

ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ВЕДЕНИЯ ЖЕНЩИН ВО ВТОРОМ ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ ШЕЙКИ МАТКИ

Аннотация. Проведено изучение течения беременности, родового акта, состояния плода и новорожденного у 236 женщин при одноплодной беременности с диагнозом «истмико-цервикальная недостаточность». Даны практические рекомендации к ведению беременных женщин с целью уменьшения невынашивания и увеличения сроков гестации при недонашивании плода.

Ключевые слова: невынашивание беременности, истмико-цервикальная недостаточность.

Abstract. The authors have studied the course of pregnancy, childbirth, the fetus and newborn state in 236 women with singleton pregnancies with a diagnosis of «Cervical insufficiency». The article includes practical recommendations for management of pregnant women to reduce miscarriage and to prolong gestation in case of premature fetus.

Key words: miscarriage, isthmio-cervical insufficiency.

В настоящее время одним из резервов повышения рождаемости является снижение удельного веса невынашивания беременности и увеличения срока гестации при недонашивании плода. Этиологические факторы невынашивания и недонашивания во многом идентичны, меняется лишь значимость того или другого провоцирующего или разрешающего конфликтную ситуацию фактора [1–3]. Одним из клинических вариантов преждевременного завершения беременности является формирование несостоятельности шейки матки [4–6]. В структуре невынашивания беременности истмико-цервикальная недостаточность занимает до 30 % в третьем триместре беременности и до 40 % во втором триместре [7–10]. Недостаточность шейки матки может быть обусловлена как анатомическими изменениями цервикального канала после травматических родов, выскабливания матки, так и функциональной недостаточностью рецепторного аппарата, снижением β -рецепции матки. Кроме того, возможна врожденная диспропорция соотношения соединительной и мышечной тканей в шейке матки, возникающая при синдроме дисплазии соединительной ткани [3, 5].

Цель исследования – разработать дифференцированный подход к ведению беременных с истмико-цервикальной недостаточностью для уменьшения невынашивания и увеличения сроков недонашивания.

1. Объекты и методы исследования

Проведено ретро- и проспективное исследование течения беременности, родового акта, состояния плода и новорожденного у 236 женщин при одноплодной беременности, имевших диагноз «истмико-цервикальная недостаточность».

Критериями диагностики несостоятельности шейки матки являлись данные влагалищного исследования (размягчение и (или) укорочение церви-

кального канала, открытие наружного зева шейки матки), УЗИ (диаметр внутреннего зева более 6 мм и (или) длина шейки матки менее 25 мм). При этом у первобеременных диагноз несостоятельности шейки матки ставили, учитывая в первую очередь изменения в наружном зеве, а у повторнородящих – во внутреннем. Группой исключения была многоплодная беременность.

Все женщины были разделены на четыре группы: 1-я группа – 150 беременных, которым проведена коррекция разгружающим pessarium; 2-я группа – 36 беременных с хирургической коррекцией несостоятельности шейки матки; 3-я группа – 18 беременных с комбинированной коррекцией (серкляж шейки матки и введение акушерского pessarium), имевших показания для хирургической коррекции; 4-я группа – группа сравнения из 32 женщин, которым не проводилась хирургическая или механическая коррекция несостоятельности шейки матки (женщины соблюдали постельный режим, им проведена этиотропная антибактериальная терапия, токолиз).

Всем пациенткам было проведено общеклиническое обследование: оценка акушерско-гинекологического анамнеза, экстрагенитальной патологии с учетом данных обменной карты беременных, микроскопия мазка из влагалища в динамике, обследование на TORCH инфекцию, оценка уросекреции на вирусологию, оценка мазка по Шпигелю, посев из цервикального канала, посев мочи, ультразвуковое и кардиотокографическое исследования.

2. Результаты

Во всех группах наблюдения основную долю составили первородящие повторнобеременные пациентки: 1-я группа – 74,7 %; 2-я группа – 80,6 %; 3-я группа – 72,2 %; 4-я группа – 65,6 %. Средний возраст женщин во всех группах находился в диапазоне 22,7–24 года.

