

<https://doi.org/10.17116/rosakush201818144-50>

Истмико-цервикальная недостаточность при многоплодной беременности

К.м.н. Т.С. КОВАЛЕНКО*, д.м.н. М.А. ЧЕЧНЕВА, к.м.н. М.В. КАПУСТИНА, Н.Ю. ЗЕМСКОВА, О.А. ЯХОНТОВА, к.м.н. К.Н. АХВЛЕДИАНИ

ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский институт акушерства и гинекологии» (дир. — проф. В.А. Петрухин) Минздрава Московской области, Москва, Россия

Цель исследования — ретроспективный анализ эффективности хирургической и консервативной (установка разгружающего акушерского пессария) коррекций истмико-цервикальной недостаточности при многоплодной беременности. **Материал и методы.** Проведен ретроспективный анализ течения беременности и родов у 75 женщин с многоплодной беременностью, осложнившейся истмико-цервикальной недостаточностью. Диагностика истмико-цервикальной недостаточности проводилась на основании анамнестических данных, клинического и ультразвукового исследования. Беременным проводилось скрининговое измерение длины цервикального канала в 12—14, 16—18 и 20—22 нед беременности, в дальнейшем — по показаниям. Хирургическая коррекция истмико-цервикальной недостаточности проведена 65 беременным в сроках гестации 16—26 нед с применением техники операции по MacDonald и наложения П-образных швов на шейку матки по А.Н. Любимовой и Н.М. Мамедалиевой. У 10 беременных был установлен акушерский пессарий в сроках беременности 23—28 нед. Проводилось медикаментозное лечение, направленное на пролонгирование беременности и санацию влагалища. **Результаты.** Срочные роды произошли у 45 (60%) беременных с многоплодной беременностью, которым была проведена коррекция истмико-цервикальной недостаточности. Дородовое излитие вод и родовая деятельность при недоношенной беременности спонтанно возникли только у 18 (24%) обследованных беременных с многоплодием и коррекцией истмико-цервикальной недостаточности (у 7 беременных досрочное родоразрешение было произведено в связи с тяжелой преэклампсией и нарастающей плацентарной недостаточностью) и только у 2 (2,7%) беременных роды произошли на 25-й и 27-й неделе беременности. В удовлетворительном состоянии родились 84% новорожденных, у матерей которых была применена хирургическая коррекция истмико-цервикальной недостаточности, и 95% новорожденных после использования у их матерей акушерского пессария. **Заключение.** Активная тактика ведения пациенток с многоплодной беременностью, осложненной истмико-цервикальной недостаточностью (раннее выявление и своевременная коррекция) позволяет снизить число преждевременных родов и рождения детей с низкой и экстремально низкой массой тела.

Ключевые слова: многоплодная беременность, истмико-цервикальная недостаточность, невынашивание беременности, преждевременные роды, хирургическая коррекция истмико-цервикальной недостаточности, акушерские пессарии.

Isthmic-cervical insufficiency in multiple pregnancies

T.S. KOVALENKO, Cand. Med. Sci.; M.A. CHECHNEVA, MD; M.V. KAPUSTINA, Cand. Med. Sci.; N.YU. ZEMSKOVA, O.A. YAKHONTOVA, K.N. AKHVLEDIANI, Cand. Med. Sci.

Moscow Regional Research Institute of Obstetrics and Gynecology, Ministry of Health of the Moscow Region, Moscow, Russia

Objective — to retrospectively analyze the efficiency of surgical and medical (unloading obstetric pessary placement) correction of isthmic-cervical insufficiency in multiple pregnancy. **Subject and methods.** The course of pregnancy and delivery was retrospectively analyzed in 75 women with multiple pregnancy complicated by isthmic-cervical insufficiency. The diagnosis of isthmic-cervical insufficiency was based on medical history data and clinical and ultrasound examinations. The pregnant women underwent screening cervical canal length measurements at 12—14, 16—18, and 20—22 weeks' gestation and further, as clinically indicated. Surgical correction of isthmic-cervical insufficiency was carried out in 65 pregnant women at 16—26 weeks' gestation, by using the McDonald surgical technique and applying U-shaped sutures to the uterine cervix, as described by A.N. Lyubimova and N.M. Mamedalieva. Obstetric pessaries were inserted in 10 pregnant women at 23—28 weeks' gestation. Medical treatment aimed at prolonging pregnancy and sanitizing the vagina was performed. **Results.** Partus maturus occurred in 45 (60%) women with multiple pregnancy who underwent isthmic-cervical insufficiency correction. Prenatal amniorrhea and delivery during preterm pregnancy spontaneously occurred only in 18 (24%) examined pregnant women with multiple pregnancy and corrected isthmic-cervical insufficiency (early delivery in 7 pregnant women because of severe preeclampsia and progressive placental insufficiency) and childbirths in 2 (2.7%) women at 25 and 27 weeks' gestation. 84% of the newborns, in whose mothers isthmic-cervical insufficiency had been had surgically corrected, and 95% of the neonates, whose mothers had used an obstetric pessary, were born in satisfactory condition. **Conclusion.** The active management tactics in patients with multiple pregnancy complicated by isthmic-cervical insufficiency (early detection and timely correction) can reduce the number of preterm deliveries and the birth of low birth weight and extremely low-weight babies.

