

# Хирургические методы коррекции при истмико- цервикальной недостаточности

Подготовила Михалькевич Е.В.,  
студентка леч. фак-та, 5 курса, 10 гр.

# Хирургические методы коррекции при истмико-цервикальной недостаточности

Одной из частых причин спонтанных преждевременных родов является ИЦН. В то же время, своевременная хирургическая коррекция этой патологии позволяет в большинстве случаев пролонгировать беременность до доношенного срока. Эффективность оперативного лечения ИЦН достигает 94%.

## Недостатки хирургической коррекции ИЦН:

1. Госпитализация
2. Инвазивность метода
3. Необходимость анестезиологического пособия
4. Интраоперационные осложнения (повреждение плодного пузыря, инфекция)

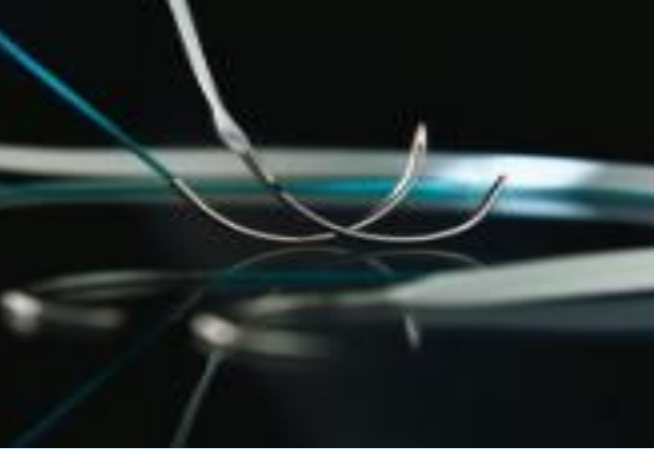
# Показания и противопоказания к хирургической коррекции ИЦН

## Показания

1. Наличие в анамнезе самопроизвольных выкидышей и преждевременных родов.
2. Прогрессирующая ИЦН по данным клинических и функциональных методов исследования:
  - по данным влагалищного исследования (явление дряблости, укорочения, увеличение «зияния» наружного зева и всего канала шейки матки и раскрытие внутреннего зева);
  - ЭХО-признаки ИЦН по данным трансвагинальной сонографии.

## Противопоказания

1. Заболевания и патологические состояния, являющиеся противопоказанием к пролонгированию беременности (тяжёлые формы болезней сердечно-сосудистой системы, печени, почек, инфекционные, психические и генетические заболевания).
2. Наличие неразвивающейся беременности.
3. Повышенный тонус матки, не поддающийся лечению.
4. Кровотечения во время беременности.
5. ВПР плода.
6. Острые воспалительные заболевания органов малого таза. III-IV степень чистоты влагалищного содержимого. Наличие патогенной флоры в отделяемом канала шейки матки. Необходима предварительная санация половых путей.



# Оптимальные сроки наложения швов

клинической ситуации, в которой производится наложение серкляжного шва, выделяют профилактический (12-14 нед), срочный (18-20 нед) и экстренный (20-22 нед) серкляж. Хирургическая коррекция ИЦН может выполняться в период от 13 до 27 недель беременности.

С целью профилактики внутриматочной инфекции целесообразно производить операцию в 13 - 17 недель.

С увеличением срока беременности, увеличивается степень раскрытия маточного зева, это приводит к механическому опусканию и пролабированию плодного пузыря, что создает условия для инфицирования его нижнего полюса.

Результаты микробиологического исследования показывают, что при хирургической коррекции ИЦН после 20 недель (20—27 недель), а также при пролабировании плодного пузыря чаще высевается условно-патогенная флора по сравнению с оперированными в 11 —16 недель.

# Факторы, отрицательно влияющие на эффективность хирургической коррекции

1. Поздние самопроизвольные выкидыши в анамнезе. Преждевременные роды в анамнезе.
2. ИЦН в анамнезе.
3. Длительная угроза прерывания беременности.
5. Кольпит
6. Длина шейки матки по УЗИ перед наложением швов менее 20 мм.
7. Воронкообразное расширение внутреннего зева по УЗИ более 9 мм.
8. Зияние шейки матки 3 см и более.
9. Пролабирование амниотической оболочки.

# ПОДГОТОВКА К ОПЕРАЦИИ

A close-up photograph of a hand wearing a blue nitrile glove, holding a white, curved medical instrument. The background is a blurred clinical setting with blue and white tones.

