

АНАЛІЗ ЕФЕКТИВНОСТІ КОРЕКЦІЇ НЕКОМПЕТЕНТНОСТІ ШИЙКИ МАТКИ ПІД ЧАС ВАГІТНОСТІ

Корсак В.В., Пацкань І.І.

ДВНЗ «Ужгородський національний університет», м. Ужгород, Україна

e-mail: korsakvv@ukr.net

Вступ. Частота некомпетентності шийки матки серед усіх вагітних жінок становить 1,8% і є актуальною проблемою акушерства, оскільки пов'язана з порушенням репродуктивної функції жінки та чинить негативний вплив на народжуваність, обумовлюючи високі показники перинатальної захворюваності і смертності [4,5]. На сьогодні більшість авторів розрізняють

вроджену, набуту, органічну та функціональну істміко-цервікальну недостатність [1]. Вважається, що дана патологія є причиною від 20 до 25% всіх втрат вагітності у другому триместрі. На сьогодні переважно проводять хірургічну або консервативну корекцію некомпетентності шийки матки під час вагітності. Хірургічна корекція даної патології проводиться з використанням двох різних видів шовного матеріалу, а саме: плетеної нитки або мононитки. При консервативному лікуванні застосовують розвантажувальні акушерські песарії [2,3]

Мета. Виявити особливості перебігу вагітності і родів відповідно до методу корекції істміко-цервікальної недостатності та використаного шовного матеріалу.

Матеріали та методи. Проведено серкляж 25 вагітним за методом Макдональда з використанням плетеної нитки (1 група), у інших 25 жінок використана мононитка (2 група), крім того 25 вагітним ведено акушерський розвантажувальний песарій (3 група). Діагноз ставився на основі анамнезу, даних об'єктивного клінічного обстеження, інструментального, лабораторного і ультразвукового досліджень. Клінічний ступінь недостатності внутрішнього вічка шийки матки оцінювали за шкалою Штембера. При цервікометрії трансвагінальним доступом використовували стандартні критерії некомпетентності шийки матки з обчислюванням істміко-цервікального та істміко-перешийкового коефіцієнтів (при $\text{ЩК} > 0,22$ та $\text{ППК} > 1,6$ встановлювався відповідний діагноз). Отримані дані статистично оброблені.

Результати: Встановлено, що у вагітних з некомпетентністю шийки матки під час вагітності мають місце виражені дисбіотичні порушення піхви з явищем контамінації умовно патогенної та патогенної флори у високих діагностичних концентраціях, що вказує на істотну роль цих факторів у генезі даної патології, а також про необхідність включення в комплекс лікувально-профілактичних заходів препаратів, що сприяють нормалізації мікробіоценозу статевих шляхів у динаміці гестаційного періоду. Серкляж проводився при наявності клінічних ознак істміко-цервікальної недостатності за шкалою Штембера в термінах вагітності 18 – 22 тижні. Плетена нитка має високий коефіцієнт тертя, тому надійно фіксується за мінімальної травматизації шийки матки. Мононитки мають тенденцію до ковзання, завдяки чому вимагають більшої кількості проколів, щоб закріпити вузол. Акушерський розвантажувальний песарій застосовували при виявленні даної патології при цервікометрії в термінах 14 – 18 тижнів вагітності. Таким чином, корекція істміко-цервікальної недостатності шляхом накладання швів на шийку матки здійснювалася в більш пізні терміни вагітності при короткій шийці матки, $P < 0,05$. Пацієнтки після серкляжу частіше госпіталізувалися з

приводу загрози переривання вагітності і передчасного розриву плодового міхура, ніж після ведення песарію, $P < 0,05$. Одночасно, такі ускладнення як бактеріальний вагіноз, плацентарна недостатність, синдром затримки розвитку плода, патологія об'єму амніотичної рідини суттєво не відрізнялися, $P > 0,05$.

