

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ТРАНСФУНДАЛЬНОГО НАДАВЛИВАНИЯ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ТРАНСВАГИНАЛЬНОГО УЗИ У БЕРЕМЕННЫХ С ИСТМИКО-ЦЕРВИКАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

А.К. МУКАНОВА

Областной перинатальный центр, г. Уральск

Понятие «истмико-цервикальная недостаточность» (ИЦН) указывает на неспособность нижней части матки сохранять развивающуюся беременность [1]. В начале второго триместра удлиняется перешеек матки, и у больных с несостоятельностью шейки происходит ее расширение без сокращений матки. Это расширение внутреннего зева видно при УЗИ и пальпируется при влагалищном исследовании [2]. Частота ИЦН составляет от 1:54 до 1:1000 родов [3]. Значительный разброс связан как с субъективными факторами, так и с различными анамнестическими и физикальными критериями, которые используются для постановки диагноза [4]. УЗИ – объективный метод, позволяющий оценить анатомию шейки матки и ее внутреннего зева [5]. Многие авторы приводят ультразвуковые критерии диагноза ИЦН. Используются различные пороговые значения длины и ширины шейки, диаметра внутреннего зева [6].

Применение давления на свод матки (ТФН) во время проведения трансвагинального ультразвукового исследования (ТВУЗИ) для оценки состояния шейки и внутреннего зева – простой метод, который был предложен Guzman и соавт. [7] для выявления бессимптомной ИЦН. Для коррекции ИЦН применяют наложение швов на шейку матки в модификации Любимовой-Мамедалиевой.

Цель работы – изучение применения ТФН при выполнении ТВУЗИ у беременных для диагностики ИЦН.

Материал и методы

С 2007 по 2010 гг. с помощью ТВУЗИ в сочетании с ТФН проводилось динамическое наблюдение 50 женщин с ИЦН или угрозой ее в анамнезе без клинической симптоматики. В качестве факторов риска в данной работе использовались: наличие более чем двух выкидышей во втором триместре беременности, необходимость экстренного наложения швов на шейку в анамнезе, наличие аномалий матки, предшествующие преждевременные роды. У каждой беременной женщины было проведено общее обследование для исключения частых причин повторных выкидышей и преждевременных родов. Критериями включения были: отсутствие многоплодной беременности, отсутствие жалоб на боли в животе, кровотечения, выделения или чувство тяжести внизу живота.

В данной работе был использован ультразвуковой сканер Voluson i с конвексным влагалищным датчиком (6,5 МГц). При трансвагинальном ультразвуковом исследовании для измерения длины шейки проводилась линия через центр цервикального канала от влагалищного края децидуальной пластинки (ультразвуковой внутренний зев) до основания ультразвукового наружного зева. Измерялись ширина внутреннего зева и толщина шейки на его уровне. Кроме того, измерялось выбухание оболочек плода через внутренний зев. Ультразвуковыми критериями диагностики ИЦН были: длина цервикального канала менее 30 мм, диаметр внутреннего зева более 8 мм, выбухание околоплодных оболочек через цервикальный канал.

ТФН проводилось в течение примерно 30 секунд ладонью левой руки по оси матки. Мы оценивали степень укорочения цервикального канала, приобретение внутренним зевом воронкообразной формы с выбуханием

оболочек плода в цервикальный канал или без такового. Появление одного из этих признаков расценивалось как «ответ на ТФН».

У беременных, которые удовлетворяли критериям включения и ультразвуковым диагностическим критериям с реакцией или без реакции на ТФН, проводилось наложение швов на шейку в течение 24 часов после последнего УЗИ, на 14-20 неделе беременности, после исключения врожденных аномалий плода, несовместимых с жизнью, проводили модифицированную операцию Любимовой-Мамедалиевой.

Группу сравнения оставили данные ретроспективного анализа 50 клинических случаев, закончившихся преждевременными родами, поздними выкидышами, в Областном перинатальном центре города Уральск.

Результаты и обсуждение

В 1-й группе на основании ультразвуковой картины и ответа на ТФН диагноз ИЦН был выставлен при первом скрининговом УЗИ в 82% (41 случай). Учитывая анамнез, остальным 9 беременным повторное УЗИ проводилось в сроке 16-18 недель, что позволило в 98% диагностировать ИЦН. У одной беременной диагноз: ИЦН выставлен в сроке 23 недели.

