,9
Кесарево сечение в плановом порядке	4	8,7	1	2,6
Экстренное кесарево сечение	6	13,0	2	5,2

Недоношенными родилось 7 детей при применении акушерского пессария. Случаев мертворождения и смерти детей в первые 27 суток в группе нехирургической коррекции ИЦН не было. При хирургической коррекции ИЦН исходы для новорожденных были гораздо хуже (табл. 3). Это, безусловно, связано с высокой частотой рождения глубоко недоношенных новорожденных при хирургической коррекции ИЦН.

Таблица 3

Исходы беременности для новорожденного при хирургической и консервативной коррекции ИЦН

Исходы преждевременных родов	Хирургическая коррекция ИЦН (1 группа)	Консервативная коррекция ИЦН (2 группа)
Всего родилось детей	12	7
Живорожденных	11	7
Мертворожденных	1	-
Умерли до 7 суток жизни	2	0
умерли от 7 до 28 суток жизни	1	0

Таким образом, консервативная коррекция ИЦН позволяет продлить беременность до более благоприятных сроков гестации, чем хирургическая. Это способствовало уменьшению рождения числа новорожденных с экстремальной и очень низкой массой тела и привело к снижению показателя неонатальной смертности. При хирургическом методе коррекции ИЦН в 2 раза чаще наблюдалась угроза прерывания беременности, фетоплацентарная недостаточность, аномалии родовой деятельности и экстренное оперативное родоразрешение, чем при применении акушерского разгружающего пессария. При этом и частота, и длительность стационарного лечения пациенток с хирургическим методом коррекции ИЦН была почти в 3 раза больше, чем при применении акушерского разгружающего пессария.

Таким образом, в настоящее время имеется эффективный метод консервативной коррекции ИЦН при беременности. Эффективность, простота и доступность применения акушерских разгружающих пессариев позволяет широко применять данный метод для профилактики преждевременных родов при ИЦН.

## Литература

1. Журавлев 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.
2. Журавлев А.Ю., Журавлев Ю.В., Дородейко В.Г. Применение разгружающего акушерского pessaria в лечении и профилактике невынашивания беременности при истмико–цервикальной недостаточности. // Охрана материнства и детства. –2000.–№1.–С.89-100.
3. Занько С.Н., Дородейко В.Г., Журавлев А.Ю. Применение акушерского разгружающего pessaria для профилактики невынашивания беременности у женщин с истмико-цервикальной недостаточностью. Инструкция по применению – Регистрационный номер 14-0001 – Витебск 2000. –7 с.
4. Занько С.Н., Журавлев А.Ю. Перинатальная смертность при коррекции ИЦН с помощью акушерского разгружающего pessaria. // Фундаментальные и прикладные вопросы медицины и фармации.: Тез. докл. 54 научной сессии института. – Витебск, 1999.– С.135.
5. Занько С.Н., Журавлев А.Ю. Предупреждение преждевременных родов с помощью акушерского разгружающего pessaria. // Здоровоохранение. – 2004, №8 – С. 6-9.
6. Ледина А.В., Абуд И.Ю. Истмико-цервикальная недостаточность // Заболевания шейки матки (клинические лекции). – М.: Изд-во "Медиа Сфера". – 1997. – С. 81–85.
7. Липман А.Д., Черемных А.Ю. Ультразвуковые критерии истмико-цервикальной недостаточности // Акушерство и гинекология. –1996. –№4. –С. 5–7.