

Статья поступила в редакцию 24.05.2021 г.

**Рыбников С.В., Неретин А.К., Рудаева Е.В., Пачгин И.В., Мозес В.Г., Елгина С.И.,  
Ошлыкова А.М.**

*Кемеровский государственный медицинский университет,  
Кузбасская клиническая больница скорой медицинской помощи им. М.А. Подгорбунского,  
г. Кемерово, Россия*

## **ВЕДЕНИЕ ПАЦИЕНТКИ С ПРОЛАБИРОВАНИЕМ ПЛОДНОГО ПУЗЫРЯ ПРИ ИСТМИКО- ЦЕРВИКАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)**

По данным различных авторов, истмико-цервикальная недостаточность (ИЦН) встречается в 40 % сверхранных и ранних преждевременных родов. Эффективность различных методов коррекции истмико-цервикальной недостаточности широко обсуждается. Используется микронизированный прогестерон, акушерский пессарий, хирургическая коррекция ИЦН. Хирургическая методика коррекции обладает более чем полувековой историей с неоднозначными результатами. По данным различных авторов, при пролабировании плодного пузыря у пациенток с истмико-цервикальной недостаточностью хирургическая коррекция позволяет пролонгировать беременность на 10 недель и более в сравнении с консервативными методиками лечения.

**Ключевые слова:** невынашивание беременности; истмико-цервикальная недостаточность; пролабирование плодного пузыря; хирургическая коррекция

**Rybnikov S.V., Neretin A.K., Rudaeva E.V., Moses V.G., Elgina S.I., Pachgin I.V., Oshlykova A.M.**

Kemerovo State Medical University,  
Kuzbass Clinical Emergency Hospital named after M.A. Podgorbunsky, Kemerovo, Russia

### **MANAGEMENT OF A PATIENT WITH FRUIT BLADDER IN ISTHMIC-CERVICAL INSUFFICIENCY (CLINICAL CASE)**

According to various authors, isthmic-cervical insufficiency (ICI) occurs in 40 % of very early and early preterm births. The effectiveness of various methods for correcting ischemic-cervical insufficiency is widely discussed. Micronized progesterone, obstetric pessary, surgical correction of ICI are used. The surgical technique of correction has more than half a century of history with mixed results. According to various authors, when the fetal bladder prolapses in patients with isthmic-cervical insufficiency, surgical correction allows the pregnancy to be prolonged by 10 weeks or more in comparison with conservative treatment methods.

**Key words:** miscarriage; ischemic-cervical insufficiency; prolapse of the fetal bladder; surgical correction

Состояние шейки матки — один из важных факторов для нормального течения беременности и родов. Несостоятельность шейки матки во втором триместре беременности, проявляющаяся ее укорочением и размягчением, является значимым диагностическим критерием и клинической проблемой [1-3].

По данным различных авторов, истмико-цервикальная недостаточность (ИЦН) встречается в 40 % сверхранных и ранних преждевременных родов. Если предыдущие беременности прервались в сроке 23-27 недель гестации, последующие беременности, без проведения своевременной коррекции, не будут пролонгированы свыше 28 недель. При потерях беременности во II триместре в анамнезе, риск преждевременного прерывания последующей беременности увеличивается в десятки раз [1-6].

Эффективность различных методов коррекции истмико-цервикальной недостаточности широко

обсуждается. Используются микронизированный прогестерон, акушерский пессарий, хирургическая коррекция ИЦН. Хирургическая методика коррекции обладает более чем полувековой историей с неоднозначными результатами. В феврале 2014 г., согласно рекомендациям Американского общества акушеров-гинекологов, именно хирургическая коррекция ИЦН была признана терапией выбора у женщин с преждевременными родами в анамнезе и динамическим изменением длины шейки матки и внутреннего зева по данным трансвагинального ультразвукового исследования. По данным различных авторов, при пролабировании плодного пузыря у пациенток с истмико-цервикальной недостаточностью хирургическая коррекция позволяет пролонгировать беременность на 10 недель и более в сравнении с консервативными методиками лечения. В связи с чем, данная тактика ведения была признана предпочтительной [7-12].

Информация для цитирования:

10.24412/2686-7338-2021-3-107-110

Рыбников С.В., Неретин А.К., Рудаева Е.В., Пачгин И.В., Мозес В.Г., Елгина С.И., Ошлыкова А.М. Ведение пациентки с пролабированием плодного пузыря при истмико-цервикальной недостаточности (клинический случай) // Мать и Дитя в Кузбассе. 2021. №3(86). С. 107-110.