49 беременным первой группы было произведено наложение швов по Любимой-Мамедалиевой в оптимальном сроке, что позволило снизить частоту прерывания беременности до 6% (3 случая). До срока беременности 37 недель доходили 92% (46 женщин) с ИЦН.

Во 2-й группе диагноз: ИЦН при первом скрининговом сроке выставлен в 22% (11 беременных), в сроке 16-18 недель – 34% (17 беременных) и в 44% (22 беременные) при сроке 20-24 недели при появлении клиники прерывания беременности. До срока 37 недель беременности доходили лишь 42% (21 беременная) с ИЦН, 3 случая позднего выкидыша и 26 случаев преждевременных родов.

Вывод

Применение ТФН при проведении ТВУЗИ для выявления истмикоцервикальной недостаточности должно проводиться в плановом порядке и повторно – у больных группы риска, что позволит существенно снизить частоту прерывания беременности и повысит эффективность своевременного проведения операции наложения швов на шейку матки по Любимовой-Мамедалиевой.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Plache W.C., Morrison J. Surgical Obstetrics // WB Saunders Company, 1992. – 178 p.;
2. Mimura T., Nakayama T. Early prediction of pre-term delivery by transvaginal ultrasonography // Ultrasound Obstet. Gynec. – Vol. 2. – 1992. – P. 402-409;
3. Harger J.H. Cervical cerclage: patient selection, morbidity, and success rates // Clinical Perinatal. – №10. – 1983. – P.321;
4. Ayers J.W. Evaluation of cervical length in pregnancy: Diagnosis and management of pre-term cervical effacement in patients at risk for premature delivery // Obstet. Gynecol. – №71. – 1988. – P.939-944;
5. Anderson H.F., Nugent C.E. Prediction of risk for pre-term delivery by ultrasonographic measurement of cervical length // Am. J. Obstet. Gynecol. – №163. – 1990. – P.859-867;
6. Vanna T.R., Patel R.H. Ultrasonic assessment of the cervix in normal pregnancy // Acta. Obstet. Gynecol. Scand. – №62. – 1983.

– P.229-231; 7. Guzman E.R., Joanne C. A new method using vaginal ultrasound and transfundal pressure to evaluate the asymptomatic incompetent cervix // Obstet. Gynecol. – №83. – 1994. – P.248-252.

Т Ұ Ж Ы Р Ы М

ЖҮКТІЛЕРДЕГІ ИСТИКО МОЙНАҚТЫҚ ЖЕТІСПЕУШІЛІКТЕ ТРАНСВАГИНАЛДЫ УЛЬТРАДЫБЫСТЫҚ ЗЕРТТЕУ ЖҮРГІЗУ КЕЗІНДЕ ТРАНСФУНДАЛДЫ БАСУДЫ ҚОЛДАНУ ТӘСІЛІ

А.К. Муканова

Облыстық перинаталдық орталығы, Орал қ.

Истико мойнақтық жетіспеушілікте трансвагиналды ультрадыбыстық зерттеу жүргізу кезінде трансфундалды басуды қолдану жоспары ретте және қауіпті науқастар тобында қайталанып жүргізілуі керек, бұл жүктілікті тоқтату жиілігін төмендетуге Любимова Мамедалиева әдісі бойынша

жатыр мойнына жопсар салу операциясын уақытылы жүргізу тиілуілігін жоғарылатуға салдарын тигізеді.

SUMMARY

EXPERIENCE OF TRANSFUNDUS APPLICATION OF PRESSING AT CARRYING OUT TRANSVAGINAL ULTRASONIC AT PREGNANT WOMEN WITH ISTHMO-CERVIX INSUFFICIENCY

A.K. Mukanova

The Regional perinatal centre, Uralsk c.

Application transfundus application of pressing at carrying out transvaginal ultrasonic for revealing isthmo-cervix insufficiency should be spent in a planned order and repeatedly – at patients of group of risk. Will allow to lower frequency of interruption of pregnancy and will raise efficiency of timely carrying out of operation of suture on a cervix of uterus on Lubimova-Mamedaliev.