Keywords: multiple pregnancy, isthmic-cervical insufficiency, miscarriage, preterm labor, surgical correction of isthmic-cervical insufficiency, obstetric pessaries.

Одна из основных задач современного акушерства — снижение перинатальной и материнской заболеваемости и смертности, поэтому все мероприятия во время беременности и родов должны быть направлены на антенатальную охрану плода и снижение акушерских осложнений у матери [1—3]. Одна из проблем современного акушерства — многоплодная беременность приводит к высокой частоте развития осложнений как у матери, так и у плода. Частота многоплодной беременности, по данным разных авторов, составляет 2,5—3%, и в последние годы отмечается ее рост, как результат в первую очередь применения вспомогательных репродуктивных технологий. Высокая частота развития перинатальных осложнений при многоплодной беременности в основном связана с преждевременными родами (практически каждая вторая беременность заканчивается ранее 36 нед). Так, в Нидерландах 50% женщин с многоплодной беременностью были родоразрешены до 37 нед гестации (9% — до 32 нед) [4]. В США эти показатели составили 60 и 12% соответственно, в то время как у женщин с одноплодной беременностью они были на порядок ниже — 6—10 и 1% соответственно [5]. Преждевременные роды повышают перинатальную заболеваемость на 30%. Это требует значительных финансовых затрат на выхаживание недоношенных новорожденных, в связи с чем снижение частоты ранних и очень ранних преждевременных родов у этой категории беременных — важнейшая задача акушеров-гинекологов. Основной причиной преждевременных родов является истмико-цервикальная недостаточность (ИЦН), которая при многоплодной беременности встречается в 15—42% наблюдений. Диагноз ИЦН при многоплодной беременности труден, данная ситуация наблюдается даже у первобеременных женщин, что обусловлено перерастяжением матки и наличием других сопутствующих нарушений, таких как дисплазия соединительной ткани, гормональные нарушения, инфекционные заболевания. По данным В.И. Краснопольского и соавт. [6], функциональная ИЦН имеется у 15—48% пациенток с многоплодной беременностью. Многие исследователи сообщают, что обычно при ИЦН отсутствует яркая клиническая симптоматика: большинство пациенток не предъявляют жалоб, в связи с чем акушеры-гинекологи на плановом осмотре неожиданно сталкиваются с такими проблемами, как резкое укорочение/слаживание шейки матки или даже пролабирование плодного пузыря, что прогностически неблагоприятно в отношении пролонгирования беременности [7]. В последнее время значительно расширились возможности ультразвуковых методов исследования, в связи с чем измерение длины шейки матки и определение состояния («сомкнутость») внутреннего зева стали более доступными процедурами, что помогает своевременно решить вопрос о наличии ИЦН. Ультразвуковое исследование (УЗИ) шейки матки выполняется трансабдоминально (для ориентировочной оценки) и трансвагинально (при наличии признаков ИЦН). Необходимо отметить, что в литературе нет четких критериев ИЦН. Существуют разные критерии оценки длины и раскрытия шейки матки: по данным П. Дубиле и К. Бенсон [8], нормальная шейка матки должна иметь достаточно гомогенную структуру и длину не менее 3 см. Согласно рекомендациям Международной федерации акушеров-гинекологов (FIGO, 2015) [1], укорочение шейки матки до 35 мм и менее, выявляемое при трансвагинальной ультразвуковой цервикометрии, свидетельствует об угрозе преждевременных родов,

25 мм и менее — о высоком риске преждевременных родов. Расширение внутреннего зева до 5 мм и более (особенно до 10 мм) также свидетельствует о высоком риске преждевременных родов. К.Л. Рейтер и соавт. [9] предлагают считать пограничной длину шейки матки 2—3 см, а укорочение ее менее 2 см и расширение внутреннего зева более 3—6 мм — явной ИЦН. По мнению тех же авторов, U- или V-образное расширение цервикального канала также является прогностически неблагоприятным признаком, при этом V-образная форма прогностически более неблагоприятна. Л.И. Кох, И.В. Сатышева [10] ультразвуковыми признаками ИЦН считают укорочение шейки матки до 25 мм, расширение внутреннего зева до 9 мм, пролабирование плодного пузыря. По данным А.Е. Волкова, М.Н. Скворцовой и М.В. Медведева [11], достоверным эхографическим признаком ИЦН является воронкообразное расширение внутреннего зева, при котором плодные оболочки частично пролабируют в цервикальный канал. В связи с вариабельностью критериев ИЦН при УЗИ большое значение для акушеров-гинекологов в диагностике приобретает бимануальное исследование и анамнестические данные, которые даже при пограничных результатах цервикометрии при УЗИ могут свидетельствовать о наличии ИЦН. Своевременность постановки данного диагноза и соответственно проведенного лечения позволяют значительно улучшить прогноз исхода беременности.

