

*Марат Оспанов атындағы Батыс
Қазақстан мемлекеттік медицина
университеті*

Орындаған: Алипова Г.Н.

Мәлқайдар Ж.Д.

Бектұрсын Т.Б.

Тексерген: Кошмаганбетова Г.К.

Ақтөбе 2019ж

ТАҚЫРЫБЫ:

Жүкті әйелдерде жүктіліктің 16 аптасына дейін истмико-цервикальды жетіспеушілік кезінде акушерлік пессарий мен жатыр мойнына тігіс салудың жүктілікті сақтауға әсері.

МАҢЫЗДЫЛЫҒЫ:

Истмико-цервикальды жетіспеушілік қазіргі таңда жүктіліктің түсікпен аяқталуына және мерзімінен бұрын босануға алып келетін негізгі себептердің бірі. Сондықтан акушерия саласында өте актуальды тақырыптардың бірі болып табылады.

МАҚСАТЫ:

Жүкті әйелдерде жүктіліктің 16 аптасына дейін истмико-цервикальды жетіспеушілік кезінде акушерлік пессарий мен жатыр мойнына тігіс салуда жүктілікті сақтауға әсерін бағалау.

СҰРАҚ:

Жүкті әйелдерде жүктіліктің 16 аптасына дейін истмико-цервикальды жетіспеушілік кезінде **(P)** акушерлік пессарий мен **(I)** жатыр мойнына тігіс салуда **(C)** жүктілікті сақтауға **(O)** әсер етеді ме?

- ▣ **P-** Жүктіліктің 16 аптасына дейін истмико-цервикальды жетіспеушілік анықталған жүкті әйелдер.
- ▣ **I** - акушерлік пессарий
- ▣ **C-** жатыр мойнына тігіс салу
- ▣ **O-** жүктілікті сақтау

ТАПСЫРМА:

- ▣ **Жүктіліктің 16 аптасына дейін истмико-цервикалды жетіспеушілік анықталған 46 жүкті әйел алынды және 2 топқа бөлінді. Зерттеу 24 айға созылды. КДО-да жүргізілді.**
- ▣ **1 топ – акушерлік пессарий жасалды (23 әйел)**
- ▣ **2 топ- жатыр мойнына тігіс орнатылды. (23 әйел)**
- ▣ **Зерттеу нәтижесі жүктіліктің 37 аптасында бағаланды.**

ДИЗАЙН:

Клиникалық зерттеу  Экспериментальды 
Бақыланатын  Рандомизирленген клиникалық
зерттеу. Ашық 

ТАҢДАУ ТҮРІ:

Таңдау: Жүктіліктің 16 аптасына дейін истмико-цервикальды жетіспеушілік анықталған барлық жүкті әйелдер.

Таңдау түрі: Ынғайлы

ҚОСУ КРЕТЕРИЙІ

- Жүктіліктің 16 аптасына дейін истмико-цервикальды жетіспеушілік анықталған жүкті әйелдер;**
- Истмико – цервикальды жетіспеушілік бойынша түсік қаупі бар әйелдер;**
- Анамнезінде өздігінен түсік және мерзімінен бұрын босану болса;**
- Жүктілік мерзімін ұзарту;**
- Ішкі жыныс мүшелерінде жедел қабыну процестері анықталмаса;**

АЛЫНУ КРЕТЕРИЙІ

- Анамнезінде истмико-цервикальды жетіспеушілік бойынша жатыр мойнына тігіс салынған әйелдер;**
- Жүктіліктің 3 триместріндегі әйелдер;**
- Экстрагенитальды патологиясы бар әйелдер;**
- Ішкі жыныс мүшелерінде жедел қабыну процестері анықталған әйелдер;**
- Жатыр мойнындағы ісікалды фондық патологиялар;**
- Жүктілік кезінде қан кеткен жағдайда;**
- Жатыр тонусының жоғарлауы, емге бағынбауы;**

ЭТИКАЛЫҚ АСПЕКТЛЕРІ:

- 1. Қауіп төндірмеу (primum non nocere);**
- 2. Ақпараттық келісім алынды міндетті түрде.**
- 3. Ақпараттық келісім, қажетті ақпаратты толық ашылып, адекватты және түсінікті құрылымда түсіндірілді;**
- 4. Науқастың зерттеудің кез келген сатысында өз еркімен қатысудан бас тарту құқығы айтылды**
- 5. Науқастарға қоғамға пайдалылық, шығынның аздығы, пайданың қауіптен жоғары болуы түсіндірілді.**
- 6. Әділеттілік сақталды: зерттеуге ешбір қатысушы өз еркінен тыс, біреудің мәжбүрлігінсіз кездейсоқ таңдап алынды.**
- 7.Этикалық комитетпен рұқсат етілді.**

[Prevention of preterm birth by uterine cervical cerclage].

