

РОЛЬ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ИСТМИКО-ЦЕРВИКАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ВНЕ БЕРЕМЕННОСТИ НА ПРИМЕРЕ СЛУЧАЯ ИЗ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ

Ящук А.Г., Нафтулович Р.А., Зайнуллина Р.М., Попова Е.М., Яковлева О.В.

ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации, Уфа

Резюме

Клиницистам часто приходится сталкиваться с привычным невынашиванием беременности вследствие истмико-цервикальной недостаточности. Несмотря на широкое применение акушерского пессария и наложения хирургического шва на шейку матки с целью коррекции цервикальной недостаточности во время беременности, наблюдается рост данной патологии, что свидетельствует о необходимости диагностики несостоятельности шейки матки и ее коррекции вне беременности. В доступной литературе отсутствуют сведения о «скрытых» дефектах шейки матки, приводящих к невынашиванию беременности в I-III триместрах. Представляем случай исходов беременности у пациентки с цервикальной недостаточностью из нашей клинической практики до и после хирургической коррекции шейки матки по методу Lash вне беременности. Представленный случай позволяет оценить роль хирургической коррекции истмико-цервикальной недостаточности вне беременности.

Ключевые слова

Беременность, истмико-цервикальная недостаточность, невынашивание беременности, преждевременные роды, дефекты шейки матки, операция Lash.

Статья поступила: 24.05.2017 г.; в доработанном виде: 27.10.2017 г.; принята к печати: 30.11.2017 г.

Конфликт интересов

Авторы заявляют об отсутствии необходимости раскрытия финансовой поддержки или конфликта интересов в отношении данной публикации.

Все авторы сделали эквивалентный вклад в подготовку публикации.

Для цитирования

Ящук А.Г., Нафтулович Р.А., Зайнуллина Р.М., Попова Е.М., Яковлева О.В. Роль хирургической коррекции истмико-цервикальной недостаточности вне беременности на примере случая из клинической практики. *Акушерство, гинекология и репродукция*. 2017; 11 (4): 72-75. DOI: 10.17749/2313-7347.2017.11.4.072-075.

SURGICAL CORRECTION OF ISTHMIC CERVICAL INSUFFICIENCY IN NON-PREGNANT WOMEN: A CLINICAL CASE

Yashuk A.G., Naftulovich R.A., Zainullina R.M., Popova E.M., Yakovleva O.V.

Bashkir State Medical University, Health Ministry of Russian Federation, Ufa

Summary

Clinicians often see a recurrent miscarriage caused by isthmic cervical incompetence. Today, obstetric pessaries and surgical sutures are widely used to correct cervical incompetence during pregnancy. The occurrence rate of this abnormality continues to rise, which emphasizes the need to diagnose and correct cervical incompetence prior to the upcoming pregnancy. In the available literature there is little information about the «hidden» defects of the cervix that can lead to miscarriage in the I-III trimesters of pregnancy. Here we present a case of two different pregnancy outcomes in a single patient with cervical incompetence before and after surgical correction of the cervix by the LASH procedure. The present case supports the importance of surgical correction of cervical incompetence in non-pregnant women.

Key words

Pregnancy, isthmic cervical incompetence, miscarriage, preterm birth, cervical defects, LASH procedure.

Received: 24.05.2017; **in the revised form:** 27.10.2017; **accepted:** 30.11.2017.

Conflict of interests

The authors declare they have nothing to disclosure regarding the funding or conflict of interests with respect to this manuscript. Authors contributed equally to this article.

For citation

Yashuk A.G., Naftulovich R.A., Zainullina R.M., Popova E.M., Yakovleva O.V. Surgical correction of isthmic cervical insufficiency in non-pregnant women: a clinical case. *Obstetrics, gynecology and reproduction [Akusherstvo, ginekologiya i reproduksiya]*. 2017; 11 (4): 72-75 (in Russian). DOI: 10.17749/2313-7347.2017.11.4.072-075.

Corresponding author

Address: ul. Lenina, 3, Ufa, Russia, 450000.

E-mail: olgayakov-leva@mail.ru (Yakovleva O.V.).

