

©В. І. Пирогова, Н. С. Вереснюк, І. В. Верніковський
**КОРЕКЦІЯ ІСТМІКО-ЦЕРВІКАЛЬНОЇ НЕДОСТАТНОСТІ У ПАЦІЄНТКИ
ЗІ ЗВИЧНИМ НЕВИНОШУВАННЯМ**

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

КОРЕКЦІЯ ІСТМІКО-ЦЕРВІКАЛЬНОЇ НЕДОСТАТНОСТІ У ПАЦІЄНТКИ ЗІ ЗВИЧНИМ НЕВИНОШУВАННЯМ. В статті описаний клінічний випадок накладання лапароскопічного цервікального серкляжу 31-річної пацієнтки з істміко-цервікальною недостатністю звичним невиношуванням. Лапароскопічний цервікальний серкляж досить ефективний для тих жінок, які мали в анамнезі випадки неефективності вагінального серкляжу.

КОРЕКЦИЯ ИСТМИКО-ЦЕРВИКАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ В ПАЦИЕНТКИ С ПРИВЫЧНЫМ НЕВЫНАШИВАНИЕМ. В статье описан клинический случай наложения лапароскопического цервикального серкляжу 31-летней пациентки с истмико-цервикальной недостаточностью и привычным невынашиванием. Лапароскопический цервикальный серкляж является достаточно эффективным для тех женщин, которые имели в анамнезе случаи неэффективности вагинального серкляжа.

CORRECTION ISTHMIC-CERVICAL INSUFFICIENCY IN THE PATIENT WITH HABITUAL MISCARRIAGE. In this article we presented a case of laparoscopic cervical cerclage in the 31-year-old woman with cervical incompetence and recurrent miscarriage. Laparoscopic cervical cerclage is quite appropriate for those women who had failure history of vaginal cerclage.

Ключові слова: цервікальний серкляж, передчасні пологи, істміко-цервікальна недостатність, лапароскопія.

Ключевые слова: цервикальный серкляж, преждевременные роды, истмико-цервикальная недостаточность, лапароскопия.

Key words: cervical cerclage, preterm delivery, cervical insufficiency, laparoscopy.

ВСТУП. Істміко-цервікальна недостатність (ІЦН), як структурно-функціональна неповноцінність шийки матки, складає від 18 до 37% у структурі невиношування вагітності у II та III триместрах [1]. Розрізняють анатомічну (органічну, травматичну) і функціональну ІЦН. Найбільш частими причинами анатомічної ІЦН є попередні внутрішньоматкові втручання (механічна дилатація цервікального каналу) або глибокі розриви шийки матки після пологів. Окрему групу становлять молоді пацієнтки з нереалізованою репродуктивною функцією після трахелектомії, виконаної з приводу раку шийки матки. Патогенез функціональної ІЦН остаточно не вивчений, хоча вперше залежність між цервікальною дисфункцією та втратою вагітності описав ЯлугеґіБ у 1658 році. Найчастіше функціональна ІЦН має місце у жінок з гіоплазією матки, вадами її розвитку тощо.

Вкорочення шийки матки, підтвержене за допомогою трансвагінальної ехоцервікометрії, є раннім маркером загрози втрати вагітності - пізнього викидня, передчасних пологів [2, 3, 4, 5]. Впродовж останніх років при різних клінічних ситуаціях було продемонстровано ефективність різноманітних методів лікування ІЦН, в тому числі використання вагінального шляху введення мікронізованого прогестерону, акушерського розвантажуючого песарію та серкляжу [6, 7, 8, 9]. Однак наведені методи знижують ризик повторного спонтанного переривання вагітності лише на 30-50%. Акушерський песарій є неінвазивним, легким та недорогим методом лікування ІЦН, однак не завжди ефективний. На сьогодні проведена недостатня кількість досліджень для визначення ефективності акушерського песарію порівняно з іншими лікувальними методиками, зокрема зі серкляжем.

На даний час запропоновано ряд методів та модифікацій хірургічного лікування ІЦН, що пояснюється тим, що жоден з існуючих методів не є абсолютно ефективним. Традиційним методом лікування ІЦН

протягом тривалого часу залишався трансвагінальний цервікальний серкляж, який часто виявляється неефективним внаслідок технічних труднощів в процесі накладання шва на шийку матки, розвитку висхідного інфікування, передчасного вилиття навколоплідних вод та родової діяльності. Однак на сьогодні запропоновані методики цервікального серкляжу із застосуванням відкритого трансабдомінального та лапароскопічного доступів.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ. Представляємо клінічний аналіз проведення лапароскопічного цервікального серкляжу поза вагітністю у пацієнтки зі звичним невиношуванням та ІЦН. Пацієнтка В., 31 року. В анамнезі - чотири самовільних викидні, пологів та артифіційних абортів не було, при цьому перші дві вагітності завершилися пізнім самовільним викиднем в терміні 17-18 тижнів. Під час третьої вагітності у 2008 р. в терміні 15-16 тижнів діагностовано ІЦН, проведено трансвагінальний цервікальний серкляж під прикриттям антибактеріальної та гестагенної терапії, однак вагітність перервалася на 21 тижні гестації. Аналогічна ситуація спостерігалась і під час четвертої вагітності у 2009 р. У пацієнтки були виключені ендокринний, інфекційний, імунологічний та генетичний фактори невиношування вагітності. При проведенні метросальпінгографії 2011 р., при відсутності змін форми, розмірів матки та її порожнини звертало на себе увагу збільшення поперечного розміру внутрішнього вічка цервікального каналу, що було підтверджено проведенням діагностичного тесту з розширювачем Геґара - через внутрішнє вічко вільно проходив розширювач Геґара № 8,5, що підтвердило діагноз істміко-цервікальної недостатності.

