

Хирургическая коррекция истмико-цервикальной недостаточности при пролабировании плодного пузыря с использованием катетера Фолея

Е.Н. Зарубина, А.Л. Семенова, Е.В. Климовская

ФГБУ «Центральная клиническая больница с поликлиникой» УД Президента РФ, Москва

Surgical correction of isthmic-cervical insufficiency with prolapsed gestational sac using a Foley catheter

E.N. Zarubina, A.L. Semenova, E.V. Klimovskaya

CCH with Outpatient health center, Moscow, Russia

Аннотация

Хирургическая коррекция истмико-цервикальной недостаточности с использованием катетера Фолея у женщин с пролабированием плодного пузыря позволило 12 пациенткам пролонгировать беременность до доношенного срока и родить здоровых детей.

Ключевые слова: хирургическая коррекция, истмико-цервикальная недостаточность, катетер Фолея.

Abstract

Surgical correction of isthmic-cervical insufficiency with use Foley catheter in women with prelaboratory fetal bladder allowed 12 patients to prolong pregnancy to full term and give birth to healthy children.

Key words: surgical correction, isthmic-cervical insufficiency, Foley catheter.

Ссылка для цитирования: Зарубина Е.Н., Семенова А.Л., Климовская Е.В. Хирургическая коррекция истмико-цервикальной недостаточности при пролабировании плодного пузыря с использованием катетера Фолея. Кремлевская медицина. Клинический вестник. 2019; 2: 96-99.

Преждевременные роды (ПР) остаются одной из основных проблем мировой перинатологии. Количество их на протяжении многих лет не меняется и составляет 8-10% от общего числа родов. Ежегодно в мире рождается до 15 млн недоношенных детей. До настоящего времени этиология неизвестна, точная диагностика затруднительна, существующая профилактика неоднозначна, эффект от лечения непредсказуем. Между тем эта проблема требует огромных экономических затрат [1,2].

Одной из причин преждевременных родов является истмико-цервикальная недостаточность (ИЦН) - патологическое преждевременное укорочение шейки матки, а также расширение ее внутреннего зева и цервикального канала во время беременности. Частота данной патологии варьирует от 1,5-13,5%, а по данным разных авторов, на долю ИЦН приходится до 40% очень ранних преждевременных родов [3].

Факторы риска развития ИЦН могут быть врожденными, связанными в первую очередь с

нарушением синтеза коллагена (синдром Элерса—Данлоса) или с дисбалансом гормонов в организме женщины, и приобретенными. Предшествующие травмы шейки матки при родах, проведение хирургических манипуляций на шейке матки впоследствии также могут привести к развитию ИЦН [4,5].

Говоря о врожденных факторах риска, следует отметить, что уже при первом осмотре у беременной можно выявить косвенные маркеры дисплазии соединительной ткани: высокий рост, наличие варикозной болезни или миопии, гипермобильность суставов, что позволяет заподозрить возможность развития ИЦН и преждевременных родов [6, 7].

Диагностика данного состояния не всегда однозначна и проста. Нельзя ориентироваться только на субъективные ощущения и чувство дискомфорта у женщины—это может привести к гипердиагностике. И напротив, считая, что женщину ничего не беспокоит, можно с удивлением обнаружить плодный пузырь, пролабирую-



Рис. 1. Пролабирование плодного пузыря.

щий во влагалище. Пролабированный плодный пузырь может инфицироваться и вскрыться, что неминуемо приведет к выкидышу и преждевременным родам (рис 1).

С 2012 г. в стандарты оказания медицинской помощи включено современное диагностическое исследование—цервикометрия, которое определяет длину шейки матки по данным трансвагинального УЗИ, начиная уже с ранних сроков беременности. Следует отметить, что иногда, с учетом данных анамнеза, наличия или отсутствия клиники угрозы прерывания беременности, а также данных вагинального осмотра, данное исследование следует выполнять в динамическом режиме. При сканировании шейки матки можно увидеть сглаженность (или укорочение) шейки матки, изменение анатомии внутреннего зева, расширение цервикального канала с пролабированием плодных оболочек в его просвет, а при вагинальном исследовании — изменение ее структуры [8,9].

