

© КОХ Л.И., САТЫШЕВА И.В.

## ИСТМИКО-ЦЕРВИКАЛЬНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ФАКТОРАХ РИСКА

Л.И. Кох, И.В. Сатышева

Сибирский государственный медицинский университет, ректор – д.м.н.,  
проф. Новицкий;

кафедра акушерства и гинекологии ФПК и ППС, зав. – д.м.н., проф. Л.И.  
Кох.

***Резюме.** Целью исследования явилось изучить течение беременности и родов у 70 беременных женщин с истмико-цервикальной недостаточностью, обусловленной различными причинами. Все пациентки прошли общеклиническое, влагалищное, ультразвуковое исследование, а также обследование на TORCH-комплекс и гормоны. Факторами риска истмико-цервикальной недостаточности явились позднее менархе, раннее начало половой жизни, наличие нескольких половых партнеров, инфекция, отягощенный акушерский анамнез, генитальная и экстрагенитальная патология. Своевременная коррекция истмико-цервикальной недостаточности способствует доношиванию беременности в 81,4%.*

***Ключевые слова:** беременность, истмико-цервикальная недостаточность, факторы риска.*

Невынашивание беременности является актуальной проблемой акушерства в связи с высокой перинатальной смертностью и заболеваемостью. Два из трех случаев смерти ребенка в перинатальном периоде связаны с недоношенностью. Частота невынашивания беременности остается стабильной, составляя в различных регионах 10 - 25% [1].

Среди факторов, приводящих к невынашиванию беременности, не последнее место занимает истмико-цервикальная недостаточность (ИЦН). Удельный вес данной патологии у пациенток с невынашиванием составляет 30 - 40%. Риск преждевременных родов при развитии ИЦН увеличивается в 16 раз [1,2,3].

Причины ИЦН многообразны и до настоящего времени недостаточно изучены. Причиной может быть травматическое повреждение, коллагеновое перерождение шейки матки, инфантилизм, гормональная недостаточность, инфекция [1,2,3,4,5,6,7].

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.

Целью настоящего исследования явилась оценка особенности течения беременности и родов у женщин с ИЦН при различных факторах риска.

### **Материалы и методы**

Под нашим наблюдением находились 70 беременных женщин, у которых была диагностирована ИЦН. Всем беременным проводилось обследование согласно приказу №50 МЗ РФ. Особое внимание уделялось влагалищному исследованию, которое осуществлялось при постановке беременной на учет и появлении жалоб, а также УЗ исследованию в скрининговые сроки (10-14, 20-24, 32-36 недель). При влагалищном исследовании обращалось внимание на состояние шейки матки: длину влагалищной части шейки, её консистенцию, состояние цервикального канала, расположение шейки относительно проводной оси таза, расположение предлежащей части плода. При проведении УЗ исследования оценивали следующие критерии: длину и ширину шейки матки, состояние цервикального канала, пролабирование плодных оболочек, расположение шейки матки относительно проводной оси таза, расположение предлежащей части плода, локализацию плаценты и её другие характеристики,

наличие тонуса миометрия. Все пациентки были обследованы на TORCH-комплекс, по показаниям на гормоны – тестостерон, ДГА-s.

### **Результаты и обсуждение**

Возраст обследуемых колебался от 18 до 38 лет, составляя в среднем  $28,69 \pm 2,23$  года: до 20 лет – 14,3%, 21-30 – 62,9%, 31-40 лет – 22,8%. Городских жительниц было 82,5%, сельских – 17,5%; служащих – 45%, рабочих – 22,5%, учащихся – 7,5%, домохозяек – 25%.

Все пациентки при опросе отрицали наличие у их матерей выкидышей в поздние сроки и ИЦН во время беременности.

Установлено, что возраст менархе в 82,9% случаях соответствовал 11-14 годам, в 17,1% – 15 и позднее. Менструальный цикл был регулярным в 100% случаев. В 10% женщин менструации протекали обильно, в 88,6% – умеренно, в 1,4% – скудно; болезненные менструации были в 37,1%, безболезненные в 62,9%. В 20% у обследуемых имелись изменения менструального цикла в течение последнего года: менструации стали обильными, болезненными, нерегулярными.

Половую жизнь начали до 16 лет – 31,4% обследованных, в 17 – 19 - 45,7%, в 20 и позднее – 22,9%. При этом три и более половых партнера имело 51,4% женщин. Барьерные методы контрацепции использовали 51,4% опрошенных, химические – 8,6%, традиционные – 11,4%, КОК – 11,4%, ВМС – 5,7%. В 11,5% случаев пациентки не предохранялись от беременности.