[Article in French]

[Marcellin L](#)¹.

Author information

Abstract

OBJECTIVE:

To review the scientific literature on cervical insufficiency and indications of cervical cerclage cervix.

MATERIALS AND METHODS:

The PubMed database, the Cochrane Library and the recommendations from the French and international obstetrical societies between 1972 and June 2016 have been consulted.

RESULTS:

Cervical insufficiency is a pathophysiological concept and to date no consensual definition is available: the diagnosis is clinical and discussed retrospectively in case of patients with a history of late miscarriages and/or spontaneous preterm delivery, with asymptomatic dilatation of the cervix (professional consensus). The risk of preterm birth is higher in case of surgical cold-knife conisation as compared to loop electrosurgical excision (LE3) and laser vaporization has a negligible impact (LE3). In patients with a history of late pregnancy loss or preterm birth, investigations for the diagnosis of uterine malformation are recommended (grade C). No investigation is recommended for the diagnosis of a cervical insufficiency (professional consensus). A history-indicated cerclage is not recommended in case of only past history of conisation (grade C), uterine malformation (professional consensus), isolated history of preterm delivery (grade B) or twin pregnancies in primary (grade B) or secondary (grade C) prevention of preterm birth. A history-indicated cerclage is recommended for single pregnancy with a history of at least three late miscarriages or preterm deliveries (grade A). In case of history of one or two late miscarriages or preterm deliveries, there are not sufficient arguments to recommend a history-indicated cerclage (professional consensus). Further studies are needed. The ultrasound-indicated cerclage is not recommended in case of short cervical length during the 2nd trimester of single pregnancy without past history of gynecologic or obstetrical event (grade B).

In case of past history of a single pregnancy delivery before 34 weeks gestation (WG), ultrasound cervical length screening is recommended between 16 and 22 WG in order to propose a cerclage in case of length < 25mm before 24 WG (grade C). Ultrasound-indicated cerclage is not recommended for multiple pregnancy with a short cervix (grade B). Emergency cerclage using the MacDonald technique is recommended during the second trimester of pregnancy in case of major changes of the cervix, with or without protrusion of the fetal membranes, but without premature rupture of membranes or chorioamnionitis (grade C). Tocolysis and antibiotics during cerclage should be considered individually (professional consensus). There is no reason to recommend a period of expectative before considering an emergency cerclage (professional consensus). A maximum gestational age to perform a cerclage cannot be recommended (professional consensus). A cervico-isthmic cerclage can be discussed in case of failure of MacDonald cerclage (professional consensus). Scientific data are insufficient to recommend or not a vaginal bacteriological analysis before performing a cerclage (professional consensus). The use of double cerclage does not improve perinatal outcome (NP3) and is not recommended (grade C). There is insufficient scientific argument to recommend a type of stitch over another (grade C). The available data are not in favor of a superiority of the Shirodkar cerclage in case of history- or ultrasound-indicated cerclage and the MacDonald cerclage is firstly recommended because technically easier and less risky (grade C). Overall, complications of cerclage are rare but potentially serious. The occurrence of complications is no different between the history indicated and echo-indicated cerclage (LE4). There is no scientific evidence on the benefit of bed rest and adjuvant treatments (antibiotics or indomethacin) during history or ultrasound-indicated cerclage (professional consensus).

[Предотвращение преждевременных родов через шейку матки шейки матки]

[Статья на французском языке]

[Marcellin L](#)¹ .

Информация об авторе

Абстрактные

ЗАДАЧА:

Проанализировать научную литературу о цервикальной недостаточности и показаниях шейки матки шейки матки.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ:

Были проведены консультации с базой данных PubMed, Кокрановской библиотекой и рекомендациями французских и международных акушерских обществ в период с 1972 по июнь 2016 года.