- \* Микробиологическое исследование отделяемого влагалища и канала шейки матки.
- \* Токолитическая терапия по показаниям.

# Методы хирургической коррекции ИЦН

В современном акушерстве для оперативной коррекции ИЦН применяются трансвагинальные и трансабдоминальные методы наложения серкляжа. Широко применяемым в настоящее время является трансвагинальный серкляж.

Трансвагинальные методы хирургического лечения ИЦН во время беременности можно разделить на три группы:

1) Механическое сужение функционально неполноценного внутреннего зева шейки матки (используется наиболее широко). Преимущество: при этих операциях, в отличие от зашивания наружного зева, остается дренажное отверстие. Метод Широкара, метод MacDonald, круговой шов по методу Любимовой, П-образные швы по методу Любимовой и Мамедалиевой.

2) Зашивание наружного зева шейки матки ( метод Сценди).

3) Сужение шейки матки путем создания мышечной дубликатуры по боковым стенкам шейки матки (является наиболее патогенетическим обоснованным, однако он не нашел применения ввиду сложности).

# Лечение ИЦН вне беременности

Впервые вне беременности операцию на шейке матки по поводу ИЦН предложили Lash (1950). Операция состоит в иссечении овального лоскута с целью удаления рубцовой ткани на месте разрыва для того, чтобы восстановить фиброзно-мышечную целостность шейки матки.

В 1979 г. В.И. Ельцовым-Стрелковым был предложен метод реконструктивно-пластической операции на шейке матки, состоящий из пяти этапов (рассечение шейки, расслоение шейки, формирование канала шейки матки, формирование наружного зева, окончательное формирование шейки матки).

В литературе описаны случаи применения электрокоагуляции с целью сужения наружного зева и цервикального канала.

Большинство операций, проводимых вне беременности, не нашли широкого распространения из-за имеющихся недостатков: большого травматизма, значительного процента вторичного бесплодия, невозможности или ограниченности родоразрешения через естественные родовые пути. Поэтому многие авторы считают более обоснованным лечение ИЦН во время беременности.

