

Опыт хирургической коррекции истмико-цервикальной недостаточности методом серкляжа шейки матки мерсифеновой лентой

Глухов Е.Ю., Судаков Ю.Е., Махаева О.Г.
МУ ЦГБ № 7 г. Екатеринбург

Резюме. Для лечения ИЦН в течение многих лет используется метод наложения циркулярного шва на шейку матки. Целью работы явилось сравнительное исследование эффективности традиционных методик наложения лавсановых швов по МакДональду и П-образных швов методом Любимовой с методом цервикального серкляжа мерсифеновой лентой. В отделении патологии беременности и в гинекологическом отделении МУ ЦГБ №7 было произведено 1002 операции с целью лечения ИЦН. Из них 963 (96,1%) - наложение круговых лавсановых швов на шейку матки, 13 (1,3%) - наложение П-образных швов и 25 (2,6%) - цервикальный серкляж мерсифеновой лентой, в том числе у 2 (8,0%) больных с посттравматической ампутацией влагалищной части шейки матки в интервальном периоде (до беременности). Преобладали женщины в возрасте до 30 лет - 52,0%. В 52% случаев лента введена в сроки беременности 20-25 недель. Результаты: 4,0% - замершая беременность, 56,0% - своевременные роды, 40,0% - прогрессирующее течение беременности в настоящее время. Выводы: наряду с традиционными методами серкляжа шейки матки при ИЦН, заслуживает внимания методика применения мерсифеновой ленты. Операция не представляет существенных технических трудностей. Метод цервикального серкляжа мерсифеновой лентой может быть рекомендован для оперативного лечения истмико-цервикальной недостаточности как во время беременности, так и в интервальном периоде.

Ключевые слова: истмико-цервикальная недостаточность, хирургическая коррекция, мерсифеновая лента

Введение

Одной из причин невынашивания беременности является истмико-цервикальная недостаточность (ИЦН), которая обуславливает 16-20% выкидышей во втором триместре и около 30% преждевременных родов в третьем триместре беременности. ИЦН чаще всего проявляется в виде безболезненной, прогрессирующей дилатации и сглаживания шейки матки, возникающей, как правило, между 16-й и 22-й неделями беременности [1, 3].

Диагностика ИЦН основывается на изучении данных репродуктивного анамнеза женщины и результатах клинико-диагностического обследования [2]. Клиническими признаками ИЦН во время беременности являются: изменение консистенции шейки матки, ее укорочение и изменение положения, открытие цервикального канала той или иной степени, вплоть до пролабирования плодного пузыря. Диагноз ИЦН при беременности может быть подтвержден данными ультразвукового исследования.

Для лечения ИЦН в течение многих лет используется метод наложения циркулярного шва на шейку матки, которое производится в сроках, близких к 10 неделям гестации [2, 3, 4]. Наиболее распространенными методиками хирургической коррекции ИЦН являются модификации методов, предложенных Широкарком и Мак-Дональдом. Однако хирургическая коррекция ИЦН в некоторых случаях может быть технически трудной-

Глухов Евгений Юрьевич - канд. мед. наук, заместитель главного врача МУ ЦГБ №7 по акушерско-гинекологической службе;

Судаков Юрий Евгеньевич - заведующий отделением патологии беременности МУ ЦГБ №7;

Махаева Ольга Гавриловна - заведующая гинекологическим отделением МУ ЦГБ №7

полной. При этом сохранить беременность не удается.

Целью работы явилось сравнительное исследование эффективности традиционных методик наложения лавсановых швов по Мак-Дональду и П-образных "герметизирующих" швов по методу Любимовой в модификации Мамедалиевой с методом цервикального серкляжа мерсильеновой лентой.

Материал и методы исследования

В отделении патологии беременности МУ ЦГБ № 7 для хирургической коррекции шейки матки до 2004 года преимущественно использовались два метода наложения лавсановых швов: по Мак-Дональду (в случае неосложнённой формы ИЦН) и наложение П-образных "герметизирующих" швов на шейку матки по методу Любимовой в модификации Мамедалиевой (в случае значительного пролабирования плодного пузыря во влагалище, вплоть до introitus vaginae).