У листопаді 2011 р. у Львівському обласному клінічному перинатальному центрі пацієнтці після отримання інформованої згоди (з інформуванням про те, що це буде перше в нашій клініці лапароскопічне

втручання такого роду) було проведено трансабдомінальний лапароскопічний серкляж мерсиленовою стрічкою (довжина 40 см, ширина 5 мм, з фіксованими на обох кінцях стрічки колючими голками). Мерсилен - матеріал, який має необхідну еластичність, апірогенність і біологічну інертність до тканин організму. Лапароскопія виконувалась за звичною методикою під ендотрахеальним наркозом. Міхурово-маткова складка була розсічена лапароскопічними ножицями в поперечному напрямку, сечовий міхур відсепаровано донизу до візуалізації перешийка та маткових судин. Мерсиленова стрічка була накладена вище кардинальних і матково-крижових зв'язок шляхом проколювання листків широкої зв'язки парацервікально, кінці стрічки зв'язані між собою спереду шляхом інтракорпорального формування вузла. Після завершення лапароскопії для контролю правильності накладання шва проведена гістероскопія: мерсиленова стрічка в просвіті цервікального каналу не виявлена. Післяопераційний період перебігав без ускладнень. Через місяць було виконано контрольне ультразвукове обстеження: шийка матки довжиною 30 мм, діаметр цервікального каналу на рівні внутрішнього вічка 2,3 мм.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ. У листопаді 2011 р. у Львівському обласному клінічному перинатальному центрі пацієнтці після отримання інформованої згоди (з інформуванням про те, що це буде перше в нашій клініці лапароскопічне втручання такого роду) було проведено трансабдомінальний лапароскопічний серкляж мерсиленовою стрічкою (довжина 40 см, ширина 5 мм, з фіксованими на обох кінцях стрічки колючими голками). Мерсилен - матеріал, який має необхідну еластичність, апірогенність і біологічну інертність до тканин організму. Лапароскопія виконувалась за звичною методикою під ендотрахеальним наркозом. В матку було встановлено матковий маніпулятор, а в сечовий міхур - катетер Фолея. Через голку Вереша було накладено пневмоперитонеум, інтраабдомінальний тиск становив 12 мм рт. ст. Лапароскоп було введено через 10-мм троакар, використовуючи трансумбілікальний розріз. Три додаткові 5-мм троакари були встановлені у надлобковій ділянці та у нижньому квадранті латерально з кожної сторони, після чого пацієнтка була переведена в положення Тренделенбурга. Міхурово-маткова складка була розсічена лапароскопічними ножицями в поперечному напрямку, сечовий міхур відсепаровано донизу до візуалізації перешийка та маткових судин з обох сторін. Мерсиленова стрічка була накладена вище кардинальних і крижово-маткових зв'язок шляхом проколювання кожною голкою листків широкої зв'язки парацервікально (медіальніше маткових судин) ззаду допереду. Після цього голки були відрізані та видалені з черевної порожнини, а кінці стрічки зв'язані між собою спереду п'ять разів шляхом інтракорпорального формування вузлів. Цілісність міхурово-маткової складки над лапароскопічним серкляжем була відновлена шляхом її ушивання 2-0 монокрилом. Операція пройшла без ускладнень, тривала 2 години 15 хвилин, крововтрата склала 40 мл. Після завершення лапароскопії для контролю правильності накладання шва проведена гістероскопія: мер-

силенова стрічка в просвіті цервікального каналу не виявлена. Післяопераційний період перебігав без ускладнень, на четверту добу після операції пацієнтка була виписана зі стаціонару. Через місяць було виконано контрольне ультразвукове обстеження: шийка матки довжиною 30 мм, діаметр цервікального каналу на рівні внутрішнього вічка 2,3 мм.

Через 7 місяців після оперативного втручання діагностовано маткову вагітність, яка була планованою. Контроль за станом шва та шийки матки впродовж вагітності проводився щомісячно за допомогою трансвагінального ультразвукового обстеження. Вагітність перебігала без ускладнень, необхідність проведення будь-якої медикаментозної терапії, спрямованої на збереження вагітності протягом гестаційного періоду, не виникала. В терміні 37 тижнів (24 квітня 2013 р.) вагітності в зв'язку з появою кров'янистих виділень зі статевих шляхів та передчасним розривом плідного міхура пацієнтка була розроджена шляхом ургентного кесарева розтину, народився хлопчик масою 3200 г, довжиною 50 см з оцінкою за шкалою Апгар 7/8 балів. У зв'язку з частковим прорізанням мерсиленовою стрічкою тканин перешийка матки, вона була видалена. Післяопераційний період протікав без ускладнень. Через 8 днів пацієнтка з дитиною була виписана додому.