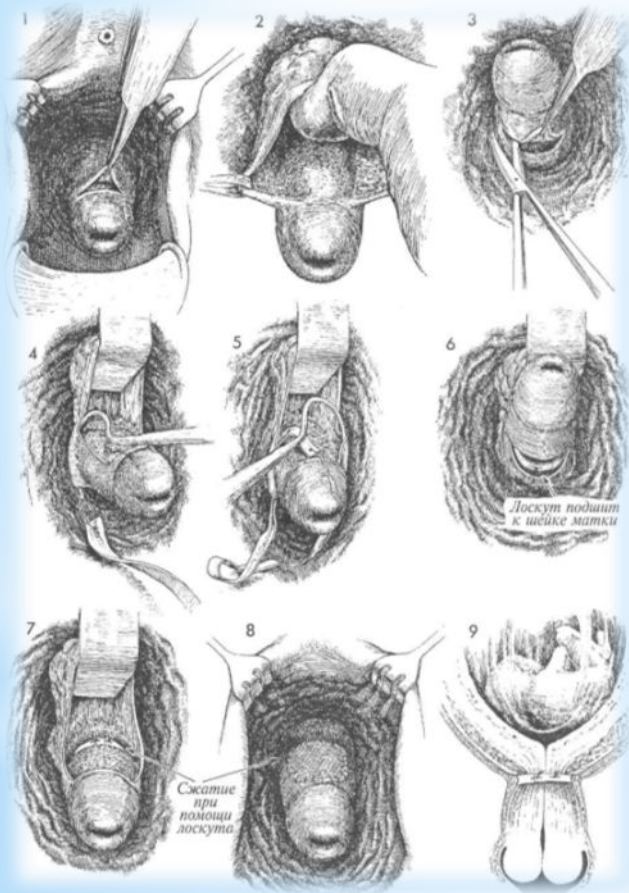


# Хирургическая коррекция ИЦН по методу V. Shirodkar и McDonald

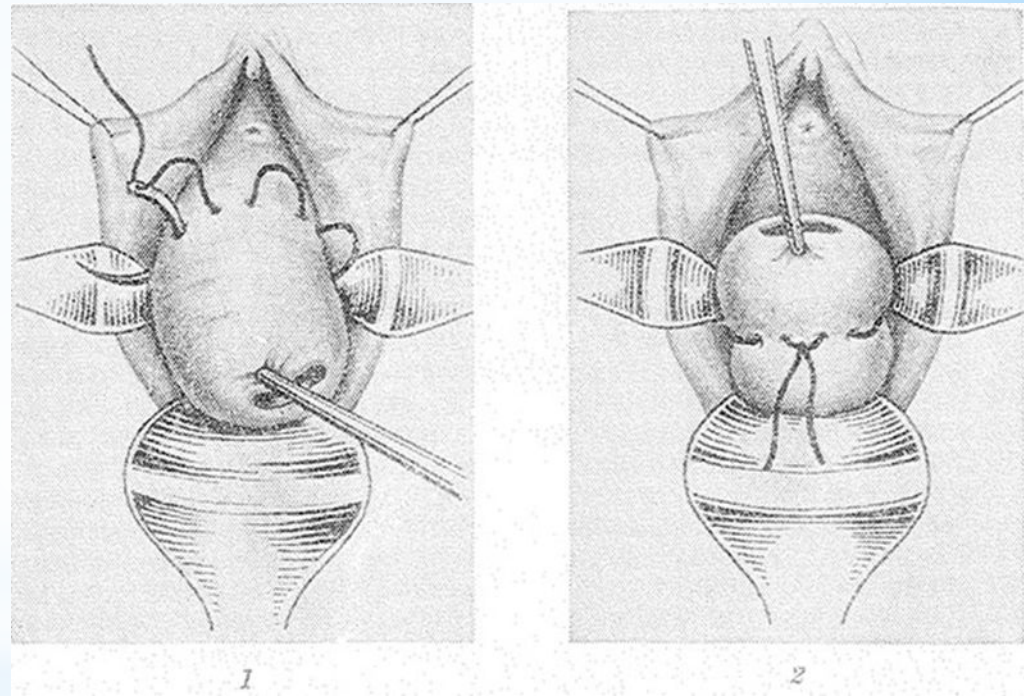
Впервые хирургический метод лечения ИЦН разработал и применил во время беременности V. Shirodkar в 1955 г. Метод заключался в наложении циркулярного шва на шейку матки в области внутреннего зева после предварительного рассечения слизистой влагалища и смещения мочевого пузыря. После такого вмешательства в области истмуса формировался плотный рубец, т.о. родоразрешение возможно только путем операции кесарево сечения.

В 1957 г. McDonald разработал модификацию метода Shirodkar. Он предложил суживать внутренний зев шейки матки путем наложения кисетного шва без предварительного рассечения слизистой влагалища, концы нитей завязывались в переднем своде влагалища. Данная модификация не исключает родоразрешение через естественные родовые пути.

В настоящее время эти два метода являются наиболее применяемыми в западных странах. Несмотря на то, что методы были предложены более полувека назад, до настоящего времени предпринимаются попытки сравнить их эффективность и мнения исследователей расходятся.



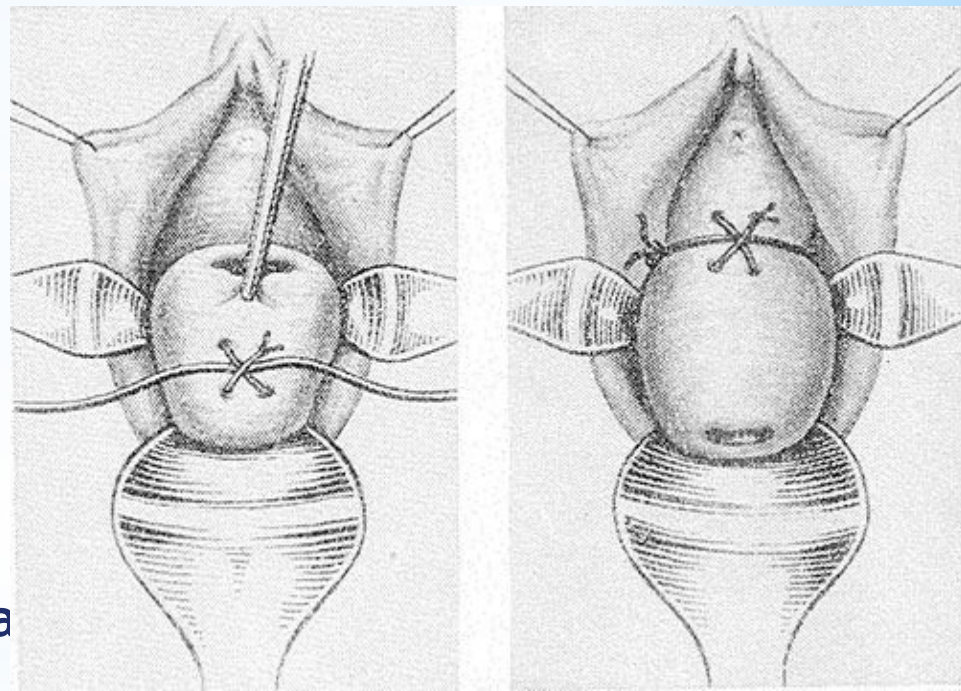
Схематическое изображение хирургической коррекции ИЦН по методу Shirodkar