РЕЗУЛЬТАТЫ:

Цервикальная недостаточность является патофизиологической концепцией, и на сегодняшний день не существует никакого консенсусного определения: диагноз клинический и обсуждается ретроспективно в случае пациентов с историей поздних выкидышей и / или спонтанной преждевременной родов с бессимптомной дилатацией шейки матки (профессиональный консенсус). Риск преждевременных родов выше в случае хирургической конизации холодного ножа по сравнению с петлевым электрохирургическим удалением (LE3), а лазерное испарение оказывает незначительное воздействие (LE3). У пациентов с историей поздней беременности или преждевременных родов рекомендуется провести исследования для диагностики мальформации матки (класс C). Никакое исследование не рекомендуется для диагностики цервикальной недостаточности (профессиональный консенсус). Указанный в истории cerclage рекомендуется в случае только прошлой истории конизации (класс C), мальформации матки (профессиональный консенсус), изолированной истории досрочной доставки (степень B) или двойных беременностей в первичной (степень B) или вторичной (степень C) профилактики преждевременных родов. Сердечник, указанный в истории , рекомендуется для одиночной беременности с историей, по крайней мере, трех поздних выкидышей или преждевременных родов (класс A). В случае истории одного или двух поздних выкидышей или преждевременных родов нет достаточных аргументов, чтобы рекомендовать упомянутый в истории cerclage (профессиональный консенсус). Необходимы дальнейшие исследования.

Ультразвуковой указатель cerclage рекомендуется в случае короткой шейки матки во время второго триместра одиночной беременности без предыстории гинекологического или акушерского события (класс В). В случае прошлой истории одноразовой беременности до 34 недель беременности (РГ), скрининг на ультразвуковое обследование шейки матки рекомендуется между 16 и 22 РГ, чтобы предложить серкляж в случае длины <25 мм до 24 РГ (класс С). Ультразвук, указанный cerclage, не рекомендуется для многократной беременности с короткой шейкой (класс В). Чрезвычайный cerclage использование метода Макдональда рекомендуется во время второго триместра беременности в случае значительных изменений шейки матки, с или без выпячивания эмбриональных мембран, но без преждевременного разрыва мембран или хориоамнионита (класс С). Токолиз и антибиотики во время серкляжа следует рассматривать индивидуально (профессиональный консенсус). Нет причин рекомендовать период ожидания, прежде чем рассматривать чрезвычайный cerclage (профессиональный консенсус). Нельзя рекомендовать максимальный гестационный возраст для выполнения серкляжа (профессиональный консенсус). Шейно-истмико серкляж может быть рассмотрен в случае выхода из строя MacDonald серкляжа (профессиональный консенсус). Научных данных недостаточно, чтобы рекомендовать или не вагинальный бактериологический анализ перед выполнением серкляжа (профессиональный консенсус). Использование двойного серкляжа не улучшает перинатальный исход (NP3) и не рекомендуется (класс С). Недостаточно научного аргумента, чтобы рекомендовать тип стежка над другим (класс С). Доступные данные не в пользу превосходства Shirodkar серкляжа в случае ультразвукового или Историко указал серкляжа и Макдональд серкляжа сначала рекомендуется, так как технически проще и менее рискованным (уровень С). В целом, осложнения cerclage являются редкими, но потенциально серьезными. Возникновение осложнений ничем не отличается между указанным в истории и эхо-обозначенным cerclage (LE4). Нет никаких научных доказательств в пользу постельного режима и адьювантного лечения (антибиотики или индометацин) в течение истории или указаний на ультразвук (профессиональный консенсус).

ВЫВОД:

Имеющиеся данные в литературе о цервикальном серкляге обычно имеют низкий уровень доказательств.

Copyright © 2016 Elsevier, Masson SAS. Все права защищены.

ТАҒЫРЫБЫ:

Истмико-цервикальды жетіспеушілік кезінде жүкті әйелдерде серкляжды сетканы салудың жүктілікті ұзартуға әсері.

МАҚСАТЫ:

Истмико-цервикальды жетіспеушілік кезінде жүкті әйелдерде серкляжды сетканы салудың жүктілікті ұзартуға әсерін бағалау.

СҰРАҚ:

Истмико-цервикальды жетіспеушілік кезінде жүкті әйелдерде (P) серкляжды сетканы салудың (I) жүктілікті ұзартуға әсері (O) бар ма?

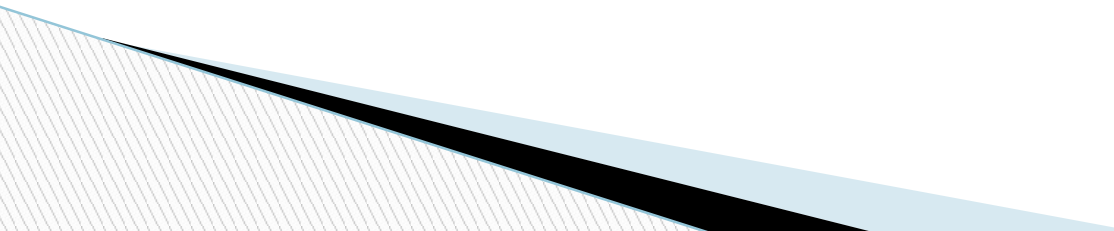
P - Истмико-цервикальды жетіспеушілігі бар жүкті әйелдер