С 1989 года по апрель 2006 года в отделении патологии беременных и в гинекологическом отделении МУ ЦГБ №7 было произведено 1015 операций с целью лечения ИЦН, из них 862 (84,9%) - наложение круговых лавсановых швов на шейку матки, 11 (1,1%) - наложение П-образных швов и 25 (2,4%) - цервикальный серкляж мерсильеновой лентой (Табл. 1).

В поисках новых шовных материалов мы остановили свой выбор на мерсильеновой ленте шириной 5 мм. Мерсильен - материал, имеющий необходимую эластичность, апиrogenность и биологическую инертность к тканям организма (Фото 1). За рубежом этот материал довольно широко применяется с целью коррекции патологии, связанной с недостаточностью соединительной ткани, в том числе и для коррекции ИЦН, однако у нас в стране и в нашем городе, в частности, методика цервикального серкляжа мерсильеновой лентой до недавнего времени была практически неизвестна.

С августа 2004 года по апреля 2006 года в отделении патологии беременных ЦГБ № 7 было произведено 25 операций "Цервикального серкляжа мерсильеновой лентой". Основным показанием для цервикального серкляжа была ИЦН, а также полное предлежание плаценты.

Во всех случаях была использована методика наложения по Мак-Дональду в модификации Лысенко, но с небольшими изменениями в способе самого серкляжа.

Методика серкляжа шейки матки мерсильеновой лентой:

1. После дезинфекции наружных половых органов шейки матки обнажается в зеркалах, проводится дезинфекция влагалища.



Фото 1. Общий вид мерсильеновой ленты фирмы "Джонсон и Джонсон"



Фото 2. Второй этап операции - проведение иглы в подслизистом слое шейки матки справа



Фото 3. Сужение просвета цервикального канала, связывание концов ленты в переднем своде влагалища

2. В асептических условиях шейка матки фиксируется окончатými щипцами, отводится вниз и кпереди.

3. Обнажается задний и правый боковой своды влагалища, после чего правая игла с мерсильеновой лентой проводится в подслизистом слое шейки матки на границе заднего и бокового сводов влагалища справа с выколом в переднем своде влагалища (Фото 2).

4. Точно также проводится левая игла с мерсильеновой лентой в подслизистом слое в области левого бокового свода влагалища.

Таблица 1. Виды хирургической коррекции истмико-цервикальной недостаточности

Коррекция ИЦН	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	4 мес. 2006г.	Всего
Всего случаев ИЦН	229	126	104	144	123	107	91	73	18	1015
Виды коррекции ИЦН:										
1) Наложение кругового лавсанового шва	229	126	104	144	119	104	80	52	8	862
% от всех случаев хирургического лечения ИЦН	100,0	100,0	100,0	100,0	96,7	97,2	87,9	71,2	44,4	84,9
2) Наложение П-образных швов на шейку матки в случае пролабирования плодного пузыря.	0	0	0	0	4	3	4	0	0	11
% от всех случаев хирургического лечения ИЦН	0	0	0	0	3,3	2,8	4,4	0	0	1,1
3) Цервикальный серкляж мерсилоновой лентой.	0	0	0	0	0	0	6	13	6	25
% от всех случаев хирургического лечения ИЦН	0	0	0	0	0	0	6,6	28,8	55,6	2,4
Частота прерывания беременности на фоне серкляжа	5	5	3	1	1	2	2	0	0	19
% от всех случаев хирургического лечения ИЦН	2,2	4,0	2,9	0,7	0,8	1,9	2,5	0	0	1,9

5. В переднем своде влагалища на границе с мочевым пузырём концы ленты завязываются на 3 узла, после чего концы ленты коротко срезаются (Фото 3).

6. Обработка влагалища 3% раствором перекиси водорода; влагалище тампонируется стерильным бинтом с целью осуществления контроля за выделениями из половых путей и дополнительного гемостаза. Через 1 час тампон удаляется из влагалища.

Учитывая биологическую инертность мерсилена, его качественные особенности, появилась возможность практически полного погружения материала в подслизистый слой шейки матки, в то время как во влагалище оставался лишь узел и небольшая часть ленты в области задней губы шейки матки или крестцово-маточных связок. В течение последующих 2-3 дней проводилась обычная обработка влагалища дезинфицирующими растворами, а далее контроль состояния шва еженежесечно.