Лечение ИЦН при многоплодной беременности как в нашей стране, так и за рубежом осуществляется либо хирургическими методами, либо консервативно.

Цель лечения — предотвратить дальнейшее раскрытие шейки матки. Хирургическое лечение заключается в наложении швов на шейку матки, однако эффективность данной процедуры при многоплодной беременности в настоящее время не доказана. Если доказана эффективность хирургического лечения ИЦН при одноплодной беременности и отягощенном акушерском анамнезе [12, 13], и при этом отмечено значительное снижение числа преждевременных родов до 37 нед гестации (относительный риск — ОР 0,80; 95% доверительный интервал — ДИ 0,69—0,95) и до 34 нед гестации (ОР 0,79; 95% ДИ 0,68—0,93), то при многоплодной беременности эффективность хирургического способа коррекции ИЦН остается недоказанной ввиду небольшого числа исследований. В обзорах литературы [13, 14] цервикальный серкляж ассоциируется с более высокой частотой побочных эффектов у матери (гипертермия и кровотечение) и увеличением числа кесаревых сечений. Метаанализ оценки эффективности цервикального серкляжа у женщин с многоплодной беременностью показал повышенный риск преждевременных родов до 35 нед (ОР 2,2; 95% ДИ от 1,2—4,0) и тенденцию к более высокой перинатальной смертности (ОР 2,7; ДИ 95% 0,83—8,5) [15]. И хотя некоторые авторы [16] предлагают проведение профилактического серкляжа при многоплодной беременности, целесообразность этого также подвергается сомнению. В последнее время альтернативой наложения швов на шейку матки является установка акушерского разгружающего pessaria. Вагинальные pessaria используются для предотвращения преждевременных родов еще с 1959 г. Однако они стали наиболее часто использоваться в последнее время. Установка pessaria является неинвазивной процедурой. Pessarii легко могут быть размещены или удалены в амбулаторных условиях, не требуют применения анестезии. Действие

вагинального пессария обусловлено тем, что он охватывает шейку матки и «стягивает, сжимает» (формирует) канал шейки матки, вследствие чего может предотвратить укорочение шейки матки и расширение внутреннего зева. Пессарий корректирует наклон цервикального канала, снимает прямое давление на внутренний зев шейки матки путем распределения давления беременной матки.

Цель исследования — оценка эффективности применения хирургической и консервативной (путем установки разгружающего акушерского пессария) коррекции ИЦН при многоплодной беременности.

Материал и методы

Проведен ретроспективный анализ течения беременности и родов у 75 женщин с многоплодной беременностью, осложнившейся ИЦН, которые наблюдались и родоразрешались в ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский институт акушерства и гинекологии» (МОНИИАГ) с 2010 по 2016 г. Из них у 71 — дихориальная диамниотическая двойня, у 2 — монохориальные диамниотические двойни, у 2 — трихориальные триамниотические тройни.

Диагностика ИЦН проводилась на основании анамнестических данных, клинического исследования и УЗИ. При бимануальном исследовании оценивались длина влагалищной части шейки матки, ее расположение, консистенция и проходимость по шкале Бишопа. Цервикометрия осуществлялась трансвагинальным доступом, начиная с 12-й недели гестации: всем беременным проводилось скрининговое измерение длины цервикального канала в 12—14, 16—18 и 20—22 нед беременности, в дальнейшем — по показаниям. Методика цервикометрии: при умеренном наполнении мочевого пузыря датчик располагался в сагиттальной плоскости в переднем своде влагалища с минимальным давлением на шейку матки. В исследование входили: 1) визуализация наружного зева, цервикального канала, внутреннего зева; 2) оценка положения шейки матки относительно оси таза; 3) оценка состояния внутреннего зева (зияние); 4) измерение длины шейки матки (от наружного до внутреннего зева); 5) оценка структуры шейки и цервикального канала; 6) визуализация плодных оболочек. Все измерения проводились при помощи функции обводки.

Для клинической оценки ИЦН мы использовали классификацию В.М. Сидельниковой, 2005 г.; А.Ю. Журавлева, 2002 г. Об отсутствии ИЦН свидетельствовали следующие ультразвуковые параметры:

- шейка отклонена кпереди (**рис. 1**), цервикальный канал имеет нелинейную форму;
- нормальная длина шейки матки в 13—14 нед составляет 3,6—3,7 см;
- ширина шейки матки на уровне внутреннего зева в норме постепенно возрастает с 10-й по 36-ю неделю беременности от 2,58 до 4,02 см.