В результате исследования установлены следующие причины несостоятельности шейки матки: синдром дисплазии соединительной ткани (79,2 %), травма внутреннего зева матки после выскабливания (65,2 %), генитальный инфантилизм (23,7 %), синдром поликистозных яичников (19,5 %). В первом триместре беременности баквагиноз был отмечен у 54,2 % пациенток. Ретроспективно при оценке состояния последа установлена плацентарная недостаточность различной степени у всех обследованных. Следует отметить, что ни в одном случае истмико-цервикальная недостаточность не была выявлена как единственный фактор невынашивания беременности.

Обращает на себя внимание высокий инфекционный индекс хронической урогенитальной инфекции у обследуемого контингента женщин до наступления беременности (71,6 %). При кольпоскопии наличие цервицита выявлено у 86,0 % женщин.

У беременных с несостоятельностью шейки матки выявлялись: хронический аднексит (88,6 %), анемия (41,5 %), аборт (34,7 %), частые ОРЗ (34,7 %), перенесенные во втором и третьем триместрах, нерегулярный менструальный цикл (25,8 %), инфекции мочеполовых путей (21,6 %), астено-невротический синдром (11,0 %). Довольно часто вышеуказанная патология регистрировалась у одних и тех же пациенток.

Исследование системы гемостаза выявило значительное увеличение продуктов деградации фибринолиза у 89,8 % пациенток. Антианемическая терапия и (или) этиотропная санация привели к нормализации показателей у

83,0 % пациенток. Всем остальным был назначен тромбо асс по 50–100 мг до 36-й недели беременности, что привело к восстановлению показателей гемостазиограммы.

После проведения санации, предварительной токолитической терапии, коррекции клинико-лабораторных показателей осуществляли коррекцию истмико-цервикальной недостаточности. В последующем оценивали каждые две недели микробиоценоз влагалища. В 27–28 недель беременности проводили профилактику респираторного дистресс-синдрома, контрольное исследование флоры на бактериальный посев, оценку мазка по Шпигелю, контрольное УЗИ с доплерометрией, КТГ. После установления диагноза «несостоятельность шейки матки» женщины получали нифедипин по 10–20 мг/сут. до 36–37-й недели беременности или гинипрал 0,75 мг/сут. При выявлении преждевременного созревания плаценты в 22–24 недели, нарушения маточно-плацентарного кровообращения IА стадии в комплекс терапии вводили тромбо асс по 50–100 мг, в том числе и при неизмененных показателях гемостазиограммы.

Исследование показало, что у беременных 1-й группы отмечено угрожающее прерывание беременности в 57,3 % случаев. В первом триместре беременности баквагиноз выявлен у 38,7 % пациенток, кандидозный кольпит в первой половине беременности – у 28 % женщин. В 32–34 недели у 34,0 % пациенток отмечено дальнейшее размягчение шейки матки без ее укорочения и увеличение диаметра внутреннего зева на 3–6 мм. После удаления акушерского пессария в 36 недель беременности у всех женщин шейка матки оценена как зрелая, роды произошли в срок 37–39 недель. После удаления пессария 2-я степень чистоты влагалища была у 98 % беременных. Преждевременные роды в 34–36 недель имели 12,0 % женщин. Быстрые роды отмечены в 75,3 % случаев.

У женщин 2-й группы рецидивирующее угрожающее прерывание беременности отмечено только в 2,8 % наблюдений. В связи с рецидивирующим бактериальным вагинозом и (или) кандидозным кольпитом акушерский пессарий не был введен. Выраженное размягчение шейки матки без изменения ее параметров отмечено с 27-й недели беременности. После снятия швов в 36–37 недель шейка матки отмечена как зрелая, ближе к внутреннему зеву выявлялся фиброзный круговой тяж. У 5,6 % беременных в области проекции узла на шейке определялось ее выраженное истончение. После удалении нити 2-я степень чистоты влагалища была у всех беременных. Преждевременные роды в 32–35 недель имели 22,2 % женщин, остальные родоразрешены в срок. Быстрые роды отмечены в 100 % наблюдений.

