

# **ИСТМИКО-ЦЕРВИКАЛЬНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ КАК ФАКТОР РИСКА ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ. ВОЗМОЖНОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ, ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ.**

Журавлев А.Ю., Занько С.Н.

Витебский государственный медицинский университет,  
г. Витебск Республика  
Беларусь

Невынашивание беременности является актуальной проблемой современного акушерства. Важность решения этой задачи объясняется тем, что недоношенность является основной причиной смертности среди новорожденных. 2 из 3 случаев смерти ребенка в перинатальном периоде связаны с недоношенностью. Несмотря на улучшение качества акушерско-гинекологической помощи частота невынашивания беременности остается стабильной, составляя в различных регионах от 10% до 25% (В.М. Синельникова 1986 г). Сложность решения проблемы невынашивания объясняется полиэтиологичным характером патологии, увеличением числа женщин страдающих хроническими соматическими и гинекологическими заболеваниями и все возрастающим негативным влиянием социально-экономических факторов на течение и исход беременности. Все это привело к увеличению группы беременных высокого и умеренного риска невынашивания. В настоящее время согласно исследованиям Т.Ю. Пестрикова к данной категории могут быть отнесены от 30% до 80% беременных. Именно в этой группе перинатальная заболеваемость и смертность достигает 75-80%.

Среди факторов, приводящих к невынашиванию беременности, не последнее место занимает истмико-цервикальная недостаточность. Удельный вес данной патологии у пациенток с невынашиванием составляет от 30 до 40%. Риск преждевременных родов при развитии ИЦН увеличивается в 16 раз. ИЦН является основной причиной прерывания беременности в сроке гестации 22 - 27 недель при массе плода 500-1000г. Исход беременности для ребенка в этом сроке крайне неблагоприятен по причине глубокой недоношенности. По данным датских авторов ИЦН является причиной преждевременных родов в 2 случаях на 1000 родов у женщин 15-19 лет и в 7,5 в возрасте 35-39 лет. Учитывая достаточно высокую частоту ИЦН, ранняя диагностика, профилактика и эффективное лечение данной патологии позволит существенно снизить показатели перинатальной смертности в первую очередь за счет снижения числа глубоко недоношенных детей.

Впервые ИЦН как осложнение беременности, приводящее к спонтанному аборт, описал Среам в 1865г. В настоящее время достаточно хорошо изучены причины и условия возникновения данной патологии, среди которых выделяют травмы шейки матки, а также анатомические и функциональные врожденные дефекты шейки матки. Таким образом, на основании причины развития ИЦН выделяют травматическую и функциональную цервикальную недостаточность. Механизм прерывания беременности при ИЦН состоит в том, что в связи с несостоятельностью шейки матки по мере прогрессирования беременности плодные оболочки выпячиваются в расширенный канал шейки матки, инфицируются и вскрываются.

С тех пор как, в 1955г S. Shirodkar впервые разработал и применил на практике хирургический метод лечения ИЦН во время беременности, появилось большое число модификаций хирургического способа коррекции цервикальной недостаточности во время беременности, которые можно разделить на три группы:

1. механическое сужение функционально неполноценного внутреннего зева шейки матки,

2. зашивание наружного зева шейки матки
3. сужение шейки матки путем создания мышечной дубликатуры по боковым стенкам шейки матки.

Наиболее широкое распространение получили методы Макдонольда, Любимовой, П-образные швы по Любимовой и Мамедалиевой, методы Сценди и Терьяна. Все хирургические методы коррекции ИЦН имеют общую цель – предотвратить преждевременное расширение шейки матки и снизить риск преждевременных родов. Показания, противопоказания, условия выполнения шеечного серкляжа хорошо известны. Особого внимания заслуживает вопрос о сроках выполнения операции. Отмечено, что при хирургической коррекции ИЦН позже 20 недель беременности, а также при пролабировании плодного пузыря в любом сроке беременности резко возрастает риск развития инфекционно-токсических осложнений (Седельникова В. М. 1996г). Поэтому актуальной является задача ранней диагностики ИЦН.

В настоящее время ведущим методом мониторинга во время беременности становится ультразвуковое исследование. При ультрасонографии (трансвагинальная методика) достоверными признаками ИЦН у повторно и первобеременных женщин являются: укорочение шейки матки до 2,9 см в сроке гестации до 20 недель, пролабирование плодного пузыря в цервикальный канал, соотношение длины к диаметру шейки матки на уровне внутреннего зева менее 1,2, расширение цервикального канала до 1 см. и более и ряд других признаков (Липман А.Д., Черемных А.Ю. 1998г). Применение ультразвукового динамического наблюдения за состоянием шейки матки до 20 недель гестации позволит своевременно диагностировать и выполнить хирургическую коррекцию ИЦН в наиболее благоприятные сроки. Вместе с тем осложнения хирургического метода лечения такие, как разрыв шейки матки, травма плодного пузыря, стимуляция родовой активности вследствие неизбежного выброса простагландинов при манипуляции, сепсис, эндотоксический шок, затруднения при родоразрешении, стеноз шейки матки, прорезывание швов, осложнения анестезии и смерть матери определяют неоднозначное отношение акушеров-гинекологов к целесообразности хирургической коррекции ИЦН при беременности. По сообщениям акушеров-консультантов в Британии частота выполнения шеечного серкляжа в их собственной практике колеблется от 0/1000 до 80/1000 родов (Crant et al. 1982г).

