

ИСХОДЫ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ КОНСЕРВАТИВНОЙ И ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ИСТМИКО-ЦЕРВИКАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Щербина Н.А., Скорбач Е.И., Муавия Салем Насер Альмарадат, Коломацкая Д.В.
Харьковский национальный медицинский университет

Проведен сравнительный анализ исходов беременности после консервативной и оперативной коррекции истмико-цервикальной недостаточности (ИЦН). Для оперативной коррекции накладывали круговой шов на шейку матки, для консервативной применялась новая методика биоревитализации шейки матки при помощи филера. Выяснено, что консервативная коррекция ИЦН позволяет продлить беременность до более благоприятных сроков гестации и значительно улучшить перинатальные исходы.

Ключевые слова: невынашивание беременности, истмико-цервикальная недостаточность, хирургическая коррекция, консервативная терапия.

Методы профилактики невынашивания беременности и преждевременных родов являются актуальной проблемой современной перинатологии и направлены на снижение частоты рождения детей с экстремально низкой и низкой массой тела. 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 консервативных методов профилактики преждевременных родов при данной патологии [1].

Роль инъекционных корригирующих технологий в медицине с каждым годом возрастает [2]. В соответствии с современными тенденциями, медики все чаще делают выбор в пользу консервативных методов лечения ИЦН, которые выполняются при невозможности хирургической коррекции шейки матки и обеспечивающих максимальный результат с минимальной агрессией.

Нами разработана и успешно используется новая методика биоревитализации шейки матки при ИЦН. Инъекционные материалы-биоревитализаторы на сегодняшний день признаны наилучшими с точки зрения эффективности и безопасности. Разработанный новый класс инъекционных материалов-биореволуметров полностью соответствуют понятию «экологичных инъекций». Нами использовался инъекционный филер, в состав которого входит перекрестно связанная (25 мг/г) и свободная гиалуроновая кислота. Препарат, обладает высокой эластичностью, пластичностью и био-совместимостью. Особенностью этого препарата является то, что в его состав входит гиалуроновая кислота с тремя различными молекулярными массами: 1 мДа, 2 мДа и 500 кДа.

Филер, благодаря своей уникальной сетчатой структуре, состоящей из гиалуроновой кислоты «медленной сшивки» и заключенной в этой сети свободной гиалуроновой кислоты, обладая экстраординарной диффузией, при инъектировании проникает в самые труднодоступные межфибриллярные и межклеточные пространства.

В термине биореволуметрия (bio-revolumetry) заложены три ключевых момента:

1) «био» – препараты состоят из биосовместимых активных веществ, полученных из природных возобновляемых источников;

2) «ре» – результат действия на ткань включает сочетание таких эффектов, как регенерация и структурная ее перестройка, обеспечивающих истинное (физиологическое) увеличение и коррекцию;

3) «волуметрия» – создание видимого объема.

Эти материалы способны максимально естественно, безопасно и эффективно воздействовать на ткань, обеспечивая быстрые видимые (объемные) изменения ее рельефа, что важно для коррекции шейки матки при ИЦН.

Реструктуризация ткани шейки матки при ИЦН обусловлена взаимодействием постепенно высвобождающейся гиалуроновой кислоты с клеточными рецепторами, присутствующими в мышечном слое, на фибробластах, и на мезенхимальных клетках. В результате этого взаимодействия активируются процессы пролиферации клеток и синтеза новых межклеточных компонентов (коллагена, эластина, гликозаминогликанов).

Волуметрический и гидратирующий эффекты связаны с высокой гигроскопичностью инъектированной гиалуроновой кислоты – она удерживает молекулы воды, повышая тургор шейки матки. Благодаря низкой вязкости и высокой эластичности филера легко вводится в ткань и хорошо в ней распределяется, воссоздавая естественный объем. Препарат после введения образует опорный «буфер» и, взаимодействуя с тканями шейки матки, немедленно и естественным образом восстанавливает ее объем, а с течением времени – полностью корригирует ИЦН.

Материалы и методы. С целью оценки эффективности хирургической и нехирургической (при помощи филера) коррекции ИЦН, нами проведен анализ течения и исходов одноплодной беременности у 84 пациенток, которые были разделены на 2 группы. В первую группу вошли 46 беременных, которым была выполнена хирургическая коррекция ИЦН (всем пациенткам был наложен круговой шов на шейку матки) в сроках до 22 недель гестации. Вторую группу составили 38 беременных, которым в сроках гестации до 22 недель для профилактики невынашивания беременности и консервативной коррекции ИЦН в шейку матки был введен филер. Препарат вводится внутримышечно в ткань шейки матки, объемом 1 мл, путем циркулярного обкалывания области внутреннего зева.

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%) родами (в первой группе – 4, во второй – 3). Частота медицинских абортс среди пациенток с беременностями в анамнезе составила 51,8% в первой и 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). Отягощенный гинекологический анамнез был у 20 (41,7%) беременных 1-й и 17 (44,7%) пациенток 2-й группы. По структуре гинекологической патологии группы существенно не различались. Диагноз ИЦН у всех 84 беременных был выставлен на основании клинических данных и результатов УЗИ с использованием балльной шкалы оценки состояния шейки матки А.В. Лединой, И.Ю. Абуд [4]. При УЗИ исследовании оценивали традиционные биометрические показатели шейки матки [5]. 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 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% ($p < 0,05$). Чаще по сравнению с группой беременных, использовавших филер, 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 рододовой госпитализации) в группе женщин, применявших акушерский разгружающий пессарий. В среднем на каждую беременную 1-й группы, после хирургической коррекции ИЦН приходилось 4 случая стационарного лечения, тогда, как после нехирургической коррекции ИЦН при применении филера, стационарное лечение требовалось практически в 2 раза реже (2,0 эпизода госпитализаций на 1 женщину).