Хирургическая коррекция истмико-цервикальной недостаточности при пролабировании плодного пузыря считается более травматичной и сопровождается неблагоприятными исходами при пролонгировании беременности. Прогноз зависит от техники хирургического вмешательства, наличия или отсутствия хориоамнионита, сократительной активности матки. В связи с чем, немаловажно проведение дооперационного обследования и правильное послеоперационное ведение [7-9].

Измерение длины шейки матки трансвагинальным ультразвуковым датчиком рекомендовано всем беременным женщинам в ходе ультразвукового скрининга второго триместра. Рутинный трансвагинальный скрининг в обязательном порядке следует проводить у женщин с одноплодной беременностью и предшествующими спонтанными преждевременными родами в анамнезе. У пациенток группы риска истмико-цервикальной недостаточности целесообразно проведение трансвагинального ультразвукового исследования в период с 11-13 недели и в сроке 16-24 недели беременности.

Длину шейки матки трехкратно измеряют при опорожненном мочевом пузыре с документированием в виде фотографий. Определяют внутренний и наружный зев, измеряют длину закрытой части шейки матки. Для пациенток группы риска обязательно определяют исходную длину шейки матки при первом ультразвуковом скрининге. При трансвагинальном сканировании шейки матки можно визуализировать ее укорочение, изменение структуры и анатомические особенности внутреннего зева, расширение цервикального канала, пролабирование плодных оболочек. В зависимости от типа расширения внутреннего зева, описаны различные его формы: Т-, Y-, V- и U-образная. При Т-образном расширении зева говорят об отсутствии воронки, Y-образное соответствует первой стадии воронки, U- и V- — о расширении воронки. При V-образном типе плодные оболочки пролабируют в цервикальный канал с образованием воронки треугольной формы. При U-образном типе полюс пролабирующих оболочек имеет округлую форму [13-17].

## РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

В феврале 2021 года пациентка Н., 29 лет, обратилась в гинекологическое отделение № 2 ГАУЗ ККБСМП им. М.А. Подгорбунского с жалобами на периодические тянущие боли в нижних отделах живота.

Из анамнеза: беременность вторая, желанная, прегравидарная подготовка не проводилась. Первая беременность закончилась преждевременными оперативными родами в сроке 24 недели гестации на фоне истмико-цервикальной недостаточности, зарегистрированной акушерским пессарием Dr. Arabin, родового излития околоплодных вод.

В женской консультации пациентка наблюдалась регулярно. С ранних сроков принимала микродози-

рованный прогестерон 400 мг в сутки. Течение беременности осложнилось угрожающим самопроизвольным поздним выкидышем в сроке 17 недель гестации.

При поступлении в стационар общее состояние удовлетворительное. В сознании, активна. Кожные покровы чистые, обычной окраски и влажности. Отеков нет. Дыхание через нос не затруднено. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, пульс 72 удара в минуту. Язык чистый, влажный. Живот увеличен за счет беременной матки, при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Симптом поколачивания отрицателен с обеих сторон. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Стул в норме.

При исследовании акушерского статуса: матка увеличена соответственно 21-й неделе беременности, правильной овоидной формы, с четкими ровными контурами, в нормальном тоне, безболезненная при пальпации. Сердцебиение плода четко не выслушивается.

В асептических условиях проведено влагалищное исследование. Наружные половые органы сформированы правильно. Оволосение по женскому типу. Слизистая вульвы бледно-розовая, чистая. Уретра, парауретральные и бартолиновые железы не изменены. Шейка матки расположена по оси таза, длиной до 0,5 см, размягчена. Во влагалище пролабирует напряженный плодный пузырь. Выделения из половых путей светлые, слизистые.

При поступлении выставлен **основной диагноз**: Беременность 21 неделя. Истмико-цервикальная недостаточность. **Осложнение**: Начавшийся самопроизвольный поздний выкидыш.

По данным ультразвукового исследования, выявлены признаки истмико-цервикальной недостаточности. Цервикальный канал расширен на всем протяжении до 23 мм, во влагалище пролабирует плодный пузырь с ножками плода. Количество околоплодных вод в норме. АИ 12. Размеры плода соответствуют 21-й неделе беременности. Сердцебиение плода определяется, ритмичное, с частотой 143 удара в минуту. Двигательная активность плода удовлетворительная.

По данным лабораторных методов исследования, патология не выявлена.

Выполнена экстренная хирургическая коррекция истмико-цервикальной недостаточности: наложение П-образных швов на шейку матки по методу Любимовой А.И. в модификации Мамедалиевой Н.М. Назначен микродозируемый прогестерон 600 мг в сутки, антибактериальная терапия.