Слід наголосити, що у випадку трансабдомінального цервікального серкляжа, шлях розродження пацієнтки - виключно оперативний, а під час кесаревого розтину мерсиленову стрічку видаляти зовсім не обов'язково, якщо відсутні ознаки травматичного пошкодження нею тканин матки, і жінка в майбутньому знову планує вагітніти.

Малоінвазивна методика лапароскопічного трансабдомінального цервікального серкляжа є ефективною альтернативою лапаротомному зі значним рівнем успіху та певними перевагами (краща хірургічна візуалізація, менша крововтрата та післяопераційний біль, зниження ризику утворення зростів та скорочення терміну перебування в стаціонарі). Але у зв'язку зі складністю проведення наведеного оперативного втручання та можливістю розвитку ускладнень (кровотеча, травма органів малого тазу, інфекційні ускладнення, розрив матки та виникнення нориць), даний метод залишається резервним і використовується досить обмежено у невеликій кількості пацієнток.

ВИСНОВОК. Проведення лапароскопічного цервікального серкляжа показане жінкам з попередньою неефективною корекцією ІЦН трансвагінальним доступом під час вагітності у випадку виключення інших причин звичного невиношування вагітності в пізні терміни. Однак абдомінальна методика, на відміну від вагінального серкляжа, в зв'язку з неможливістю зняття шва з початком пологової діяльності, небезпечна розвитком ускладнень, пов'язаних з травматизацією матки. Пацієнтки з лапароскопічним цервікальним серкляжем вимагають ретельного спостереження і розродження шляхом операції кесарева розтину у плановому порядку у 36-37 тижнів вагітності при неуспадненному перебігу гестаційного процесу. У разі появи кров'янистих виділень з родових шляхів незалежно від їх інтенсивності, пологової діяльності,

Акушерство та гінекологія

при передчасному розриві плідного міхура чи інших гестаційних ускладненнях після 22 тижнів вагітності необхідним є проведення оперативного розродження в ургентному порядку та видалення мерсиленової стрічки за необхідності.

ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШИХ ДОСЛІДЖЕНЬ.

Трансвагінальний цервікальний серкляж часто супроводжується невдачею, що зумовлено вагінальним

інфікуванням і неможливістю накладання шва на рівні внутрішнього вічка. Розвиток та вдосконалення методики трансабдомінального лапароскопічного серкляжа під час або перед вагітністю, дасть можливість досягнути її пролонгування та народити бажану здорову дитину при істміко-цервікальній недостатності, корекція якої традиційним вагінальним доступом неможлива або неефективна.

ЛІТЕРАТУРА

1. Василенко В. А. Стан шийки матки у вагітних жінок з ризиком формування істміко-цервікальної недостатності і невиношування вагітності: автореф. дис. на здобуття ступеня канд. мед. наук: спец. 14.01.01 "Акушерство та гінекологія" / В. А. Василенко - 2008.
2. Goldenberg RL. Epidemiology and causes of preterm birth / RL. Goldenberg, JFCulhane, JD Iams, R. Romero // *Lancet*. - 2008. - Vol. 371. - P. 75-84.
3. McElrath TF. Pregnancy disorders that lead to delivery before the 28th week of gestation: an epidemiologic approach to classification / TF. McElrath, JL. Hecht, O. Dammann et al. // *Am. J. Epidemiol.* - 2008. - Vol. 168. - P. 980-989.
4. Iams JD. The length of the cervix and the risk of spontaneous premature delivery / JD. Iams, RL. Goldenberg, PJ. Meis et al. // *N. Engl. J. Med.* - 1996. - Vol. 334. P. 567-572.
5. Iams JD. Care for women with prior preterm birth / JD. Iams, V. Berghella // *Am. J. Obstet. Gynecol.* - 2010. -

Vol. 203. - P. 89-100.

6. DeFranco EA. Vaginal progesterone is associated with a decrease in risk for early preterm birth and improved neonatal outcome in women with a short cervix: a secondary analysis from a randomized, double-blind, placebo-controlled trial / EA. DeFranco, JM. O'Brien, CD. Adair et al. // *Ultrasound Obstet. Gynecol.* - 2007. - Vol. 30. - P. 697-705.

7. Meis PJ. Prevention of recurrent preterm delivery by 17 alpha-hydroxyprogesterone caproate / PJ. Meis, M. Klebanoff, E. Thom et al. // *N. Engl. J. Med.* - 2003. - Vol. 348. - P. 2379-2385.

8. Harger JH. Cerclage and cervical insufficiency: an evidence-based analysis / JH. Harger // *Obstet. Gynecol.* - 2002. - Vol. 100. - P. 1313-1327.

9. Dharan VB. Alternative treatment for a short cervix: the cervical pessary / VB. Dharan, J. Ludmir // *Semin. Perinatol.* - 2009. - Vol. 33. - P. 338-342.

Отримано 23.12.13