Описание операции заносится в историю болезни, при выписке пациенткам выдаётся сигнальный лист для предъявления в женскую консультацию и родильный дом с указанием даты наложения шва и особенностей операции для получения впоследствии информации об исходах беременности и родов и трудностях снятия швов.

Результаты и обсуждение

Успех оперативного лечения зависел как от состояния шейки матки, так и от качества используемого материала (чаще всего это была толстая лавсановая нить). Несмотря на многие положительные свойства лавсана, этот материал, может глубоко врезаться в ткани шейки матки и даже прорезываться, вызывая ее деформацию.

При наложении лавсановых швов произошло 19 (1,9%) случаев самопроизвольных выкидышей, в основном за счёт прогрессирующего многоводия, сочетания многоплодия и многоводия, а также инфицирования плодных оболочек при длительном пролабировании плодного пузыря во влагалище.

Использование мерсильеновой ленты показало более высокую ее эффективность для коррекции ИЦН.

По возрастам все женщины, которым был наложен цервикальный шов мерсильеном, были разделены на 3 группы: 13 женщин до 30 лет (52,0%), 11 - от 30 до 40 лет (44,0%) и 1 свыше 40 лет (4,0%) (Рис. 1).

Коррекция ИЦН проводилась не только во время беременности, но и до ее наступления - в интервальном периоде, то есть в перерыве

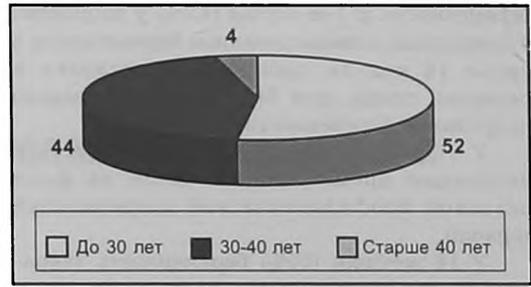


Рисунок 1. Структура больных по возрасту

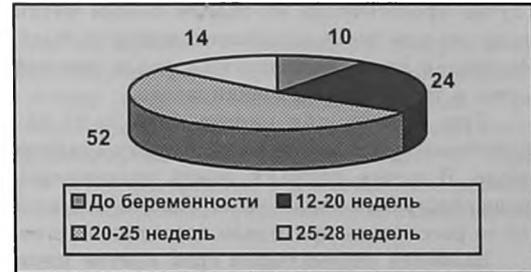


Рисунок 2. Сроки проведения цервикального серкляжа мерсильеновой лентой, %

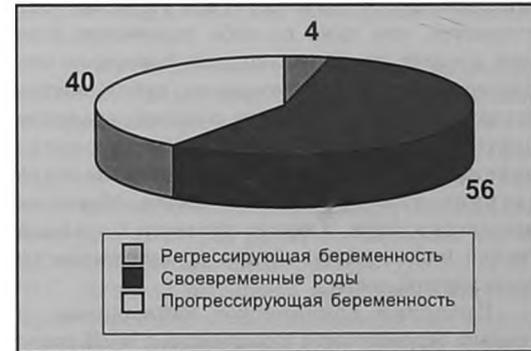


Рисунок 3. Результаты применения серкляжа мерсильеновой лентой, %

между беременностями. У 2 (8,0%) больных с посттравматической ампутацией влагалищной части шейки матки во время предыдущей беременности после наложения лавсанового шва на шейку матки впоследствии произведен серкляж мерсильеновой лентой влагалищным доступом на уровне внутреннего зева. Одна пациентка после наложения шва в интервальном периоде проходит подготовку к предстоящей беременности.

Лента была введена в сроках беременности 20-25 недель в 52% случаев, в 12-20 недель - в 24%, в 25-28 - в 14% (Рис. 2).

После наложения шва в дальнейшем осуществлялся контроль за течением и исходом

беременности. В 1-м случае (4,0%) у пациентки с привычным невынашиванием беременности в сроке 14 недель произошла остановка в развитии плода, шов был снят, произведено прерывание беременности (Рис. 3).