Исходы беременности в обеих группах представлены в таблице 1. Частота преждевременных родов в группе беременных при хирургическом методе коррекции ИЦН составила 26,1% (12 из 46 беременных), что статистически не отличалось от данного показателя в группе пациенток при применении филера, 18,4% (7 из 38). Все преждевременные роды у беременных 2-й группы, при консервативной коррекции ИЦН произошли в интервале 34-37 недель гестации, тогда как при хирургической коррекции – 5 из 12 случаев преждевременных родов произошли до 34 недель.

Таблица 1

Исходы беременности в зависимости от метода коррекции ИЦН

Исход беременности	Метод коррекции ИЦН			
	1 группа, n = 46		2 группа, n = 38	
Срочные роды	34	73,9%	31	81,6%
Преждевременные роды, из них:	12	26,1%	7	18,4%
Спонтанные преждевременные роды, из них:	12	100%	7	100%
до 34 недель	5	41,6%	7	100%
в сроках 34-37 недель	7	58,4%	7	100%
Индукцированные преждевременные роды	0	-	0	-

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 группе роды имели быстрое или стремительное течение. Частота оперативного родоразрешения была достоверно выше ($P < 0,05$) при хирургической коррекции ИЦН, как в случаях планового, так и экстренного оперативного родоразрешения.

Таблица 2

Исходы беременности для новорожденного при хирургической и консервативной коррекции ИЦН

Исходы преждевременных родов	1 группа	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

Недоношенными родилось 7 детей после консервативной коррекции ИЦН филером. Случаев мертворождения и смерти детей в первые 27 суток во

2 групі пацієнток не було При хірургічeskой корекції ІЦН исходы для новорожeнних були гораздо хужe (табл. 2), что связано с высокой частотой рождения глубоко недоношенных новорожденных.

Выводы. Таким образом, консервативная коррекция ІЦН 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 ІЦН в 2 раза чаще наблюдалась угроза прерывания беременности, фетоплацентарная недостаточность, аномалии родовой деятельности и экстренное оперативное родоразрешение,

чем при применении филера. При этом и частота, и длительность стационарного лечения пациенток с хирургическим методом коррекции ІЦН была почти в 2 раза больше, чем при консервативном лечении ІЦН.

В настоящее время имеется новый эффективный метод консервативной коррекции ІЦН при беременности – за счет применения филера. Эффективность, простота и доступность применения позволяет широко применять данный метод для профилактики преждевременных родов и коррекции ІЦН консервативным лечением.

Перспективы дальнейших исследований заключаются в совершенствовании консервативных методов коррекции шейки матки при ІЦН.

Список литературы:

1. Журавлев А.Ю. Частота истмико-цервикальной недостаточности по данным ультразвукографии 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. Ляшенко Ю.И., Рейн О.Б. Bio-Expander: новый инъекционный материал для улучшения качества кожной ткани и естественного восстановления объема // Косметика & медицина – 2012, – № 4, – С. 74-77.
3. Сухорукова И.С. Биореволюметрия (инъекции) с Bio-expander и Іal System Duo // Инъекционные методики / BIO-EXPANDER – 2012. – 7 с.
4. Ледина А.В., Абуд И.Ю. Истмико-цервикальная недостаточность // Заболевания шейки матки (клинические лекции). – М.: «Медиа Сфера», 1997. – С. 81-85.
5. Липман А.Д., Черемных А.Ю. Ультразвуковые критерии истмико-цервикальной недостаточности // Акушерство и гинекология. – 1996. – № 4. – С. 5-7.

Щербина М.О., Скорбач О.І., Му'авія Салем Насер Альмарадат, Коломацька Д.В.
Харківський національний медичний університет

РЕЗУЛЬТАТИ ВАГІТНОСТІ ПРИ КОНСЕРВАТИВНІЙ І ХІРУРГІЧНІЙ КОРЕКЦІЇ ІСТМИКО-ЦЕРВИКАЛЬНОЇ НЕДОСТАТНОСТІ

Анотація

Проведений порівняльний аналіз результатів вагітності після консервативної і оперативної корекції істмико-цервикальної недостатності (ІЦН). Для оперативної корекції накладали круговий шов на шийку матки, для консервативної – застосовувалася нова методика біоревіталізації шийки матки за допомогою філерів. З'ясовано, що консервативна корекція ІЦН дозволяє продовжити вагітність до більш сприятливих термінів гестації і значно поліпшити перинатальні результати.

Ключові слова: невиношування вагітності, істмико-цервикальна недостатність, хірургічна корекція, консервативна терапія.

Scherbina M.O., Skorbach O.I., Mu'awya Salem Naser Almaradat, Kolomatskaja D.V.
Kharkiv National Medical University

RESULTS BY PREGNANCY AT CONSERVATIVE AND SURGICAL CORRECTION OF ISTHUS-CERVICAL INSUFFICIENCY

Summary

The comparative analysis of results of pregnancy is conducted after the conservative and operative correction of isthmus-cervical insufficiency (ICI). For an operative correction laid on circular sutures on the cervix uterus, for conservative – new methodology of biorevitalisation cervix uterus was used through filler. It is found out that the conservative correction of ICI allows to prolong pregnancy to more desired event terms of gestation and considerably to improve perinatal ends.

Keywords: unmaturing of pregnancy, isthmus-cervical insufficiency, operative correction, conservative therapy.