

ЭТАПНАЯ ПРОФИЛАКТИКА НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С ИСТМИКО-ЦЕРВИКАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Л. В. Ткаченко, Н. А. Линченко

Кафедра акушерства и гинекологии ФУВ ВолгГМУ

Среди важнейших проблем практического акушерства одно из первых мест занимает проблема невынашивания беременности. Частота самопроизвольных выкидышей составляет от 15 до 20 % всех желанных беременностей [1]. В связи с переходом Российской Федерации на учет новорожденных с 22 недель гестации и 500 г массы тела проблема преждевременных родов приобретает особое значение. Частота данной патологии варьирует от 5 до 11 % в структуре всех родов и обуславливает до 70 % общей перинатальной смертности в развитых странах [2]. Во втором и третьем триместре беременности причиной ее прерывания в 40 % случаев является истмико-цервикальная недостаточность (ИЦН) [3].

Для коррекции ИЦН во время беременности предложены хирургические (церкляж) и консервативные методы. Ряд авторов утверждает, что применение консервативного лечения для профилактики преждевременных родов при ИЦН более эффективно, чем традиционный хирургический метод [4]. Другие исследования показали, что при проведении эффективного церкляжа младенческая выживаемость повышается до 93 %, против 27 % – при его отсутствии, и что у пациенток с классическим анамнезом несостоятельности шейки матки хирургическая – это метод выбора при лечении данной патологии [5].

В группу риска по развитию ИЦН следует отнести пациенток, имеющих в анамнезе травмы шейки матки (повреждения шейки матки в родах), инвазивные методы лечения патологии шейки матки (конизация, ампутация шейки матки); искусственные аборты, прерывания беременности на поздних сроках, врожденные аномалии развития матки. Гиперандрогения, дисплазия соединительной ткани, повышение содержания релаксина в сыворотке крови (при многоплодной беременности, индукции овуляции гонадотропинами), повышенная нагрузка на шейку матки во время беременности (многоплодие, многоводие, крупный плод) также увеличивают риск возникновения несостоятельности шейки матки.

Однако, не смотря на все известные факторы риска, частота преждевременных родов, вызванных несостоятельностью шейки матки не снижается, и даже, наоборот, в последние годы имеется тенденция к увеличению данной патологии.

Большую роль в преждевременном прерывании беременности при ИЦН отводят инфекционным факторам. Была доказана роль интраамниотического воспаления, которое было выявлено у 81 % женщин с ИЦН и являлось непосредственным фактором риска преждевременных родов и неблагоприятного неонатального исхода, при этом инфекционный агент как таковой обнаруживался не всегда [6].

Постановка диагноза ИЦН также вызывает ряд трудностей, и, по мнению ряда авторов, возможна только во время беременности [7]. Клиническими критериями для постановки диагноза ИЦН являются: малоболезненный поздний выкидыш или быстрые преждевременные роды в анамнезе, размягчение и укорочение вагинальной порции шейки матки при осмотре в зеркалах и влагалитном исследовании. Пролабирование плодного пузыря в цервикальный канал свидетельствует о поздней диагностике ИЦН. По данным ряда авторов, длина шейки матки, равная 3 см, является критической для угрозы прерывания беременности у первобеременных и у повторнобеременных при сроке менее 20 недель и требует интенсивного наблюдения за женщиной с отнесением ее в группу риска. Следует отметить, что даже значительное пролабирование плодных оболочек может не иметь клинических проявлений, в связи с чем высокую диагностическую значимость представляет метод УЗИ. Следует учитывать способ измерения длины шейки матки, так как результаты трансабдоминального ультразвукового исследования отличаются от результатов трансвагинального и превышают их в среднем на 0,5 см [1].

Критериями ИЦН, по данным УЗИ, являются:

– укорочение шейки матки в динамике до длины менее 25–20 мм и раскрытие внутреннего зева или цервикального канала до 8 мм и более;

– у многорожавших женщин нормальная длина шейки матки в 13–14 недель составляет 3,6–3,7 см без статистически достоверной разницы у здоровых женщин и пациенток с ИЦН. На ИЦН указывает укорочение шейки матки в 17–20 недель до 2,9 см;

– длина шейки матки, равная 2 см, является абсолютным признаком ИЦН и требует соответствующей хирургической коррекции.

В критические сроки в отношении риска преждевременных родов – 16–18 недель беременности, некоторыми авторами рекомендуется определять длину шейки матки в динамике каждые две недели для своевременной терапии ИЦН в группе риска [8].

Ни у кого из акушеров-гинекологов не вызывает сомнения тот факт, что прегравидарная подготовка женщины в значительной мере определяет течение беременности и перинатальный исход. Патогенетически наиболее оправдано проводить прегравидарную подготовку и коррекцию ИЦН, учитывая форму несостоятельности шейки матки: органическую или дисфункциональную. Органическая ИЦН возникает в результате предшествующих внутриматочных манипуляций, сопровождавшихся расширением цервикального канала, а также патологических родов, приведших к глубоким разрывам шейки матки. Дисфункциональная ИЦН чаще обусловлена эндокринными нарушениями, неспецифической дисплазией соединительной ткани. Для проведения дифференциальной диагностики между дисфункциональной и органической ИЦН используют адренолино-прогестероновую пробу.