ОСОБЕННОСТИ МАТОЧНО-ПЛАЦЕНТАРНО-ПЛОДОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ У БЕРЕМЕННЫХ С ВАРИКОЗНЫМ РАСШИРЕНИЕМ ВЕН МАЛОГО ТАЗА

А.К. МУКАНОВА

Областной перинатальный центр, г. Уральск

Хроническая венозная недостаточность представляет собой наиболее часто встречающееся экстрагенитальное заболевание сердечно-сосудистой системы у беременных и родильниц, которое выявляется у 73% женщин. Одним из ее проявлений является варикозная болезнь, пусковым механизмом развития которой, по данным некоторых авторов, считается беременность [1]. Повторнобеременные женщины с избыточной массой тела и отягощенной наследственностью составляют основную группу риска развития хронической венозной недостаточности [2]. Перегрузка кровью подвздошных вен у беременных приводит к венозной гипертензии, расширению сосудов и рефлюксу крови. Некоторые авторы предполагают, что варикозное расширение вен малого таза (ВРВМТ) обусловлено ретроградным заполнением вен нижних конечностей [2]. Существует также мнение, что эктазия вен малого таза является осложнением наружного варикоза [3].

Нередким осложнением у беременных с ВРВМТ является плацентарная недостаточность (ПН), которая характеризуется нарушением кровообращения в сосудах фето-плацентарного комплекса вследствие гиповолемии, тромбоза и повышения резистентности сосудов. Однако патогенез развития плацентарной недостаточности при ВРВМТ изучен недостаточно [4]. Ведущими признаками хронической ПН являются ультразвуковые критерии биометрии плода. Наиболее ранними проявлениями синдрома недостаточности плаценты (еще до задержки развития плода) являются нарушения кровообращения в фето-плацентарном комплексе [5].

Цель исследования – изучение особенностей маточно-плацентарно-плодового кровообращения при плацентарной недостаточности у беременных с ВРВМТ.

Материал и методы

В исследовании приняли участие 83 беременные с ВРВМТ, у 39 из которых беременность была осложнена ПН (1-я группа), а у 44 – без плацентарной недостаточности (2-я группа). Ультразвуковые исследования с применением доплерометрии проводились в динамике в сроки от 23 до 41 недели.

Результаты и обсуждение

При обработке полученных фетометрических данных и анализе динамики роста основных биометрических параметров плода в исследуемых группах были выявлены следующие закономерности: у беременных с ВРВМТ при проведении УЗ-фетометрии большинство параметров укладывалось в 90 перцентилей нормативных значений для того срока гестации, при котором проводилось исследование. ЗВУР плода была выявлена у 8 (20,5%) пациенток в 1-й группе, причем преобладала асимметричная форма (5 наблюдений).

Оценка соответствия толщины и степени зрелости плаценты сроку гестации, особенностей ее структуры имеет большое значение в диагностике ПН. Результаты сравнивали с нормограммами в зависимости от срока беременности. Изменение толщины плаценты в нашем исследовании достоверно чаще выявлялось у женщин обеих групп с эктазией вен малого таза ($p < 0,05$): в 51,3% в 1-й группе и в 18,2% во 2-й группе. Одним из эхографических показателей состояния плаценты и диагностических маркеров плацентарной недостаточности является степень зрелости плаценты. В 1-й группе преждевременное созревание плаценты встречалось достоверно чаще – у 12 пациенток (30,7%). В нескольких случаях преждевременное созревание плаценты (4 случая – 10,2%) сочеталось с развитием ЗВУР плода, что свидетельствует в пользу больших компенсаторных возможностей плаценты.

Кровоток в маточных артериях исследовали на протяжении всего второго и третьего триместров.

Во 2-й группе достоверно чаще встречалась асимметрия маточного кровотока, причем у четверти беременных разница индекса пульсации (ИП) в маточных артериях превышала 43%. У 3 пациенток (6,8%) в одной из маточных артерий регистрировалась протодиастолическая инцизура.

В 1-й группе выявлялись две формы повышения ИП маточных артерий: симметричная – 7 случаев (18%) и асимметричная – 9 случаев (23%). Изменения ИП в маточных артериях характеризовались следующим образом: на начальных этапах выявлялась протодиастолическая