Различные детские инфекции (ветряная оспа, корь, коревая краснуха, гепатит А, паротит) перенесли 70% обследуемых. Сопутствующую экстрагенитальную патологию имело 70% женщин. Экстрагенитальная патология, связанная с дефектом коллагеновых структур, представлена хроническими заболеваниями желудочно-кишечного тракта в 40% случаев, миопией слабой и средней степени в 15%, хроническим тонзиллитом в 15%, вегето-сосудистой дистонией в 10%, варикозной болезнью вен нижних конечностей в 5%, пролапсом митрального клапана – 2,5%, деформирующим коксартрозом – 2,5%, ревматизмом – 2,5%,

миокардитом – 2,5%. Сочетание 2-х экстрагенитальных патологии имело место в 34,3%, 3-5 – в 5,7%. Воспалительные заболевания органов малого таза в анамнезе были в 40% у женщин, эрозия шейки матки в 47,5% ( из них ДЭК у 12,5%), оперативные вмешательства на органах малого таза (разрыв кисты яичника, гнойный сальпингит) в 17,5%.

Беременность была первой в 28,6% у женщин, повторной – 71,4%. Среди повторнобеременных в анамнезе 1 аборт был в 31,4%, 2 – 25,7%, 3 и более – 80,6%; 1 выкидыш – 14,3%, 2 – 11,4%, 3 и более – 2,9%; 1 срочные роды – 25,7%, 2 – 5,7%, 3 и более – 2,9%; 1 преждевременные роды у – 5,7%, 2 – у 2,9%. Наличие ИЦН в предыдущую беременность имело место в 14,3% случаев, быстрые, стремительные роды, роды крупным плодом, разрывы шейки матки в родах в 51,4%.

Течение данной беременности у обследуемых осложнялось клинической картиной угрозы прерывания беременности при сроке 14-30 недель. Женщины предъявляли жалобы на ноющие или тянущие боли внизу живота, в пояснице, повышение тонуса матки, чувство давления и тяжесть во влагалище, появление кровянистых выделений из влагалища в 82,5% случаев. 14 человек (17,5%) у жалобы отсутствовали, признаки угрозы прерывания были выявлены при врачебном осмотре и УЗИ.

При влагалищном исследовании у всех пациенток отмечено укорочение шейки матки до 2,0 – 1,0 см, размягчение её консистенции, централизация относительно проводной оси таза, цервикальный канал пропускал один поперечный палец. При проведении трансабдоминального ультразвукового исследования у всех пациенток отмечено укорочение шейки матки, в 40% - плодный пузырь пролабировавал.

Результат обследования на TORCH-комплекс показал наличие инфекции в 70,8% у женщин: Ig G к вирусу простого герпеса – 45,8%, к хламидиям – у 25%, к цитомегаловирусной инфекции – 25%, к микоплазме – 16,7%, к уреоплазме –

12,5%, к токсоплазме – 12,5%. В 45,8% случаев наблюдалось наличие двух и более инфекций.

Результаты гормонального обследования: повышение уровня тестостерона отмечено в 33,3%, ДГА-s в 40% женщин. Имелись симптомы гиперандрогении (гирсутизм, акне) – 24 %.

Таким образом на основании данных анамнеза было выявлено, что у беременных с ИЦН в 20% случаях отмечается изменение менструального цикла за несколько месяцев до беременности, 31,4% респонденток начинают жить половой жизнью до 16 лет, 51,4% имеют 3 и более половых партнеров, 40% не предохраняются и используют средства контрацепции, не защищающих от передачи инфекции. В 70% у женщин была выявлена сопутствующая экстрагенитальная патология, которая в 95% была связана с дефектом коллагеновых структур; в 40% – имелись воспалительные заболевания внутренних половых органов, в 12,5% – ДЭК по поводу эрозии шейки матки, в 70,8% – наличие инфекции из TORCH-комплекса, при этом в 45,8% имелось 2 и более инфекции.

Все беременные с угрозой прерывания были госпитализированы в отделение патологии беременных и получали комплексную терапию включающую эмоциональный и физический покой, седативные препараты, спазмолитики,  $\beta$ -миметики, магниезальную терапию, витамины, физиолечение. Беременные с повышенным содержанием тестостерона и ДГА-s получали дексаметазон. Коррекция ИЦН была проведена акушерским разгружающим pessarium в 77,1% у пациенток в следующие сроки беременности: 13-15 недель – 3,7%, 16-20 недель – 29,6%, 21-25 – 51,8%, 26-30 – 11,1%; наложением швов на шейку матки в 22,5%: 13-15 недель – 6,3%, 16-20 – 12,5%, 21-25 – 62,5%. С целью профилактики гнойно-септических осложнений все женщинам до и после коррекции ИЦН назначали санацию влагалища.