Возраст беременных с ИЦН колебался от 25 до 45 лет, первобеременных было 23, повторнобеременных — 52, из них первородящих — 21. Беременность наступила с помощью вспомогательных репродуктивных технологий у 49 (65,3%) из 75 пациенток.

Частота и характер экстрагенитальной патологии и осложнений беременности представлены в **табл. 1**.

Как представлено в **табл. 1**, течение беременности, помимо многоплодия и ИЦН, усугублялось наличием

Таблица 1. Частота и характер экстрагенитальной патологии и осложнений беременности у обследованных женщин (n=75)

Заболевания, осложнения беременности	Абс.	%
Гипотиреоз	10	13,3
Сахарный диабет 1-го типа, инсулинзависимый	2	2,7
Заболевания сердечно-сосудистой системы	6	8,0
Тромбофилии	5	6,6
Отеки, вызванные беременностью	3	4,0
Умеренная преэклампсия	6	8,0
Тяжелая преэклампсия	1	1,3
Гестационный сахарный диабет	6	8,0
Фетоплацентарная недостаточность	16	21,3



Рис. 1. Нормальная эхограмма (отсутствие признаков ИЦН у беременной): шейка отклонена кпереди, цервикальный канал имеет нелинейную форму, внутренний зев сомкнут.

экстрагенитальных заболеваний и/или осложнений беременности. Так, клинически значимые экстрагенитальные заболевания имелись у 65 (86,7%) беременных (в том числе эндокринные — у 16%: гипотиреоз — у 13,3%, инсулинзависимый сахарный диабет 1-го типа — у 2,7%, заболевания сердечно-сосудистой системы — у 8% (в том числе системный васкулит у 1 беременной)). Осложнения беременности имелись у 32 (42,7%) женщин: преэклампсия (9,3%), гестационный сахарный диабет (8%), фетоплацентарная недостаточность (21,3%) и др.

У всех беременных оценка шейки матки по шкале Бишопа составляла 5—8 баллов.

При УЗИ шейка матки была центрирована практически у всех беременных и отклонена кпереди только у 4 (6,2%) пациенток, длина закрытой части цервикального канала варьировала от 1 до 2,8 см и составила в среднем $1,45 \pm 0,7$ см, зияние внутреннего зева наблюдалось у 59 из 75 пациенток, при этом открытие внутреннего зева более 5 мм имелось у 25 (**рис. 2, а**), более 10 мм — у 5 (**см. рис. 2, б**). Пролабирование плодного пузыря выявлено у 3 (4%) беременных.

У всех больных с ИЦН использовались хирургическая и консервативная (применение акушерских пессариев) коррекции ИЦН. У 65 беременных проведена хирургическая коррекция ИЦН, 10 беременным был установлен «разгружающий» акушерский пессарий.

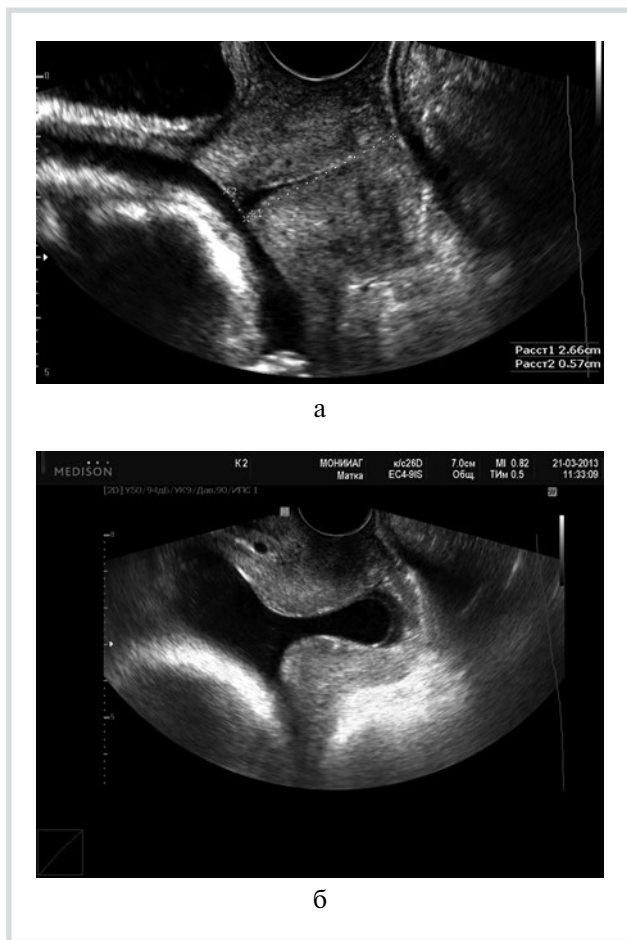


Рис. 2. ИЦН при многоплодной беременности.

а — шейка матки центрирована, укорочена, цервикальный канал линейной формы, открытие внутреннего зева 6 мм; б — шейка матки центрирована, укорочена, открытие внутреннего зева 12 мм, пролабирование плодных оболочек. Эхограмма.