Механизм развития ИЦН в каждом конкретном случае индивидуален. Как правило, имеется сочетание нескольких факторов: инфекция и несостоятельность соединительной ткани, но в том и другом случае шейка матки не способна сопротивляться давлению растущего внутри матки плода, что и приводит к ее раскрытию [10,11,12].

Одним из методов лечения ИЦН является хирургический в виде наложения швов на шейку матки. История его насчитывает несколько десятилетий, имеет своих сторонников и противников [13]. Наложение швов на шейку матки представляет собой попытку нивелирования нача-

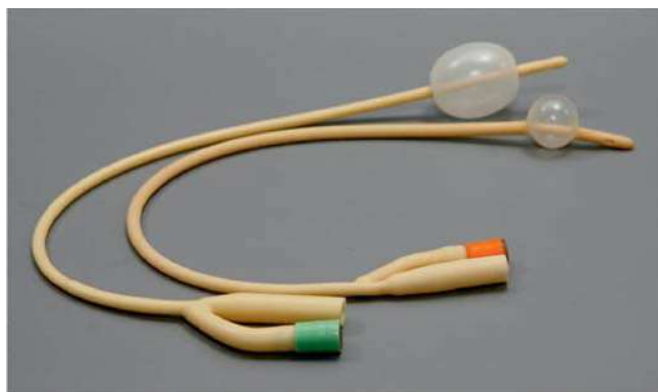


Рис. 2. Катетер Фолея.

ла преждевременных родов для увеличения срока нахождения ребенка в матке. Однако, данная операция не всегда дает положительный результат, а в некоторых случаях может стать причиной развития септических осложнений. Мы применили модификацию хирургической коррекции шейки матки при пролабировании плодного пузыря, используя катетер Фолея (рис. 2).

Хирургическая коррекция ИЦН при пролабировании плодного пузыря отличается от аналогичного вмешательства при наличии закрытой порции шейки матки большей травматичностью и худшими исходами. Прогноз для пролонгирования беременности в данном случае будет зависеть от хирургической техники, наличия или отсутствия признаков хориоамнионита, сократительной активности матки.

Материалы и методы

Общая характеристика беременных женщин.

12 пациенток поступили в стационар АГК ЦКБ с поликлиникой УДП РФ в сроке беременности 18–24 нед с пролабированием плодного пузыря, несмотря на проведение цервикометрии в амбулаторных условиях. Средний срок беременности составил $21,5 \pm 1,1$ нед. Возраст беременных от 25 до 38 лет, средний составил $30,3 \pm 0,9$ года.

Первобеременных было 3, повторнобеременных — 9. У 2 пациенток в анамнезе ранние преждевременные роды, у 3-только медицинские аборт. Среднее количество абортов составило $1,8 \pm 0,9$. Срочные роды в анамнезе имели 3 пациентки (табл. 1).

Практически у всех пациенток в анамнезе имелась гинекологическая патология, в том числе у 5 женщин были проведены малые гинекологические операции по поводу полипов тела и шейки матки. Хронический сальпингоофорит отмечен у 3 пациенток.

У 10 поступивших имела место экстрагени- тальная патология. У всех выявлены заболева-

Таблица 1

Характеристика беременных

Паритет	Число пациенток
Первобеременные	3
Срочные роды	3
Только аборты	3
Аборты и роды	2
Ранние преждевременные роды	2
Поздние выкидыши	1

ния, свидетельствующие о возможной дисплазии соединительной ткани, такие как варикозное расширение вен нижних конечностей — у 6, пролапс митрального клапана — у 2, миопия различной степени — у 2 пациенток (табл. 2).

Таблица 2

Осложнения беременности

Экстрагенитальная патология	Число пациенток
Варикозная болезнь	6
Пролапс митрального клапана	2
Миопия различной степени	2

При поступлении всем пациенткам проведено полное клиничко-лабораторное обследование. По данным проведенного обследования клиническая картина инфекционного процесса у всех пациенток отсутствовала.