Послеоперационный период протекал без осложнений. На седьмые сутки пациентка выписана в удовлетворительном состоянии с прогрессирующей беременностью.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, соблюдение условий, учет противопоказаний, рациональное ведение послеопера-

ционного периода при хирургической коррекции ровамием плодного пузыря позволяют достичь хороших результатов — рождения доношенных детей.

### Информация о финансировании и конфликте интересов

Исследование не имело спонсорской поддержки.

Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

### ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES:

1. South Australian Maternal, Neonatal and Gynecology Community of Practice. 14.11.2017.
2. Jarde A, Lewis-Mikhael AM, Dodd JM, Barrett J, Saito S, Beyene J, McDonald SD. The More, the Better? Combining Interventions to Prevent Preterm Birth in Women at Risk: a Systematic Review and Meta-Analysis. *J Obstet Gynaecol Can.* 2017; 39(12): 1192-1202.
3. Koullali B, Westervelt AR, Myers KM, House MD. Prevention of preterm birth: Novel interventions for the cervix. *Semin Perinatol.* 2017; 41(8): 505-510. doi: 10.1053/j.semperi.2017.08.009
4. Zakharov IS, Moses VG, Fetishcheva LE, Rudaeva EV, Dodonov MV. Orphan forms of ectopic pregnancy. *Siberian Medical Review.* 2018; 3(111): 105-108. Russian (Захаров И.С., Мозес В.Г., Фетищева Л.Е., Рудаева Е.В., Додонов М.В. Орфанные формы внематочной беременности //Сибирское медицинское обозрение. 2018; 3(111): 105-108).
5. Elgina SI, Zakharov IS, Rudaeva EV. Reproductive health of women and features of eating behavior. *Fundamental and Clinical Medicine.* 2019; 4(3): 48-53. Russian (Елгина С.И., Захаров И.С., Рудаева Е.В. Репродуктивное здоровье женщин и особенности пищевого поведения //Фундаментальная и клиническая медицина. 2019; 4(3): 48-53.)
6. Rudaeva EV, Mozes VG, Kashtalap VV, Zakharov IS, Yelgina SI, Rudaeva EG. Congenital heart disease and pregnancy. *Fundamental and Clinical Medicine.* 2019; 4(3): 102-112. Russian (Рудаева Е.В., Мозес В.Г., Кашталап В.В., Захаров И.С., Елгина С.И., Рудаева Е.Г. Врожденные пороки сердца и беременность //Фундаментальная и клиническая медицина. 2019; 4(3): 102-112.)
7. Ishioka S, Kim M, Mizugaki Y, Kon S, et al. Transabdominal cerclage (TAC) for patients with ultra-short uterine cervix after uterine cervix surgery and its impact on pregnancy. *J Obstet Gynaecol Res.* 2017; 9. doi: 10.1111 1/jog.13487
8. Vousden NJ, Carter J, Seed PT, Shennan AH. What is the impact of preconception abdominal cerclage on fertility: evidence from a randomized controlled trial. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2017; 96(5): 543-546.
9. Jarde A, et al. Effectiveness of progesterone, cerclage and pessary for preventing preterm birth in singleton pregnancies: a systematic review and network meta-analysis. *BJOG.* 2017; 124(8): 1176-1189.
10. Madar H, Mattuizzi A, Sentilhes L. Cervical pessary combined with vaginal progesterone for the prevention of spontaneous preterm birth: is the evidence sufficient? *J Perinat Med.* 2018; 46(6): 691. doi: 10.1515/jpm-2017-0300 11
11. Saccone G, Ciardulli A, Xodo S, Dugoff L, et al. Cervical pessary for preventing preterm birth in singleton pregnancies with short cervical length: a systematic review and meta-analysis. *J Ultrasound Med.* 2017; 36(8): 1535-1543.
12. Nicolaidis KH, Syngelaki A, Poon LC, de Paco Matallana C, et al. Cervical pessary placement for prevention of preterm birth in unselected twin pregnancies: a randomized controlled trial. *Am J Obstet Gynecol.* 2016; 214(1): 3.e1-9.
13. Diagnosis and Management of Cervical Insufficiency. *Canterbury District Health Board*, April, 2017.
14. Einerson BD, Grobman WA, Miller ES. Cost-effectiveness of risk-based screening for cervical length to prevent preterm birth. *Am J Obstet Gynecol.* 2016; 215(1): 100.e1.
15. Society for Maternal-Fetal Medicine (SMFM) Consult #40: The role of routine cervical length screening in selected high- and low- risk women for preterm birth prevention. April 2016. DOI: 10.1016/j.jajog.2016.04.027
16. Elgina SI, Zolotarevskaya OS, Zakharov IS, Moses VG, Rudaeva EV, Razumova VA, Kratovsky AYU. Cytological screening in the diagnosis of cervical cancer. *Mother and Baby in Kuzbass.* 2019; 3(78): 37-40. Russian (Елгина С.И., Золоторевская О.С., Захаров И.С., Мозес В.Г., Рудаева Е.В., Разумова В.А., Кратовский А.Ю. Цитологический скрининг в диагностике рака шейки матки //Мать и Дитя в Кузбассе. 2019; 3(78): 37-40.)
17. Measurement of cervical length for prediction of preterm birth. *RANZCOG College Statement: C-Obs 27.* July 2015.