Для хирургической коррекции ИЦН нами применялась техника операции по MacDonal и наложение П-образных швов на шейку матки по А.И. Любимовой и Н.М. Мамедалиевой. Противопоказаниями к хирургической коррекции ИЦН были кровотечения во время беременности, врожденные пороки развития плода, III—IV степень чистоты влагалищного содержимого (при необходимости перед наложением швов или установкой пессария проводилась санация). У 10 беременных с целью коррекции ИЦН использовался акушерский пессарий (тип ASQ перфорированный Dg-Agabin), размер пессария подбирался индивидуально в зависимости от анатомических особенностей и числа беременностей.

Хирургическая коррекция ИЦН была произведена 56 беременным в ГБУЗ МО МОНИИАГ, 9 — в стационарах Московской области. У 63 пациенток хирургическая коррекция проведена в сроках беременности 16—24 нед и лишь 2 — в 26 нед. У 50 беременных для коррекции ИЦН применена операция по MacDonal: на границе перехода слизистой оболочки переднего свода влагалища на шейку матки накладывали кисетный шов из прочного нерассасывающегося материала (мерсиленовая лента, этибонд) с проведением иглы глубоко через ткани, концы нитей за-

вязывали узлом в переднем своде влагалища. Оставляли длинные концы лигатуры, чтобы их было легко обнаружить перед родами и без труда удалить.

У 15 беременных произведено наложение П-образных швов на шейку матки по А.И. Любимовой и Н.М. Мамедалиевой: на границе перехода слизистой оболочки переднего свода влагалища на шейку матки, отступя 0,5 см от средней линии справа, шейку матки прокалывали иглой с лавсановой нитью через всю толщу, производя выкол в задней части свода влагалища. Конец нити переводили в левую латеральную часть свода влагалища, иглой прокалывали слизистую оболочку и часть толщи шейки матки, делая вкол на 0,5 см слева от средней линии. Конец второй лавсановой нити переводили в правую латеральную часть свода влагалища, затем прокалывали слизистую оболочку и часть толщи матки с выколом в передней части свода влагалища. Нити завязывали с умеренным натяжением, чтобы не допустить прорезывания тканей. Оценку состояния шейки матки после хирургической коррекции ИЦН проводили путем осмотра и УЗИ, при этом оценивалось положение лигатур, длина сомкнутой части цервикального канала, зияние внутреннего зева, локализация плодных оболочек.

У 10 беременных был установлен акушерский пессарий типа ASQ перфорированный Dg-Agabin в сроках беременности 23—28 нед. Диагноз истмико-цервикальной недостаточности также был подтвержден при клиническом обследовании и при УЗИ.

Контроль за состоянием шейки матки (бимануальный и ультразвуковой) после хирургической коррекции ИЦН либо установки акушерского пессария проводился 1 раз в 2—3 нед (рис. 3).

Всем беременным проводилось лечение спазмолитиками, сернокислой магнезией, санация влагалища, применялись препараты прогестерона. При выявлении патогенных микроорганизмов в посеве из цервикального канала проводилась этиотропная антибактериальная терапия. Осложнений после хирургического лечения ИЦН, таких как гипертермия и кровотечения, в наших наблюдениях не отмечалось.

Результаты

Эффективность методов хирургической коррекции или установки акушерского пессария была оценена на основании исхода беременности (срок родоразрешения, состояние новорожденных) (табл. 2).

У 5 (6,7%) беременных (все из 1-й группы) произошли самопроизвольные выкидыши в сроки до 22 нед (следует отметить, что у 3 из них при операции хирургической коррекции ИЦН уже отмечалось выраженное пролабирование плодного пузыря, что значительно ухудшило прогноз для исхода беременности).

При хирургической коррекции или ношении пессария беременность прогрессировала у 70 (93,3%) из 75 пациенток с многоплодной беременностью и ИЦН. У 45 (60%) беременных с многоплодием и ИЦН в результате произошли срочные роды, и это более высокий показатель по сравнению с данными литературы (в среднем 40%) [2].

У 25 (33,3%) беременных с многоплодием и ИЦН произошли преждевременные роды. Необходимо отметить, что, несмотря на относительно невысокий процент преждевременных родов, у беременных с многоплодной

Таблица 2. Исходы беременности и сроки родоразрешения у женщин с многоплодной беременностью и ИЦН

Показатель	Беременные с хирургической коррекцией (n=65)	Беременные с установленным пессарием (n=10)	Всего беременных (n=75)
	абс. (%)	абс.	абс. (%)
Доношенная беременность (37 нед и более)	39 (60)	6	45 (60)
35—36 нед	9 (13,8)	3	12
32—34 нед	6 (9,2)	1	7
28—32 нед	4 (6,2)		4
Менее 28 нед	2 (3,1)		2 (2,7)
Самопроизвольный выкидыш	5 (7,7)		5 (6,7)



Рис. 3. Нормальная эхограмма после хирургической коррекции ИЦН.