Описание метода

Хирургическая коррекция ИЦН проводилась на 2-е сутки от начала токолитической (гексапреналин внутривенно капельно) и антибактериальной (антибиотики цефалоспоринового ряда внутривенно) терапии.

На первом этапе плодный пузырь погружался в полость матки с помощью катетера Фолея. За внутренним зевом раздувалась манжета катетера. Это давало возможность уменьшить травматизацию тканей, «сберечь» плодный пузырь и создать комфортные условия для работы хирурга (рис. 3).

Далее проводился церкляж путем наложения двойного П-образного шва на шейку матки. Катетер Фолея извлекался только после завязывания лигатур, что препятствовало чрезмерному сдавлению шейки матки, сохраняя ее физиологическую структуру и функцию (рис. 4).

В послеоперационном периоде пациентка в течение суток находилась на постельном режиме. Продолжалась антибактериальная и токолитическая (гексапреналин) терапия, а также проводилась ежедневная санация влагалища водным

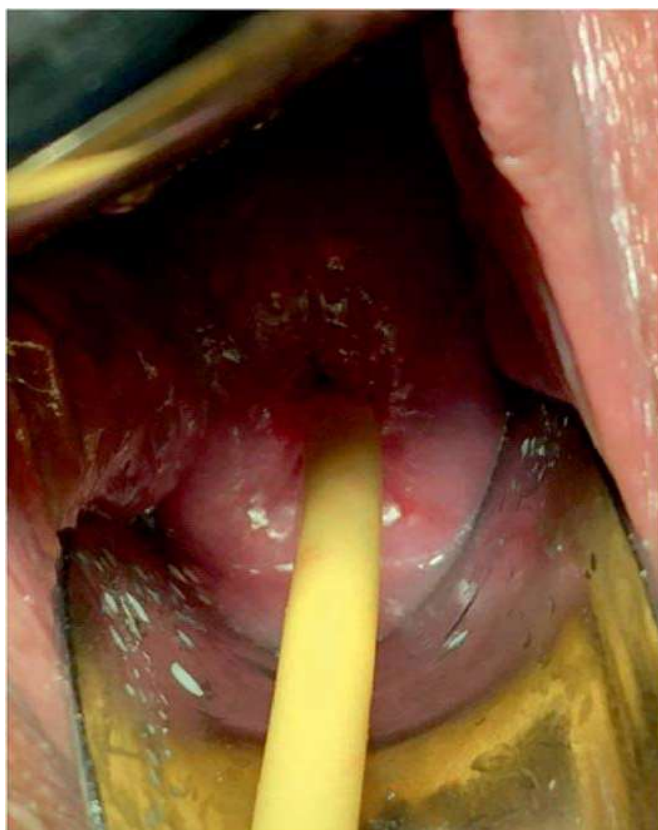


Рис. 3. Погружение катетера Фолея в полость матки.



Рис. 4. Двойной П-образный шов на шейке матки

раствором хлоргексидина.

Результаты и выводы

Во всех случаях был достигнут положительный результат в исходе беременности. У 11 пациенток швы сняты в сроке 36-37 нед. Беремен-

ность пролонгировалась и закончилась своевременными родами. Все дети родились с оценкой по шкале Апгар 8-9 баллов и находились в физиологическом отделении для новорожденных. В одном случае произошло дородовое излитие вод в сроке беременности 36 нед. Беременность закончилась рождением живого недоношенного мальчика в удовлетворительном состоянии не нуждающегося в реанимационных мероприятиях. Прорезывания швов ни в одном случае не было.

Заключение

Таким образом, данная методика коррекции ИЦН при пролабировании плодного пузыря с применением катетера Фолея и проведением курса антибактериальной и токолитической терапии эффективна, безопасна, менее травматична, предотвращает прорезывание швов и позволяет пролонгировать беременность до доношенного срока.