Схематическое изображение операции наложения кисетного шва на шейку матки при истмико-цервикальной недостаточности по методу Мак-Донелда

# Коррекция ИЦН по методу Любимовой

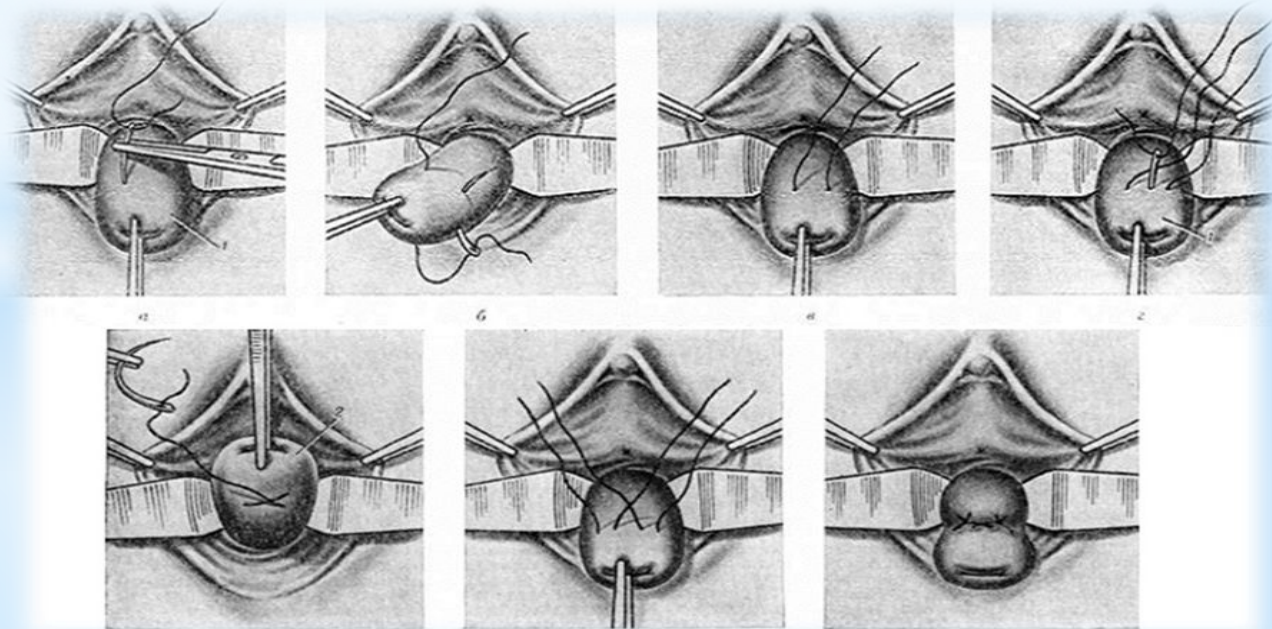
В 1965—1967 гг. А. И. Любимовой был разработан способ оперативного лечения ИЦН, при котором сужение истмической части в области внутреннего зева достигается путем наложения кругового шва с использованием нити из медной проволоки в полиэтиленовой оболочке. В настоящее время данная методика применяется крайне редко.



Слева – нить проволоки фиксирована шелковой лигатурой на заднем своде влагалища; справа – свободные концы проволоки затянуты и завязаны на переднем своде влагалища.