Пацієнтки після серкляжу плетеною ниткою частіше госпіталізувалися з приводу загрози переривання вагітності, бактеріального вагінозу, кольпіту, багатоводдя, передчасного розриву плодового міхура, ніж після монониткового шва для цервікального серкляжу, $P < 0,05$. В першій групі своєчасні роди наступили 76,1% жінок, передчасні роди мали місце у 17,5% вагітних, самовільні аборти у 6,4% вагітних. В другій групі відповідно 79,6% вагітних розроджено своєчасно, 15% передчасно і в 5,4% вагітність закінчилася самовільним абортom, $P < 0,05$. Розродження шляхом кесаревого розтину проведено у 15,7% вагітних першої групи і у 12,4% вагітних другої групи, $P > 0,05$. У рожениць першої групи в порівнянні з пацієнтками другої групи частіше спостерігалися передчасний розрив плодового міхура і післяродові інфекційні ускладнення $P < 0,05$.

В третій групі своєчасні роди наступили у 91,3% вагітних, передчасні роди мали місце у 6,5% вагітних, самовільні аборти у 2,2% вагітних, $p < 0,05$ відповідно до першої і другої груп обстежених жінок.

Розродження шляхом кесаревого розтину проведено у 33,4% вагітних першої групи, у 29,2% вагітних другої групи ($p > 0,05$) та у 15,7% вагітних третьої групи ($p < 0,05$ відповідно до першої та другої груп). У рожениць першої та другої груп в порівнянні з пацієнтками третьої групи частіше спостерігалися передчасний розрив плодового міхура, аномалії родової діяльності, розриви шийки матки, післяродові септичні ускладнення, $P < 0,05$.

Висновки. Метод корекції істміко-цервікальної недостатності і шовний матеріал суттєво не впливає на терміни розродження. Монофіламентний шов має мінімальний вплив на вагінальний мікробіом, запальні шляхи індукції передчасного переривання вагітності, терміни розродження, ускладнення в родах і післяродовому періоді. При використанні акушерського розвантажувального пессарію розродження частіше проводиться через природні родові шляхи, при серкляжі – шляхом кесаревого розтину.

ЛІТЕРАТУРА

1. Гнатко О. П. Діагностика цервікальної недостатності та обґрунтування показань для хірургічної корекції / О. П. Гнатко // Труды КГМУ имени И. Георгиевского. – 2008. – Т. 144, часть IV. – С. 14-16.

2. Голяновский О. В. Истмико-цервикальная недостаточность: современные методы коррекции / О. В. Голяновский, В. В. Мехедко, И. Д. Галич // Жіночий лікар. – 2012. – № 2. – С. 39.
3. Золотухін М. С. Стан мікробіоцінозу пологових шляхів у жінок з істміко-цервікальною недостатністю після застосування різних методів корекції / М. С. Золотухін, О. М. Мацинін, Н. В. Красних // Вісник наукових досліджень. – 2002. – № 2 (додаток). – С. 163-164.
4. Сучасний погляд на етіологію, діагностику та лікування істміко-цервікальної недостатності шийки матки (огляд літератури) / І.В.Олексієнко, Г.В.Чайка, М.Г.Заславська, І.В.Пролигіна // Вісник Вінницького національного медичного університету. – 2016. - №1. - Ч.1 (Т.20). - С. 137-140.
5. Ультразвукові критерії стану шийки матки в діагностиці загрози передчасних пологів при багатоплідній вагітності / А.В. Бойчук, В.І. Бойко, І.М. Нікітіна, Б.М. Бегош // Актуальні питання педіатрії, акушерства та гінекології. - №1, 2015. - С. 99- 103.

SUMMARY

ANALYSIS OF THE EFFECTIVENESS OF CORRECTION OF CERVICAL INCOMPETENCE DURING PREGNANCY

Korsak V.V., Patskan I.I.

The method of correction of cervical incompetence and suture material does not significantly affect the timing of delivery. When using the obstetric unloading pessary, delivery is more often performed through the natural birth canal, in cerclage - by cesarean section.