У 10 пациенток (40,0%) беременность в настоящее время продолжается на фоне плановой профилактической сохраняющей терапии.

У 14 женщин (56%) беременность закончилась своевременными родами. Случаев несостоятельности швов или прорезывания их за время наблюдения не отмечено. Ни в одном случае кровотечения из тканей шейки матки во время или после наложения ленты не было. Введённая лента сама тампонировала раневый канал в толще тканей шейки матки.

При снятии шва иногда возникало затруднение: не удавалось рассечь ленту в заднем своде. В таких случаях лента рассекалась непосредственно возле узла. Удаление ленты после рассечения проходило достаточно легко.

Наиболее оптимальный срок снятия швов с шейки матки - 36-37 недель. Двум беременным швы были сняты в плановом порядке в сроке 35-36 недель, но это было в одном случае в Финляндии, в другом - в Румынии, где считается, что само по себе наложение шва уже создаёт предпосылки для формирования плотного соединительнотканного "рубца" вокруг сетчатого протеза. Более позднее удаление ленты с шейки матки, особенно в случае развития родового акта, может вызвать затруднения при снятии даже обычных лавсановых швов, и может привести к травмам тканей шейки матки вплоть до ампутации её влагалищной части.

Приводим клиническое наблюдение о течении беременности у пациентки с ИЦН после наложения мерсиленовой ленты в интервальном периоде.

Больная З., 37 лет, в анамнезе одни срочные роды, осложнённые глубокими боковыми разрывами шейки матки с обеих сторон. Во время второй беременности по поводу посттравматической истмико-цервикальной недостаточности был наложен круговой лавсановый шов, но в сроке 24 недель произошёл самопроизвольный выкидыш, во время которого шов прорезался и "ампути-

ровал" влагалищную часть шейки матки. Три последующие беременности закончились самопроизвольными выкидышами в сроке 14-18 недель, несмотря на наложение лавсановых швов на шейку матки. В 2004 году была проведена операция цервикального серкляжа мерсиленовой лентой в интервальном периоде со смещением тканей мочевого пузыря спереди и слизистой оболочки боковых и заднего свода - сзади, после чего была вшита лента на уровне внутреннего зева. Исходная длина шейки матки составляла 10 мм. В 2005г. у этой больной наступила беременность, которая в настоящее время прогрессирует, срок беременности 24 недели. По данным ультразвукового исследования к моменту наступления беременности длина шейки была около 25 мм., в 16 недель беременности - 35 мм., в 24 недели 33 мм (15 мм от места наложения шва до наружного зева и 18 мм. от внутреннего зева до шва). За пациенткой ведётся амбулаторное наблюдение в группе "высокого риска" по невынашиванию беременности. В критические сроки дважды было проведено профилактическое лечение невынашивания беременности в отделении патологии беременных ЦГБ № 7.

Выводы

Наряду с традиционными методами серкляжа шейки матки при ИЦН, заслуживает внимания методика применения для этой цели мерсиленовой ленты, которая плотно охватывает ткани шейки матки, не вызывает реакции отторжения, по мере прогрессирования беременности не растягивается, не прорезается в ткани шейки матки.

Операция серкляжа не представляет существенных технических трудностей, но требует скрупулезного соблюдения техники проведения ленты в толще тканей шейки матки.

Метод цервикального серкляжа мерсиленовой лентой может быть рекомендован для хирургического лечения истмико-цервикальной недостаточности во время беременности. Цервикальный серкляж мерсиленовой лентой до наступления беременности в случае посттравматической истмико-цервикальной недостаточности с ампутацией влагалищной части шейки матки может занять ведущее место в лечении этой патологии.

Литература

1. Агаджанова А.А. Современные подходы к диагностике и лечению антифосфолипидного синдрома при невынашивании беременности. Вест. асс. акуш и гин. 1999; 2: 40-5.
2. Кошелева Н.Г. Современная тактика лечения и профилактики невынашивания беременности с учетом этиопатогенеза. Вести. асс. ак. и гин. 1996; 3: 45-50.
3. Сидельникова В.М. Актуальные проблемы невынашивания беременности. Москва; 1999.
4. Earth W.H. Cervical incompetence and cerclage. Clin Obstet Gynecol