# Метод А.И. Любимовой и Н. М. Мамедалиевой

В странах СНГ получил распространение метод, предложенный в 1978 г. А. И. Любимовой и Н. М. Мамедалиевой. Он заключается в наложении в области внутреннего зева двойного П-образного шва

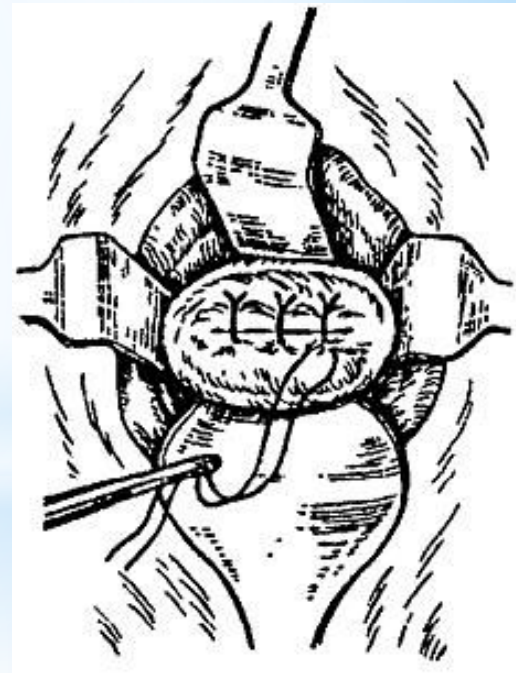


# Коррекция ИЦН по методу Сценди

Сценди в 1961 г. предложил операцию полного зашивания наружного зева у беременных отдельными швами после предварительного кругового иссечения слизистой оболочки шириной 0,5-1 см. После операции в области наружного зева образуется плотный рубец, который перед родами рассекают скальпелем.

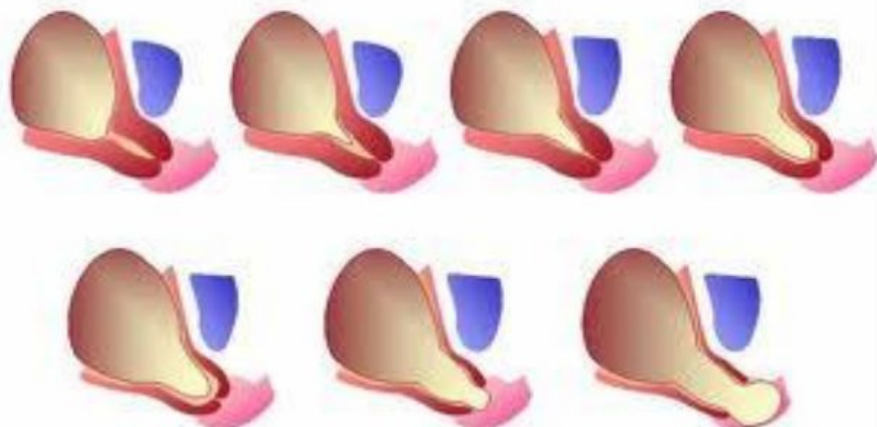
Положительная сторона данного метода: уменьшение травматизации шейки матки и простота выполнения. Отрицательная: при зашивании наружного зева в полости матки образуется замкнутое пространство, что является неблагоприятным при наличии в матке скрытой инфекции, метод не эффективен при деформации шейки матки и пролабировании плодного пузыря.

В современном акушерстве данная методика применяется редко.



# Коррекция ИЦН при пролабировании плодного пузыря

Методом выбора является наложение П-образных швов по Любимовой - Мамедалиевой. Плодный пузырь заправляют влажным тампоном. В связи с тем, что при пролабировании плодного пузыря создаются благоприятные условия для инфицирования его нижнего полюса, всем беременным проводят антибактериальную терапию.



# Лапароскопический трансабдоминальный серкляж

Показания: состояния после высокой конизации шейки матки или трахелэктомии. Женщины с укороченной или отсутствующей шейкой матки или те, у которых не удался предыдущий трансвагинальный серкляж являются кандидатами для трансабдоминального серкляжа.