Введение

Проблема невынашивания беременности остается одной из наиболее актуальных проблем в акушерстве и гинекологии, так как влечет за собой снижение рождаемости, оказывает отрицательное влияние на репродуктивное здоровье женщины, а также является социальной и экономически значимой проблемой. Частота невынашивания беременности в различных регионах составляет 10-25% [1]. В 1948 году Palmer R. и Lacombe M. впервые предположили, что истмико-цервикальная недостаточность (ИЦН) является причиной самопроизвольного выкидыша и преждевременных родов. По современным представлениям, в основе неполноценности шейки матки могут лежать три фактора: анатомический, функциональный, врожденный [2]. Основными анамнестическими факторами риска ИЦН являются 2 и более внутриматочных вмешательств (44%), преждевременные роды в анамнезе (22%), хирургическое лечение заболеваний шейки матки (16%), прерывание беременности на поздних сроках беременности (14%) [3]. При анатоми-

ческих изменениях шейки матки необходимо оперативное лечение вне и во время беременности. До хирургического лечения необходимо тщательное бактериологическое исследование и профилактическое антибактериальное лечение, так как при ИЦН в большинстве случаев полость матки инфицирована в связи с отсутствием запирающей функции истмического отдела шейки матки. В 1950 году Lash A.F. предложил операцию для коррекции несостоятельности шейки матки вне беременности в области ее передней стенки: клиновидное иссечение рубца шейки матки или краев дефекта с последующим наложением двухрядных швов на рану.

Опубликовано много научных работ, посвященных этиологии, диагностике, лечению, профилактике ИЦН. За последние 40 лет в мире не прослеживается тенденция к снижению числа преждевременных родов вследствие ИЦН [1]; наблюдается рост данной патологии, несмотря на широкое применение акушерского pessaria и наложения швов на шейку матки во время беременности, что свидетельствует о необходимости

диагностики несостоятельности шейки матки и ее коррекции вне беременности.

Представляем случай исхода беременности у пациентки с ИЦН из нашей клинической практики до и после хирургической коррекции шейки матки по методу Lash вне беременности.

Клинический случай

Пациентка С., 26 лет, соматически здорова, в детстве перенесла ветряную оспу, ОРЗ, ангины. Гинекологический анамнез: менархе – с 13 лет, цикл установился сразу, через 28-29 дней, по 5 дней, половая жизнь – с 16 лет, гинекологические заболевания отрицает. Акушерский анамнез: первая беременность в 2012 году – самопроизвольный выкидыш на сроке 5-6 недель, вторая беременность в 2013 году – самопроизвольный выкидыш на сроке 8-10 недель, третья беременность в 2014 году – самопроизвольный выкидыш на сроке 18 недель, четвертая беременность в 2015 году – настоящая, желанная, наступила самостоятельно.

Течение настоящей беременности: I триместр – без особенностей; УЗ скрининг в 12 недель – без особенностей.

Беременная поступила в гинекологическое отделение в экстренном порядке 21.12.2015 с жалобами на тянущие боли внизу живота в течение трех дней. УЗИ от 21.12.2015: длина шейки матки – 45 мм. Внутренний зев закрыт. Данных за истмико-цервикальную недостаточность не выявлено. Осмотрена врачами отделения: в зеркалах шейка матки визуально чистая, не изменена. При бимануальном исследовании: влагалище нерожавшей. Шейка матки цилиндрической формы, наружный зев закрыт. Матка, увеличенная до 16 недель беременности, возбудима при пальпации, безболезненная. Придатки с обеих сторон не определяются, область их безболезненная при пальпации. Выделения слизистые. Выставлен диагноз: беременность 16 недель. Угроза прерывания беременности. Соп: ОАГА (отягощенный акушерско-гинекологический анамнез). Привычное невынашивание беременности.

Пациентка обследована. Анализы и исследования в пределах нормы. Назначено лечение, направленное на пролонгирование беременности. 12.01.2016 выполнено контрольное УЗИ: длина шейки матки – 40 мм. Цервикальный канал не расширен, внутренний зев закрыт. 29.01.2016 появились жалобы на обильные слизистые выделения из половых путей. Осмотрена вагинально: шейка матки цилиндрической формы, укорочена. Наружный зев пропускает кончик пальца. Матка, увеличенная соответственно 20-21 неделе беременности, возбудима, безболезненная при пальпации. Выделения слизистые. В качестве метода диагностики было выполнено ультразвуковое исследование трансвагинальным датчиком. По результатам УЗИ от 29.01.2016: длина шейки матки – 10 мм. Плодный пузырь пролабирует. Выставлен диагноз: беременность 20-21 неделя. Угроза прерывания беременности. Истмико-цервикальная недостаточность. Нож-

ное предлежание. Назначена терапия, направленная на подготовку к наложению хирургического шва на шейку матки с целью коррекции ИЦН. Вечером 29.01.2016 появились жалобы на водянистые выделения из половых путей. УЗИ контроль – отрицательная динамика. Шейка матки открыта. Выраженное маловодие. Диагноз: беременность 20-21 неделя. Начавшийся поздний самопроизвольный выкидыш. Отменена терапия, направленная на пролонгирование беременности, назначена антибактериальная терапия. 30.01.2016 произошел выкидыш мертвым плодом (девочка, вес – 350 г, рост – 20 см). 09.02.2016 после соответствующей противовоспалительной, антибактериальной терапии пациентка выписана из стационара.