Учитывая, что большую роль в патогенезе преждевременного прерывания беременности при ИЦН отводят инфекционной патологии, рекомендуется проведение бактериологического исследования с последующей антибактериальной терапией с учетом возбудителя [9]. В настоящее время большое внимание уделяется лечению и выявлению хронического эндометрита. У пациенток с признаками хронического

воспаления органов малого таза целесообразно проведение курса противовоспалительной терапии и последующее физиотерапевтическое лечение, включающее в себя:

– противовоспалительную терапию: антибактериальную локальную терапию (внутриматочное введение катеджеля или инстиллагеля 2,0 № 5) и внутривенное введение антибактериальных препаратов (группа фторхинолонов или цефалоспоринов 3-го поколения в сочетании с метрогилом внутривенно по 100,0 мг 2 раза в день), при необходимости противовирусную терапию (неовир – 2,0 внутримышечно, циклоферон – 2,0 внутримышечно по схеме), санацию влагалища с учетом выявленной флоры;

– иммуномодулирующую терапию (свечи полиоксидоний вагинально 10 дней);

– метаболическую терапию, витаминотерапию: витамин Е 200 мг – 1 раз в день, фолиевую кислоту 800 мг – 1 раз в день (фолацин по 1 таблетке – 1 раз в день, Элевит пренаталь по 1 таблетке – 1 раз в день) за 3 месяца до предполагаемой беременности;

– курс физиотерапевтического лечения на фоне терапии, улучшающей реологию и микроциркуляцию (актовегин 5,0 № 5 – внутривенно, лазеротерапия № 10, электрофорез с медью на низ живота № 8–10, магнитотерапия № 8–10).

Проведение таких физиотерапевтических процедур способствует улучшению гемодинамических процессов в малом тазу и способствует регенерации эндометрия.

Большое значение для оценки состояния эндометрия имеют показатели рецепции к стероидным гормонам. Известно, что стероидные рецепторы эндометрия играют важную роль

в процессе возникновения и продолжения беременности. Учитывая, что система регуляции синтеза стероидных рецепторов находится под влиянием уровня эстрогенов и прогестерона в крови, а эстрогены стимулируют синтез собственных рецепторов и рецепторов к прогестерону [10], всем пациенткам с дисфункциональной ИЦН на этапе прегравидарной подготовки целесообразно проведение гормонотерапии: прогинова по 1 таблетке 2 раза в день с 3-го по 17-й день цикла, утрожестан 200 мг 2 раза в день с 16-го по 25-й день цикла вагинально. Пациенткам с органической формой ИЦН, на этапе прегравидарной подготовки, в случаях выявления недостаточности лютеиновой фазы (НЛФ), также необходимо назначить прогинова по 1 таблетке 2 раза в день с 3-го по 17-й день цикла и утрожестан 200 мг 1 раз в день с 16-го по 25-й день цикла вагинально.

Ведение беременности у пациенток с дисфункциональной ИЦН заключается в продолжении терапии прогиновой по 1 таблетке 2 раза в день до 5–6 недель беременности и применении утрожестана по 200 мг 2 раза в день вагинально до 34 недель беременности. При выявлении укорочения шейки матки во втором триместре, по данным УЗИ, лечение пациенток с дисфункциональной формой ИЦН необходимо дополнить введением акушерского pessaria.

Пациенткам с органическим вариантом несостоятельности шейки матки во время беременности проводится хирургическая коррекция ИЦН. При этом более оправдано элективное наложение П-образных швов на шейку матки в сроках от 12-й до 14-й недели беременности, особенно при наличии в анамнезе поздних самопроизвольных выкидышей или преждевременных родов.

Терапия утрожестаном при данной форме ИЦН проводится с 7–8-й недели до 34-й недели беременности по 200 мг вагинально на ночь. Разгрузочный пессарий или кольцо Гольджи можно использовать после проведения хирургической коррекции ИЦН с целью уменьшения давления на шейку матки.

Необходимо помнить, что пациенткам, использующим акушерский пессарий, необходимо каждые 2–3 недели проводить бактериоскопическое исследование влагалищных мазков. Контроль за состоянием шейки матки

осуществляется при помощи УЗИ в динамике каждые 3–4 недели.

К сожалению, ни один из способов коррекции ИЦН не обеспечивает в 100 % случаев благоприятный перинатальный исход. Однако, проводя полноценную этапную прегравидарную подготовку и адекватную коррекцию ИЦН во время беременности, мы вправе надеяться на снижение процента ранних преждевременных родов, улучшение показателей выживаемости недоношенных детей, снижение инфекционных осложнений у новорожденных.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Абрамченко В. В.* Активное ведение родов. – СПб., 2003. – С. 517–519.
2. *Глязутдинова З. Ш., Тухватуллина Л. М.* Невынашивание беременности при анатомических и функциональных нарушениях репродуктивной системы: практ. рук. для врачей. – Казань: Мед. литература, 2008. – 239 с.
3. *Журавлев А. Ю.* // Охрана материнства и детства. – 2006. – № 2 (8). – С. 110–114.
4. *Ковязин В. А.* Иммуногистохимическое исследование пролиферативных, гиперпластических и неопластических процессов в эндометрии женщин: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2005. – 18 с.
5. *Подзолкова Н. М., Скворцова М. Ю.* Невынашивание беременности: учеб.-метод. пособ. и клин. протоколы – М., 2010. – 157 с.
6. *Сидельникова В. М., Сухих Г. Т.* Невынашивание беременности: руководство для практикующих врачей. – М.: Изд-во Медицинское информационное агентство, 2010. – 536 с.
7. *Тетелютина Ф. К., Бушмелева Н. Н., Уракова Н. А. и др.* // Медицинский альманах. – 2010. – № 4. – С. 88–92.
8. *Dodd J. M., Crowther C. A.* // Int. J. Womens Health. – 2009. – Vol. 1. – P. 73–84.
9. *Lee S. E., Romero R., et al.* // Am. J. Obstet. Gynecol. – 2008. – P. 633.
10. *Lotgering F. K.* // BMC Pregnancy and Childbirth. – 2007. – Vol. 7. – № 1. – P. 17–20.