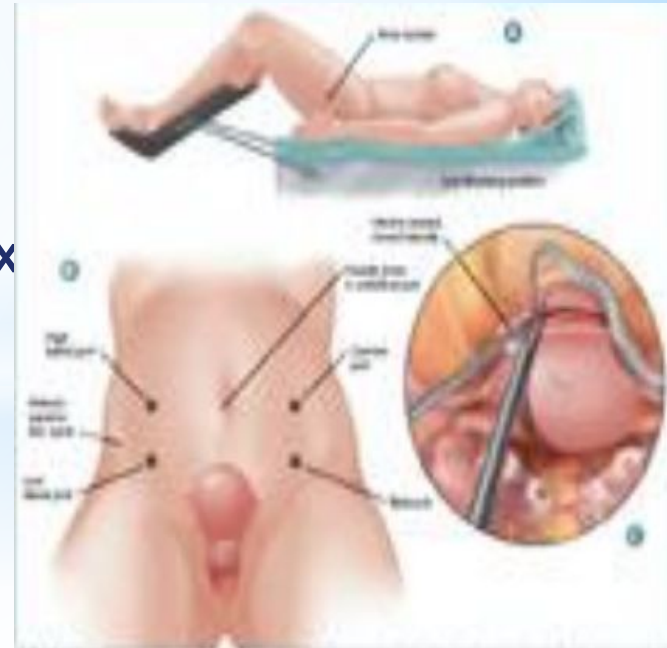
Сроки: с профилактической целью – до беременности или с 12 по 17 нед, в экстренных ситуациях возможно проведение в более поздние сроки (17-22 нед).

Размещение серкляжа после первого триместра является нежелательным, так как большие размеры матки делает процедуру сложной, что может быть связано с более высоким риском осложнений.

# Трансабдоминальный серкляж

Преимуществом данного метода является то, он позволяет разместить серкляж более проксимально по отношению к внутреннему зеву. Трансабдоминальный серкляж может быть использован в последующих беременностях.

Подавляющее число исследователей продемонстрировали хорошие результаты применения трансабдоминального серкляжа. У большинства прооперированных пациенток (70-93 %) родоразрешение производилось в сроки 34-37 недель путем кесарева сечения, общая выживаемость новорожденных составила 93,0-96,1 %.





# Трансабдоминальный серкляж

The background of the slide is a composite image. In the upper half, a human hand is shown in a light, almost white tone, with fingers slightly curled. In the lower half, a surgical grasper, a component of a robotic surgical system, is shown in a dark, metallic grey color. The grasper has a long, cylindrical handle and a complex, multi-fingered end designed for precision. The background is a solid, deep blue color.

Создание хирургического робота Da Vinci не обошло и акушеров-гинекологов. Авторы сообщают об успешных роботоассистированных лапароскопических трансабдоминальных серкляжах при истмико-цервикальной недостаточности у небеременных и беременных женщин. Эта технология является инновационной и прогрессивной, а в последующем может изменить стандарты медицинской помощи для женщин с ИЦН. Однако, широкое и повсеместное внедрение ее невозможно в ближайшей перспективе.

# Мероприятия, необходимые в послеоперационном периоде

При коррекции ИЦН при помощи метода Макдональда и наложения П-образных швов на шейку матки разрешается вставать и ходить сразу после операции. В течение первых 2-3 суток с профилактической целью назначают спазмолитики.

В первые 2 - 3 дня после операции проводят осмотр шейки матки с помощью зеркал, и обработку шейки матки антисептиками.

При наличии признаков возбудимости миометрия проводят токолиз.

Бактериоскопия вагинального отделяемого;

Антибактериальная терапия - по показаниям.

УЗИ-контроль состояния шейки матки (по показаниям).

Через 5 - 7 дней после операции пациентка может быть выписана под амбулаторное наблюдение.

При последующем ведении беременности каждые 2-3 нед необходим осмотр швов на шейке матки.



# Осложнения

1. Инвазия патогенной флоры с развитием местного воспаления.
2. Инфицирование плодного яйца
3. Разрыв плодных оболочек и излитие околоплодных вод, самопроизвольные выкидыши.
4. Прорезывание тканей шейки матки нитью (при появлении сократительной активности матки, при неснятых швах, при избыточном затягивании нитей. В случае наложения круговых швов по McDonald возникают поперечные или круговые отрывы шейки матки. При использовании П-образных швов возникают разрывы шейки в основном в месте пересечения шва с задней губой. Формирование шеечных или шеечно-влагалищных свищей. Прорезывание нитей встречается реже при использовании мерсиленовой ленты вместо традиционно применяемого лавсана.

В случае прорезывания швы должны быть сняты. В дальнейшем при заживлении раны на шейке матки операция может быть произведена повторно.

Травматизм при родах достигает 46,16 % случаев



# Показания к снятию швов с шейки матки

- \* Срок беременности 37-38 нед;
- \* Подтекание или излитие ОВ;
- \* Кровянистые выделения из полости матки;
- \* Прорезывание швов (формирование свища);
- \* Начало регулярной родовой деятельности на любом сроке беременности.



**Спасибо за  
внимание !**