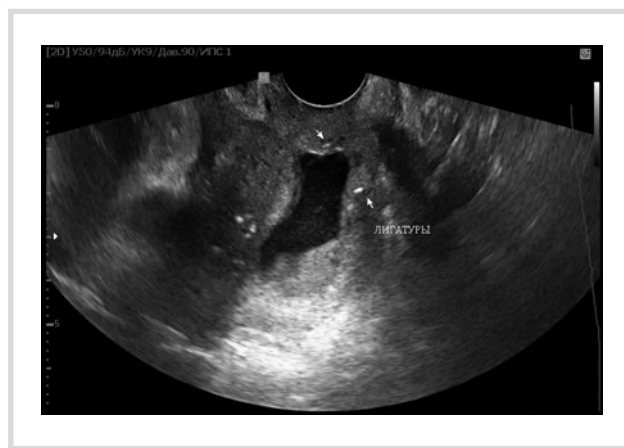


Рис. 4. Несостоятельность швов через 5 нед после хирургической коррекции ИЦН. Эхограмма.

беременностью и ИЦН (по сравнению с данными литературы [17], произошло всего 2 (2,7%) ранних родов (в 25 и 27 нед беременности) с рождением детей с экстремально низкой массой тела: у одной беременной через 5 нед после хирургической коррекции ИЦН развилась родовая деятельность, и произошло прорезывание швов (рис. 4), у второй произошло дородовое излитие вод.

Следует отметить, что у 7 беременных после хирургической коррекции преждевременные роды не были связаны с осложнениями ИЦН и прорезыванием швов: досрочное родоразрешение было обусловлено тяжелой преэклампсией у 2 пациенток (в 30 и 36 нед беременности), прогрессированием плацентарной недостаточности и критическим состоянием одного из плодов — у 2 (в 31 и 35 нед), наличием трихориальной триамниотической тройни — у 2 (в 28 и 33 нед), преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты — у 1 (в 33 нед). Дородовое излитие вод и родовая деятельность спонтанно возникли только у 18 (24%) беременных с многоплодной беременностью и ИЦН, при этом, как ранее отмечалось, только в 2 наблюдениях произошли ранние роды в 25 и 27 нед гестации. И если число наблюдений доношенной беременности у всех пациенток составило 60%, у беременных после установки пессария преждевременные роды произошли в более поздние сроки, близкие к доношенной беременности (у 1 беременной произошло дородовое излитие вод в 34 нед гестации и у 3 — в 35—36 нед).

Методы родоразрешения были преимущественно оперативными — у 56 (76%) из 75 пациенток с многоплодной беременностью и ИЦН, что было обусловлено в основном осложнениями беременности и родов.

Показаниями к кесареву сечению у 51 (76,7%) беременной с хирургической коррекцией ИЦН явились следующие: прогрессирование ФПН — у 7, тазовое предлежание первого плода — у 17, тройня — у 2, несостоятельный рубец на матке — у 1, коллизия плодов — у 1, тяжелая преэклампсия — у 7, преждевременная отслойка плаценты — у 1, сочетанные показания — у 15. Самопроизвольные роды произошли у 14 (23,3%) беременных с многоплодной беременностью и ИЦН.

Путем кесарева сечения были родоразрешены 6 беременных, которым был установлен акушерский пессарий, у 4 пациенток, применявших пессарий, произошли самопроизвольные роды. Показаниями к оперативному родоразрешению у беременных этой группы были следующие: несостоятельный рубец на матке — у 1, тазовое предлежание первого плода — у 2, монохориальная двойня — у 1, сочетанные показания — у 2.

Всего родились 142 ребенка. В удовлетворительном состоянии родились 84% новорожденных, у матерей которых была применена хирургическая коррекция ИЦН, и 95% новорожденных, у матерей которых был использован акушерский пессарий. В одном наблюдении в 25 нед гестации произошла интранатальная гибель 1 плода из двойни.

Таблица 3. Распределение по массе тела новорожденных, родившихся у матерей с корригированной ИЦН при многоплодной беременности

Масса тела, г	60 беременных (хирургическая коррекция)		10 беременных (установка пессария)	
	абс. (%)		абс. (%)	
500—999	5 (4)		—	
1000—1999	25 (20,1)		1 (5)	
2000—2999	77 (62,1)		17 (85)	
3000—3999	17 (13,8)		2 (10)	
4000 и более	—		—	
Всего	124 (100)		20 (100)	