Перспективным является метод нехирургической коррекции и профилактики прогрессирования ИЦН во время беременности. Нехирургический серкляж с использованием поддерживающих акушерских pessaries различных конструкций используется в ряде стран (Германия, Франция) более 30 лет. Преимущества данного метода профилактики и лечения недостаточности шейки матки во время беременности в его атравматичности, достаточно высокой эффективности, безопасности, возможности применять как амбулаторно, так и в условиях стационара при любом сроке беременности.

Нами с 1989г успешно используется консервативный серкляж с помощью разгружающего pessaria оригинальной конструкции. Механизм действия pessaria данной модели заключается в уменьшении давления плодного яйца на несостоятельную шейку матки. При этом происходит замыкание шейки матки центральным отверстием pessaria, формирование укороченной и частично открытой шейки матки, разгрузка шейки матки, благодаря перераспределению внутри маточного давления. Все это в совокупности обеспечивает защиту нижнего полюса плодного яйца, а сохранение слизистой пробки уменьшает риск инфицирования. Показанием к использованию акушерского pessaria является истмико-цервикальная недостаточность легкой и умеренной степени как травматического, так и функционального генеза, высокий риск развития ИЦН в любом сроке беременности. Данный метод не следует

использовать при наличии заболеваний, при которых беременность противопоказана, при выявленных уродствах плода, неразвивающейся беременности и при рецидивирующих кровянистых выделениях из половых путей. При явлениях кольпита, цервицита необходима предварительная санация половых путей. Важным преимуществом нехирургического серкляжа является его простота. При использовании данного метода коррекции ИЦН пациентка застрахована от технических погрешностей, которые нередко наблюдаются при хирургическом методе лечения. Эффективной мерой предупреждения преждевременных родов является профилактическое применение пессария у пациенток с генитальным инфантилизмом, пороками развития половой сферы. Это объясняется тем, что в данной группе частота развития истмико-цервикальной недостаточности достигает 30-40% (Сидельникова В.М. 1996 , Ansari A.N., Reynolds R.A.1982).

Накопленный собственный клинический опыт, анализ литературных данных, посвященных проблеме невынашивания беременности у женщин, страдающих ИЦН позволил сделать следующие выводы:

-Необходимо 2-3 кратное ультразвуковое мониторирование шейки матки в сроки гестации до 20 недель у пациенток групп высокого и умеренного риска преждевременных родов для своевременной диагностики ИЦН и выбора тактики лечения.

-Профилактически применять метод нехирургического серкляжа с первой половины беременности у пациенток с явлениями аденогенитального синдрома, генитальным инфантилизмом, травматической деформацией шейки матки с обязательным ультразвуковым и бактериологическим контролем. При прогрессировании ИЦН на фоне нехирургического серкляжа целесообразно провести хирургическую коррекцию цервикальной недостаточности с последующим введением пессария для профилактики несостоятельности шва.

-Пациенткам с выраженной степенью травматической ИЦН коррекцию целесообразно проводить до наступления беременности с использованием как трансвагинальных, так и трансабдоминальных методик.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Сидельникова В.М. Невынашивание беременности. – М., 1986. – 175 с.
2. Пестрикова Т.Ю. Ведение беременности и родов высокого риска. – М., 1994. – 287 с.
3. Yu Victor Y.H., Wood E. Carl Prematurity. – New York, 1987. – 368 p.
4. Воскресенский С.Л. // Ультразвук. диагн. в акуш., гин. и педиат. – 1993. - № 3. – С. 118-119.
5. Yuratco K., Baran P., Labransky P. // Zentralblatt für Gynäcologie. – 1977-99. - № 4. – S. 220-228.
6. Любимова А.И., Мамедалиева Н.Н. // Акушерство и гинекология. – 1981. - № 9. – С. 40-43.
7. Ельцов-Стрелков В.И., Смирнова Т.В. // Акуш. , гин. – 1979. - № 2. – С. 29-30.

Журавлев А.Ю., Занько С.Н.. Истмико–цервикальная недостаточность, как фактор риска преждевременных родов. Возможности профилактики, диагностики и лечения. // Качество и эффективность применяемых медицинских технологий.: Сб. науч. тр. –Витебск, 1999.–С. 59-61.