Другими сопутствующими осложнениями беременности явились: анемия легкой степени – 40%, гестационный пиелонефрит – 25%, ОПГ-гестоз – 25%,

хроническая фетоплацентарная недостаточность – 30%, при этом в 7,5% были выявлены признаки плацентита, в 5% – ВЗРП I-II степени. В связи с чем дополнительно назначали соответствующее лечение: антианемическая терапия, дезагреганты, антиоксиданты, антигипоксанты, а также антибактериальная терапия по показаниям.

В результате проведенного лечения беременность доносили до срока 81,4% пациенток, преждевременные роды были в 11,4%, поздний самопроизвольный выкидыш – в 7,1%. Анализируя анамнестические данные, установлено, что у женщин с преждевременными родами в анамнезе превалирует позднее наступление менархе, раннее начало половой жизни, большое число половых партнеров, отягощенный акушерский анамнез, инфекция.

Родоразрешение путем кесарева сечения было выполнено в 19,4% случаев. Показаниями для оперативного родоразрешения явилось: миопия высокой степени, гестоз тяжелой степени, клинически узкий таз, острая внутриутробная гипоксия плода, преждевременная отслойка плаценты.

Средний вес новорожденных составил  $3096 \pm 736$  гр.: 1000-1500 гр. – 3,2%, 1501-2000 – 3,2%, 2001-2500 – 9,5%, 2501-3000 – 14,3%, 3001-3500 – 39,7%, 3501-4000 – 26,9%, 4001-4500 – 3,2%. Оценка новорожденных по шкале Апгар на 1-ой минуте 5-6 б была в 1,6% случаев, 6-7 б – в 12,7%, 7-8 б – в 14,3%, 8-9 б – в 71,4%, через 5 минут 7-8 б – в 1,6%, 8-9 б – в 98,4%.

Таким образом коррекция ИЦН способствует доношиванию беременности в 81,4% со средней массой новорожденных 3000 и более грамм.

Истмико-цервикальная недостаточность преобладает среди городских жительниц в возрастной группе 21 – 30 лет. Все пациентки с ИЦН имеют различные факторы риска, которые по значимости можно расположить в следующем порядке: инфекция, экстрагенитальная патология, отягощенный акушерский анамнез. Факторы риска среди недоношивания можно расположить в следующем порядке: инфекция, отягощенный

акушерский анамнез, позднее менархе, раннее начало половой жизни, большое количество половых партнеров.

1. Истмико-цервикальная недостаточность чаще проявляется в 16 – 25 недель беременности; своевременная коррекция ИЦН и лечение осложнений беременности способствует снижению частоты преждевременных родов.

### **CERVICAL INCOMPETENCE FOR DIFFERENT FACTORS OF RISK**

L.I. Koh, I.V. Satysheva

Siberian medical university

The aim of research work is to study the duration of pregnancy and birth of 70 pregnant women with cervical incompetence caused by different reason. All patients have been given clinical inspection, examination of vagina, ultrasound screening and also TORCH-complex and hormones investigation. Factors of risk of cervical incompetence are later menses, early beginning of sexual life, presence of several sex-partners, infection and burden of obstetrical anamnesis, diseases of internal organs and sexual organs of women. Timely correction of cervical incompetence and treatment of menace of pregnancy interruption contribute to significantly prolong pregnancy with 81,4%.

### **Литература**

1. Кулаков В.И., Серов В.Н., Адамян Л.В.. Руководство по охране репродуктивного здоровья. – М.: Триада-Х, 2001. – С.141 – 147.
2. Ледина А.В., Абуд И.Ю. Истмико-цервикальная недостаточность // Заболевания шейки матки. М. – 1997. – С. 81-86.
3. Сидельникова В.М. Привычная потеря беременности. – М.: Триада Х, 2001. – С. 105-107.
4. Сидельникова В.М. Профилактика преждевременных родов: мат. IX Всерос. науч. форума «Мать и дитя». – Москва, 2007. – С. 231-232.

5. Цхай В.Б., Волков Н.А., Морозов А.А. и др. Комплексная оценка эхографических параметров шейки матки в диагностике истмико-цервикальной недостаточности // Ультразв. диагностика в акушерстве, гинекологии и педиатрии. – 1999. – №1. – С.51–55.
6. Campioni P., Goletti S., Vincensoni M. Diagnostic imaging in cervical incompetence // Rays. – 1998. – Vol. 23, № 4. – P.637 – 648.
7. Ludmir J., Sehdev H.M..Anatomy and physiology of the uterine cervix // Clin. Obstet. Gynecol. – 2000. – Vol. 43, № 3. – P.433–439.