В апреле 2016 года пациентка обратилась на кафедру акушерства и гинекологии № 2 ФГБОУ ВО «БГМУ» МЗ РФ, осмотрена сотрудниками кафедры. Данные вагинального статуса: влагалище нерожавшей, шейка матки цилиндрической формы, наружный зев пропускает кончик пальца, при пальпации на трех часах шейки матки определяется истончение в виде «перепонки» размерами 2,0×1,5 см. Матка в anteversio-flexio не увеличенная, плотная, подвижная, безболезненная при пальпации. Придатки с обеих сторон не определяются, область их безболезненная при пальпации. Выделения слизистые. По результатам УЗИ патологии не выявлено. Выставлен диагноз: рубцовая деформация шейки матки. Истмико-цервикальная недостаточность. Соп: ОАГА. 07.04.2016 с данным диагнозом пациентка поступила в гинекологическое отделение на оперативное лечение. 08.04.2016 нами произведена пластика шейки матки по Lash (рис. 1).

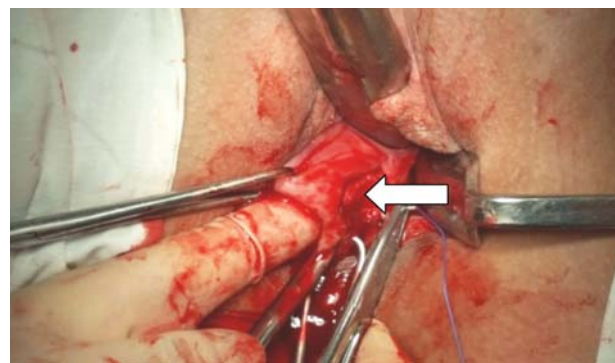


Рисунок 1. Шейка матки обнажена зеркалами, фиксирована пулевыми щипцами и низведена. Палец хирурга введен в цервикальный канал шейки матки. Стрелкой указан участок шейки на трех часах в виде «перепонки» размерами 2,0×1,5 см. Произведено иссечение данного участка с последующим формированием шейки матки узловатыми швами викрилом.

Figure 1. The cervix of the uterus is exposed by mirrors, fixed with bullet forceps and lowered. The surgeon's finger is inserted into the cervical canal of the cervix. The arrow shows the cervix section at three o'clock, shaped as a web measuring 2.0×1.5 cm. This segment was excised followed by the reconstitution of the cervix using knotted vicryl sutures.

Гистологическое заключение послеоперационного периода: в присланных фрагментах слизистой шейки матки – гипертрофия, сосудистая гиперплазия, склероз, гиперкератоз.

В сентябре 2016 года у пациентки С. наступила самостоятельная желанная беременность. На сроке 37-38 недель беременности произошли роды путем операции кесарева сечения живым доношенным мальчиком, вес – 4020 г, рост – 52 см.

Заключение

Четыре предыдущие беременности пациентки С. закончились самопроизвольным прерыванием беременности в I-II триместрах. Этиология прерывания беременности была установлена лишь при четвертой беременности, несвоевременно. Данных за ИЦН при осмотре в зеркалах и УЗ исследовании при поступлении пациентки в стационар выявлено не было, диагноз выставлен лишь при пролабировании плодного пузыря, что является поздним признаком ИЦН. Дефект шейки матки в виде «перепонки», описанный выше, не

был диагностирован во время беременности. Беременность сохранить не удалось. Исходя из этого, мы пришли к следующим выводам.

1. Визуальный осмотр шейки матки в зеркалах, ультразвуковое исследование не являются методом выбора в диагностике «скрытых» дефектов шейки матки, которые выявляются лишь при тщательном пальпаторном исследовании шейки матки.
2. «Скрытый» дефект шейки матки или так называемая «прикрытая» ИЦН приводит к потере беременности в I-III триместрах.
3. Хирургическая коррекция дефекта шейки матки по методу Lash вне беременности предотвращает прерывание беременности и может быть использована в качестве прегравидарной подготовки у женщин с привычным невынашиванием беременности и выявленной несостоятельностью шейки матки, подтверждением чего служит вышеописанный клинический случай из нашей практики.