#### КОРРЕСПОНДЕНЦИЮ АДРЕСОВАТЬ:

ЕЛГИНА Светлана Ивановна,

650029, г. Кемерово, ул. Ворошилова, д. 22а, ФГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России.

Тел: 8 (3842) 73-46-00 E-mail: elginas.i@mail.ru

#### ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ

РЫБНИКОВ Сергей Валерьевич, доктор мед. наук, зам. главного врача по гинекологии, ГАУЗ ККБ СМП им. М.А. Подгорбунского, г. Кемерово, Россия. E-mail: rsvdok@mail.ru

#### INFORMATION ABOUT AUTHORS

RYBNIKOV Sergey Valerevich, doctor of medical sciences, deputy chief physician for gynecology, Kuzbass Clinical Emergency Hospital named after M.A. Podgorbunsky, Kemerovo, Russia. E-mail: rsvdok@mail.ru

<p>НЕРЕТИН Артем Константинович, зав. гинекологическим отделением № 2, ГАУЗ ККБ СМП им. М.А. Подгорбунского, г. Кемерово, Россия. E-mail: art-neretin81@yandex.ru</p>	<p>NERETIN Artem Konstantinovich, head of the gynecological department N 2, Kuzbass Clinical Emergency Hospital named after M.A. Podgorbunsky, Kemerovo, Russia. E-mail: art-neretin81@yandex.ru</p>
<p>РУДАЕВА Елена Владимировна, канд. мед. наук, доцент, доцент кафедры акушерства и гинекологии им. Г.А. Ушаковой, ФГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России, г. Кемерово, Россия. E-mail: rudaeva@mail.ru</p>	<p>RUDAeva Elena Vladimirovna, candidate of medical sciences, docent, docent of the G.A. Ushakova department of obstetrics and gynecology, Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia. E-mail: rudaeva@mail.ru</p>
<p>ПАЧГИН Игорь Вадимович, канд. мед. наук, главный врач, ГАУЗ ККБ СМП им. М.А. Подгорбунского, г. Кемерово, Россия. E-mail: rsvdok@mail.ru</p>	<p>PACHGIN Igor Vadimovich, candidate of medical sciences, chief physician, Kuzbass Clinical Emergency Hospital named after M.A. Podgorbunsky, Kemerovo, Russia. E-mail: rsvdok@mail.ru</p>
<p>МОЗЕС Вадим Гельевич, доктор мед. наук, доцент, профессор кафедры акушерства и гинекологии им. Г.А. Ушаковой, ФГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России, г. Кемерово, Россия. E-mail: vadimmoses@mail.ru</p>	<p>MOSES Vadim Gelievich, doctor of medical sciences, docent, professor of the G.A. Ushakova department of obstetrics and gynecology, Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia. E-mail: vadimmoses@mail.ru</p>
<p>ЕЛГИНА Светлана Ивановна, доктор мед. наук, доцент, профессор кафедры акушерства и гинекологии им. Г.А. Ушаковой, ФГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России, г. Кемерово, Россия. E-mail: elginas.i@mail.ru</p>	<p>ELGINA Svetlana Ivanovna, doctor of medical sciences, docent, professor of the G.A. Ushakova department of obstetrics and gynecology, Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia. E-mail: elginas.i@mail.ru</p>
<p>ОШЛЫКОВА Анастасия Михайловна, клинический ординатор, кафедра акушерства и гинекологии им. Г.А. Ушаковой, ФГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России, г. Кемерово, Россия. E-mail: anastasiadukova3336@gmail.ru</p>	<p>OSHLYKOVA Anastasia Mikhailovna, clinical resident, G.A. Ushakova department of obstetrics and gynecology, Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia. E-mail: anastasiadukova3336@gmail.ru</p>