У всех беременных женщин 3-й группы угрожающее прерывание беременности отмечено в 100 % наблюдений. В 32–33 недели у 83,3 % женщин отмечено дальнейшее размягчение шейки матки без ее укорочения и увеличения диаметра внутреннего зева. После удаления акушерского пессария и швов с шейки матки у всех женщин шейка матки оценена как зрелая. После удалении пессария и швов 2-я степень чистоты влагалища была у всех беременных. Преждевременные роды в 32–34 недели имели 22,2 % женщин, остальные родоразрешены в срок. Быстрые роды отмечены у всех женщин.

При изучении особенностей течения беременности в группе сравнения отмечено, что перманентное угрожающее прерывание отмечено у всех женщин. У всех беременных на протяжении гестации отмечался рецидивирующий кандидозный кольпит и (или) баквагиноз. В 28 недель беременности

шейка матки была оценена как зрелая (100 %). Преждевременные роды в 30–32 недели имели 12,5 % женщин, в 33–34 – 78,1 %, в 35–36 – 9,4 %. Быстрые роды отмечены в 100 % наблюдений.

3. Обсуждение результатов

При выявлении несостоятельности шейки матки не следует ограничиваться механической или хирургической коррекцией. Необходимо исключить прочие причины невынашивания беременности, уделяя особое внимание ранней диагностике плацентарной недостаточности. При выявлении отклонений от нормы показателей гемостазиограммы следует исключить как триггерный фактор анемию, активацию условно-патогенной флоры, гипергомоцистеинемию. С целью выбора метода коррекции истмико-цервикальной недостаточности следует учитывать, что при отсутствии указания в анамнезе на прерывание беременности в 16–28 недель гестации и появлении признаков начала созревания шейки матки в 20–24 недели, а также рубца на матке после операции кесарево сечение средством выбора является акушерский пессарий. При указании на наличие в анамнезе привычного невынашивания во втором триместре беременности методом выбора является серкляж. При клинической состоятельности иммунного статуса через 10–14 дней (оптимальный вариант после 20-й недели беременности) с целью профилактики прорезывания шва и излития вод необходимо введение акушерского пессария. При отказе пациента от коррекции при выраженных структурных изменениях шейки матки и рецидивирующем течении угрожающего прерывания беременности необходима госпитализация до родоразрешения, выписка этих пациентов не желательна ввиду высокого риска стремительных родов.

Мы считаем, что оценка состояния шейки матки УЗИ после проведенной коррекции не информативна. Врачу в первую очередь необходимо контролировать состояние сократительной функции миометрия, проводить мониторинг биоценоза, КТГ после 32-й недели беременности. Базовыми препаратами являются токолитики (нифедипин), дезагреганты (тромбо асс), жидкие антисептики (0,002 % хлоргексидин или 3 % перекись водорода). После проведения коррекции нет необходимости стационарного наблюдения. Однако в 26–28 недель беременности должна быть проведена профилактика респираторного дистресс-синдрома с контрольным обследованием состояния плода, микробиоценоза. Снятие швов и удаление пессария возможны в 36 недель с последующей оценкой флоры и ее восстановлением.

Заключение

Дифференциальный подход к коррекции несостоятельности шейки матки позволяет снизить недонашивание. Роды при любом типе коррекции характеризуются склонностью к быстрому течению. Женщины с истмико-цервикальной недостаточностью относятся к группе высокого риска по травме шейки матки в родах, возникновению лохиометры в раннем послеродовом периоде и позднего послеродового метрита.

Список литературы

1. **Абрамченко, В. В.** Фармакотерапия преждевременных родов / В. В. Абрамченко. – М. : МедЭкспертПресс, 2004. – 349 с.