Литература:

1. Кулаков В.И., Серов В.Н., Адамян Л.В. Руководство по охране репродуктивного здоровья. М.: Трида-Х. 2001: 568 с.

2. Барсуков А.Н., Сушкова О.С. Оперативное лечение истмико-цервикальной недостаточности. *Охрана материнства и детства*. 2014; 2: 60-70.

3. Черняева В.И., Неудакхина И.О., Заречнева Т.А. Особенности течения беременности и исходы родов при истмико-цервикальной недостаточности. *Фундаментальная клиническая медицина*. 2016; 2: 70-75.

References:

1. Kulakov V.I., Serov V.N., Adamyan L.V. Guidelines for reproductive health [Руководство по охране репродуктивного здоровья]. Moscow: Triada-X. 2001: 568 s (in Russian).

2. Barsukov A.N., Sushkova O.S. Surgical treatment of isthmic cervical incompetence [Оперативное лечение истмико-цервикальной недостаточности]. *Ohrana materinstva i detstva*. 2014; 2: 60-70 (in Russian).

3. Chernyaeva V.I., Neudakhina I.O., Zarechneva T.A. Characteristics of

pregnancy and labor outcomes in isthmic cervical incompetence [Особенности течения беременности и исходы родов при истмико-цервикальной недостаточности]. *Fundamental' naya klinicheskaya medicina*. 2016; 2: 70-75 (in Russian).

Сведения об авторах:

Ящук Альфия Галимовна – д.м.н., профессор, зав. кафедрой акушерства и гинекологии № 2 ФГБОУ ВО «БГМУ» МЗ РФ. Адрес: ул. Ленина, 3, Уфа, Россия, 450000. E-mail: alfiya-galimovna@mail.ru.

Нафтулович Раиса Аркадьевна – к.м.н., доцент кафедры акушерства и гинекологии № 2 ФГБОУ ВО «БГМУ» МЗ РФ. Адрес: ул. Ленина, 3, Уфа, Россия, 450000. E-mail: raisanaftulovich@mail.ru.

Зайнуллина Раиса Махмутовна – к.м.н., доцент кафедры акушерства и гинекологии № 2 ФГБОУ ВО «БГМУ» МЗ РФ. Адрес: ул. Ленина, 3, Уфа, Россия, 450000. E-mail: raisa.bsmu@gmail.com.

Попова Елена Михайловна – ассистент кафедры акушерства и гинекологии № 2 ФГБОУ ВО «БГМУ» МЗ РФ. Адрес: ул. Ленина, 3, Уфа, Россия, 450000. E-mail: eltn73@mail.ru.

Яковлева Ольга Владимировна – аспирант кафедры акушерства и гинекологии № 2 ФГБОУ ВО «БГМУ» МЗ РФ. Адрес: ул. Ленина, 3, Уфа, Россия, 450000. E-mail: olgayakov-leva@mail.ru.

About the authors:

Yashuk Alfiya Galimovna – MD, Professor, Head of Department of Obstetrics and Gynecology № 2, BSMU HM of RF. Address: ul. Lenina, 3, Ufa, Russia, 450000. E-mail: alfiya-galimovna@mail.ru.

Naftulovich Raisa Arkadyevna – PhD, Associate Professor, Department of Obstetrics and Gynecology № 2, BSMU HM of RF. Address: ul. Lenina, 3, Ufa, Russia, 450000. E-mail: raisanaftulovich@mail.ru.

Zainullina Raisa Makhmudovna – PhD, Associate Professor, Department of Obstetrics and Gynecology № 2, BSMU HM of RF. Address: ul. Lenina, 3, Ufa, Russia, 450000. E-mail: raisa.bsmu@gmail.com.

Popova Elena Mikhaylovna – Assistant, Department of Obstetrics and Gynecology № 2, BSMU HM of RF. Address: ul. Lenina, 3, Ufa, Russia, 450000. E-mail: eltn73@mail.ru.

Yakovleva Olga Vladimirovna – Postgraduate student, Department of Obstetrics and Gynecology № 2, BSMU HM of RF. Address: ul. Lenina, 3, Ufa, Russia, 450000. E-mail: olgayakov-leva@mail.ru.