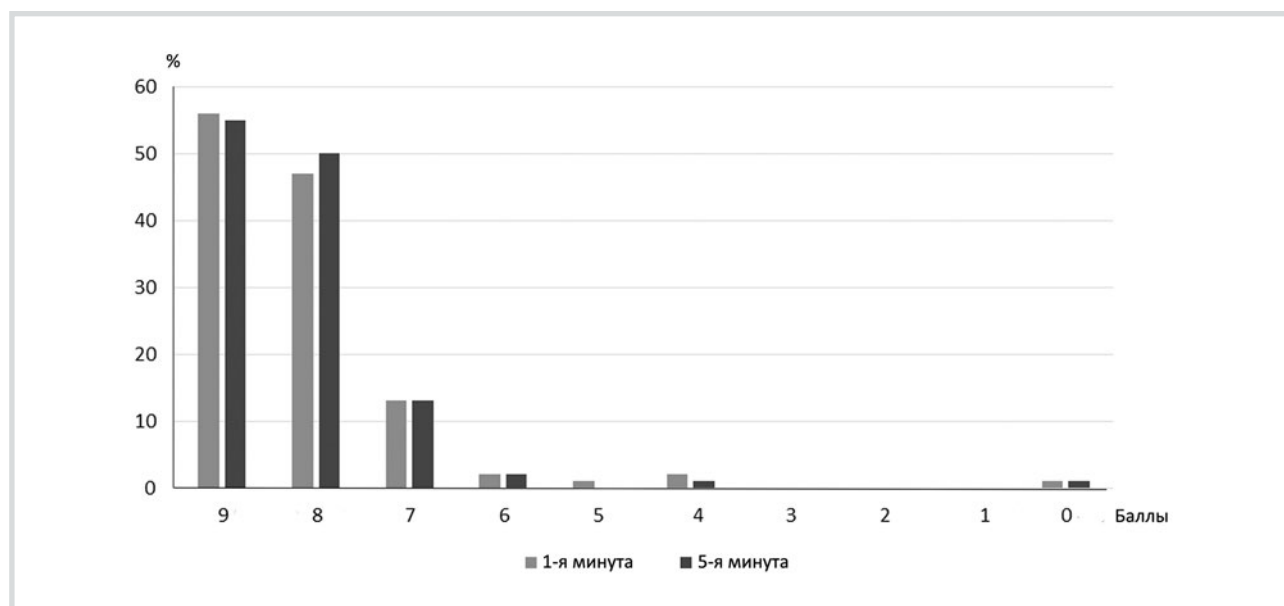


Рис. 5. Оценка состояния новорожденных, родившихся у матерей с коррекцией ИЦН при многоплодной беременности, по шкале Апгар.

Оценка состояния новорожденных по шкале Апгар представлена на **рис. 5**.

Распределение детей по массе тела при рождении представлено в **табл. 3**.

Обсуждение

Многоплодная беременность — беременность высокого мультифакторного риска, в том числе невынашивания и недонашивания. Своевременная диагностика и коррекция ИЦН у беременных с многоплодной беременностью возможны и необходимы с целью ее пролонгации до максимально возможного срока. Для раннего выявления и патогенетического лечения пациенток с ИЦН при многоплодной беременности необходимо скрининговое обследование шейки матки, начиная с 12-й недели беременности, и с последующим контрольным исследованием каждые 2 нед до срока родов при доношенной беременности. При выявлении ИЦН показана ее хирургическая коррекция в сроки 14—22 нед беременности или после 22 нед — установка разгружающего акушерского пессария. Данная тактика обеспечила высокую клиническую

эффективность и лучшие исходы с перинатальных позиций. После хирургического лечения ИЦН или установки акушерского пессария следует продолжить медикаментозную терапию, направленную на пролонгирование беременности.