2. **Гурбанова, С. Ш.** Клинико-патогенетическое обоснование акушерской тактики и ведения беременных с истмико-цервикальной недостаточностью и недифференцированной дисплазией соединительной ткани : автореф. дис. ... канд. мед. наук / Гурбанова С. Ш. – М., 2010. – 25 с.
3. **Джобава, Э. М.** Синдром привычной потери беременности у пациенток с истмико-цервикальной недостаточностью. Современный комплексный подход к диагностике и терапии / Э. М. Джобава, А. В. Степанян, С. В. Любанская // Проблемы репродукции. – 2011. – № 3. – С. 98–104.
4. **Зубарева, Л. С.** Прогностические критерии истмико-цервикальной недостаточности при дисплазии соединительной ткани / Л. С. Зубарева // Мать и дитя : сб. науч. тр. – Екатеринбург, 2010. – С. 126–126.
5. **Ковпий, Ю. В.** Дифференциальная тактика ведения беременных с функциональной истмико-цервикальной недостаточностью : автореф. дис. ... канд. мед. наук / Ю. В. Ковпий. – Ростов н/Д, 2006. – 19 с.
6. **Кравченко, П. Б.** Патогенетические основы истмико-цервикальной недостаточности при поздних самопроизвольных выкидышах / П. Б. Кравченко, Е. И. Новиков, Б. И. Глуховец // Мать и дитя : сб. науч. тр. – Екатеринбург, 2010. – С. 66–67.
7. **Althuisius, S. M.** Cervical incompetence prevention randomized cerclage trial: emergency cerclage with bed rest versus bed rest alone / S. M. Althuisius, G. A. Dekker, P. Hummel, van H. P. Geijn // Am. J. Obstet Gynecol. – 2003. – № 189. – P. 907–910.
8. **Berghella, V.** Cervical assessment by ultrasound for preventing preterm delivery / V. Berghella, J. K. Baxter, N. W. Hendrix // Cochrane Database Syst Rev. – 2009. – № 3. – P. 72–75.
9. **Drakeley, A. J.** Cervical stitch (cerclage) for preventing pregnancy loss in women / A. J. Drakeley, D. Roberts, Z. Alfirevic // Cochrane Database of Systematic Reviews. – 2007. – № 4. – P. 32–35.
10. **Fonseca, E. B.** Prophylactic administration of progesterone by vaginal suppository to reduce the incidence of spontaneous preterm birth in women at increased risk: A randomized placebo-controlled double-blind study / E. B. Fonseca, R. E. Bittar, M. H. B. Carvalho, M. Z. Zugaib // Am J. Obstet Gynec. – 2003. – № 188. – P. 419–424.

Яковлева Ольга Владимировна

кандидат медицинских наук, ассистент,
кафедра акушерства и гинекологии,
факультет усовершенствования врачей,
Саратовский государственный
медицинский университет
им. В. И. Разумовского

E-mail: specialict@list.ru

Yakovleva Olga Vladimirovna

Candidate of medical sciences, assistant,
sub-department of obstetrics
and gynecology, faculty of advanced
medical studies, Saratov State Medical
University named after V. I. Razumovsky

Музурова Людмила Владимировна

доктор медицинских наук, профессор,
кафедра анатомии человека, Саратовский
государственный медицинский
университет им. В. И. Разумовского

E-mail: Lmuzurova@yandex.ru

Muzurova Lyudmila Vladimirovna

Doctor of medical sciences, professor,
sub-department of human anatomy,
Saratov State Medical University
named after V. I. Razumovsky

УДК 618.3:616-092

Яковлева, О. В.

Основные принципы ведения женщин во втором триместре беременности при несостоятельности шейки матки / О. В. Яковлева, Л. В. Музурова // Известия высших учебных заведений. Поволжский регион. Медицинские науки. – 2012. – № 3 (23). – С. 119–124.