I – серкляжды сетканы

C – салыстыру жоқ

O- жүктілікті ұзартуға оң әсері

ЭТИКАЛЫҚ АСПЕКТЛЕРІ:

- 1. Қауіп төндірмеу (primum non nocere);**
 - 2. Ақпараттық келісім алынды міндетті түрде.**
 - 3. Ақпараттық келісім, қажетті ақпаратты толық ашылып, адекватты және түсінікті құрылымда түсіндірілді;**
 - 4. Науқастың зерттеудің кез келген сатысында өз еркімен қатысудан бас тарту құқығы айтылды**
 - 5. Жазбаша келісім алынды.**
 - 6. Әділеттілік сақталды: зерттеуге ешбір қатысушы өз еркінен тыс, біреудің мәжбүрлігінсіз кездейсоқ таңдап алынды.**
 - 7. Этикалық комитетпен рұқсат етілді.**
- 

ДИЗАЙН: Ретроспективті, когортты.

ТАҢДАУ ТҮРІ: Жай кездейсоқ таңдау.

АЛЫНУ КРЕТЕРИЙІ:

- Анамнезінде 2 рет түсіктің болуы немесе одан да жоғары болуы.
- Мерзімінен бұрын босану болса.
- Жатыр мойнына электрокоагуляция жасалса
- Жатыр мойнындағы патологияны лазермен алып тастау кезінде

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Библиогр.: Будякина В.И., Любимова А.И. и Розовский И.С. Привычный выкидыш, М., 2001, с.-136.
- 2 Васеленко В.В., Автореферат дисертации «Состояние шейки матки у беременных женщин с риском формирования истмико-цервикальной недостаточности и невынашивания беременности». – Киев, 2008. — С.18.
- 3 Сидельникова В.М. Невынашивание беременности, М., 2009, с.-290.
- 4 Теория и практика эндокринной гинекологии. Под ред. З.М. Дубоссарской. – Днепропетровск: ЛИРА, 2010, с.-460.
- 5 Дуда И.В., Силява В.Л. Анализ демографической ситуации и роль в ней родовспомогательной службы в Республике Беларусь. Пути улучшения репродуктивного здоровья женщины // Актуальные вопросы репродуктивного здоровья женщин: (Материалы республиканской научно-практической конференции акушеров-гинекологов и неонатологов)- Минск, 2001. – С. 5-12.
- 6 Кулаков В.И. Мурашко Л.Е. Преждевременные роды М.: Медицина, 2002.–с.-172
- 7 Кулаков В.И., Серов В.Н., Сидельникова В.М. Преждевременные роды-тактика ведения с учетом сроков гестации // Журнал акушерства и женских болезней, 2002. – Вып.2. – С. 13-18.
- 8 (Kurpos N.Nicolaidis. Национальный центр медицинской статистики США (2004г)
- 9 Аракелян А.Г. Современные шовные материалы, или как врачу оперирующей специальности сделать оптимальный выбор шовного материала / Аракелян А.Г., Пак С.А., Тетера С.А. – Х., 2004. – С. 23.
- 10 Кошелева Н.Г. Современная тактика лечения и профилактики невынашивания беременности с учетом этиопатогенеза / Н.Г. Кошелева // Вестник Российской ассоциации акушеров и гинекологов. – 1996. – № 3. – С. 45-50.
- 11 Кравченко В.Н., Скицану В.Д. // Ультразвуковая диагностика. – 1996. – № 3. С.-54.
- 12 Мгалоблишвили И.Б., Осидзе К.Р., Мгалоблишвили М.Б. // Проблемы репродуктологии. – 2003. – № 3. – С. 43-48. 320.
- 13 Стрижаков А.Н. Ультразвуковая диагностика в акушерской клинике / Стрижаков А.Н., Бунин А.Т., Медведев М.В. – М.: Медицина, 1990.
- 14 Dietz H.P. Mechanical properties of urogynecologic implant materials / Dietz H.P. [et al.] // Int. uro-gynecol. – 2003. – № 14. – P. 239-243.
- 15 Earth W.H. Cervical incompetence and cerclage / W.H. Earth // Clyn. Obstet. Gynecolog. – 2000. – P. 15-26.
- 16 Ludmir J., Sehdev H.M. // ClinObstetGynec. – 2000. – № 43;3. – P. 433-439.
- 17 Акушерство: национальное руководство / под ред. Э.К.Айламазяна., В.И.Кулакова., В.Е.Радзинского., Г.М. Савельевой., М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007.- 1200 с. — (Серия «Национальные руководства»)

*Назар аударғаныңызға
рахмет!!*