Выводы

Использованная активная тактика ведения пациенток с многоплодной беременностью, осложненной ИЦН (раннее выявление и своевременная коррекция), позволила снизить число (по сравнению с литературными данными) [17] преждевременных родов, в том числе ранних, очень ранних, рождением детей с низкой и экстремально низкой массой тела (2,7%) и увеличить число рождения детей при доношенной беременности в сроки, приближенные к доношенному. Примененная тактика позволяет реально снизить перинатальную заболеваемость и смертность.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Рекомендации Международной федерации акушеров-гинекологов (FIGO) 2015 г. Совершенствование практических подходов в акушерстве и фетальной медицине. Информационный бюллетень. Под ред. Радзинского В.Е. М.: Редакция журнала Status Praesens. 2015; 8. [The recommendations of the International Federation of obstetricians gynecologists (FIGO) 2015. Improving practice in obstetrics and fetal medicine. Informationnyi bulleten'. Ed. Radzinskii VE. Moscow: Redaktsiya zhurnala Status Praesens. 2015;8. (In Russ.)].
2. Николаева М.Г., Щеклеина К.В. Опыт коррекции истмико-цервикальной недостаточности акушерским разгружающим пессарием при многоплодной беременности. *Мать и Дитя в Кубассе*. 2014;2:57:93-96. [Nikolaeva MG, Shchekleina KV. Experience correction of isthmic-cervical insufficiency, the unloading obstetric pessary in multiple pregnancy. *Mat' i Ditya v Kubasse*. 2014;2:57:93-96. (In Russ.)].
3. Герасимова А.А. *Ультразвуковые критерии состояния шейки матки при двойне. Прогнозирование преждевременных родов*: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М. 2005;24. [Gerasimova AA. *Ultrasonic criteria of the status of the cervix in twins. Prediction of preterm birth*: Avtoref. dis. ... kand. med. nauk. Moscow. 2005;24. (In Russ.)].
4. Schaaf JM, Mol BW, Abu-Hanna A, Ravelli AC. Trends in preterm birth: singleton and multiple pregnancies in the Netherlands. 2000–2007. *BJOG*. 2011;118:10:1196-1204.
5. Martin JA, Hamilton BE, Ventura SJ. Births: final data for 2009. *National Vital Statistics Reports*. 2009;2011;60:1:1-70.
6. Краснополянский В.И., Новикова С.В., Капустина М.В., Титченко Л.И., Аксенов А.Н., Жарова А.А. Современные проблемы многоплодной беременности. *Российский вестник акушера-гинеколога*. 2009;9:2:79-82. [Krasnopol'skii VI, Novikova SV, Kapustina MV, Titchenko LI, Aksenov AN, Zhavorova AA. Current problems of multiple pregnancy. *Rossiiskii vestnik akushera-ginekologa*. 2009;9:2:79-82. (In Russ.)].
7. Савельева Г.М., Шалина Р.И., Плеханова Е.Р., Таран А.Г., Прядко Е.С. Проблемы преждевременных родов в современном акушерстве. *Практическая медицина*. 2010;4:43:7-12. [Savel'eva GM, Shalina RI, Plekhanova ER, Taran AG, Pryadko ES. The problem of preterm birth in modern obstetrics. *Prakticheskaya meditsina*. 2010;4:43:7-12. (In Russ.)].
8. Дубиле П.М., Бенсон К.Б. *Атлас по ультразвуковой диагностике в акушерстве и гинекологии*. М.: МЕДпресс-информ. 2009;41. [Dubile PM, Benson KB. *Atlas of ultrasonic diagnosis in obstetrics and gynecology*. Moscow: MEDpress-inform. 2009;41. (In Russ.)].
9. Рейтер К.Л., Бабагбеми Е.К. *УЗИ в акушерстве и гинекологии*. Под ред. Гуса А.И. М.: ГЭОТАР-Медиа. 2013;162. [Rejter KL, Babagbemi EK. Ed. Gusa AI. *Ultrasound in obstetrics and gynecology*. Moscow: GEOTAR-Media. 2013;162. (In Russ.)].
10. Кох Л.И., Сатышева И.В. Диагностика и результаты лечения истмико-цервикальной недостаточности. *Акушерство и гинекология*. 2011;7:2. [Koh LI, Satysheva IV. Diagnosis and results of treatment of isthmic-cervical insufficiency. *Akusherstvo i ginekologiya*. 2011;7:2. (In Russ.)].
11. *Ультразвуковая диагностика в акушерстве и гинекологии: практическое руководство*. Под ред. Волкова А.Е., Скворцовой М.Н., Медведева М.В. Ростов-на-Дону: Феникс. 2011;34. [Ultrasound diagnosis in obstetrics and gynecology: practical guide. Eds. Volkov AE, Skvortsova MN, Medvedev MV. Rostov-on-Don: Feniks. 2011;34. (In Russ.)].
12. Liem Sophie MS, Mariëlle G van Pampus, Ben Willem J, Dick J Bekedam. Cervical pessaries for the prevention of preterm birth: a systematic review. *Obstetrics and Gynecology International*. 2013;2013:Article ID576723: 10.
13. Drakeley AJ, Roberts D, Alfirevic Z. Cervical stitch (cerclage) for preventing pregnancy loss in women. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2003;1:Article ID CD003253.
14. Alfirevic Z, Stampalija T, Roberts D, Jorgensen AL. Cervical stitch (cerclage) for preventing preterm birth in singleton pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2012;4:Article ID CD008991.
15. Berghella V, Rafael TJ, Szychowski JM, Rust OA, Owen J. Cerclage for short cervix on ultrasonography in women with singleton gestations and previous preterm birth: a metaanalysis. *Obstetrics and Gynecology*. 2011;117:3:663-671.
16. Rebarber AI, Roman AS, Istwan N, Rhea D, Stanziano G. Prophylactic cerclage in the management of triplet pregnancies. *OJOG*. 2017;7:1:41-44.
17. Сичинава Л.Г. Многоплодие. Современные подходы к тактике ведения беременности. *Акушерство, гинекология и репродукция*. 2014;2:131-138. [Sichinava LG. Multiple pregnancy. Contemporary approaches to tactics of pregnancy conducting. *Akusherstvo, ginekologiya i reproduktsiya*. 2014;2:131-138. (In Russ.)].

Поступила 04.09.17