Литература

1. Яковлева Т.В. Причины и динамика перинатальной смертности в Российской Федерации. *Здравоохранение РФ*. 2005; 4: 26-29 [Yakovleva T.V. Causes and dynamics of perinatal mortality in the Russian Federation. *Health of the RF*. 2005; 4: 26-29. In Russian].
2. Радзинский В.Е. Акушерская агрессия. 2012: 396-420 [Radzinsky V.E. *Obstetric aggression*. Publisher of the magazine 2012, 396-420. In Russian].
3. Джобова, Э. М., Судакова, Г. Ю., Данелян, С. Ж., Галкина, А. С., Любанская, С. В., Доброхотова, Ю. Э. Угрожающие преждевременные роды и истмико-цервикальная недостаточность: тактика и стратегия комплексной терапии. *Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии*. 2012; 11(4): 41-46 [Dzhobava EM, Sudakova GY, Danelyan SZh, Galkina AS, Lyubanskaya SV, Dobrokhotova YuE. *Threatening preterm labor and isthmio-cervical insufficiency: tactics and strategy of complex therapy*. *Questions of gynecology, obstetrics and perinatology*. 2012; 11 (4): 41-46. In Russian].
4. Чотчаева А.И., Тулупова М.С., Хамошина М.Б. и др. Факторы, влияющие на течение гестационного периода у женщин с угрозой прерывания беременности во втором триместре. *Доктор. РУ*. 2012; 1(69): 48-51 [Chotchayeva A.I., Tulupova M.S., Khamochina M.B. and others. *Factors, affecting the gestational period*

in women with the thread of abortion in the second trimester. *Dr RU*. 2012; 1(69): 48-51. In Russian].

5. Mercer B.M et al. *The preterm prediction study: effect of gestational age and cause of preterm birth on subsequent obstetric outcome*. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 1999; 181: 1216-1221. doi:10.1016/S0002-9378(99)70111-0.

6. Сидельникова В.М. Подготовка и ведение беременности у женщин с привычным невынашиванием. *Методические пособия и клинические протоколы*. 3-е изд. М.: МЕДпресс-информ. 2013; 228с. [Sidelnikova V.M. *Preparation and menagement of pregnancy in women with recurrent miscarriage: guidelines and clinical protocols*. 3 *Med press-inform*. 2013; 228p. In Russian].

7. Ananth CV et al. *Recurrence of spontaneous versus medically indicated preterm birth*. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 2006; 195: 643-650. doi:10.1016/j.ajog.2006.05.022.

8. Ziliani M, Azuaga A, Calderon F, Pages G. *Monitoring the Efficacy of the Uterine Cervix by Transperineal Sonography: A New Perspective*. *J. Ultrasound Med.* 1995; 14: 715-718.

9. Romero R., Nicolaides K, Conde-Anguelo A et al. *Vaginal progesterone in women with an asymptomatic sonographic short cervix in the midtrimester decreases preterm delivery and neonatal morbidity: A systematic review and metaanalysis of individual patient data*. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 2012; 206(2): 124.

10. Shin Park J, Hyun Yoon B, Eun Lee SI. et al. *The intensity of the fetal inflammatory response in intraamniotic inflammation with and without microbial invasion of the amniotic cavity*. *Am J. Obstet. Gynecol.* 2007; 197(3): 294-297.

11. Ghezzi F, Franchi M, Raio L. et al. *Elevated amniotic fluid C-reactive protein at the time of genetic amniocentesis is a marker for preterm delivery*. *Am J. Obstet. Gynecol.* 2002; 186(2): 268-73.

12. Lee Si, Romero R, Park CH. et al. *The frequency and significance of intraamniotic inflammation in patients with cervical insufficiency*. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 2008; 198 (6): 633.

13. Костин И.Н., Мессия Н.В., Замотина И.В. *Коррекция истмико-цервикальной недостаточности во II триместре беременности: обзор литературы*. *Хирург*. 2014; 6: 84-90 [Costin I.N., Messia N.V., Zamotoina I.V. *Correction isthmio-cervical insufficiency in the second trimester of pregnancy: literature review*. *Surgery*. 2014; 6: 84-90. In Russian].

Для корреспонденции/ Corresponding author

Зарубина Елена Николаевна/ Zarubina Elena
Zarubinaelena1@gmail.com

Конфликт интересов отсутствует