

УДК 618.51:616-073.43 (575.2) (04)

## КРИТЕРИИ ДИАГНОСТИКИ ИСТМИКО-ЦЕРВИКАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

*Г.У. Асымбекова, Т.А. Сарымсакова, Р.М. Калимов*

Рассматривается проблема несостоятельности шейки матки. Оценивается различная тактика ведения пациенток с указанным заболеванием.

*Ключевые слова:* истмико-цервикальная недостаточность; невынашивание беременности; ультразвуковая морфометрия.

В этиологии невынашивания беременности важное место занимает истмико-цервикальная недостаточность (ИЦН). Частота ИЦН при беременности составляет 0,2–2 % [1–3]. Среди женщин с привычным выкидышем ИЦН встречается в 34 % случаев [4–6]. Учитывая различные исходы родов для новорожденного в зависимости от сроков гестации, все преждевременные роды, по рекомендации ВОЗ, делят на очень ранние (22–27 недель гестации), ранние (28–33 недели гестации) и преждевременные роды (34–37 недель гестации). Это обусловлено тем, что этиология преждевременных родов, особенности тактики ведения, профилактика и исходы преждевременных родов различны на этих этапах беременности [6].

Наиболее частыми причинами прерывания беременности в сроках 22–27 недель являются: истмико-цервикальная недостаточность (ИЦН), преждевременное излитие околоплодных вод и инфицирование.

Причины ранних преждевременных родов более разнообразны, но и в этой группе ИЦН наблюдается у каждой четвертой женщины [7].

Таким образом, ИЦН – одна из частых причин прерывания беременности в сроках до 33 недель гестации. По данным В.М. Сидельниковой (2002), частота невынашивания беременности при развитии ИЦН увеличивается в 16 раз. Данная патология внесена в МКБ-Х (XVI класс: отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде, рубрика Р-01; поражения плода и новорожденного, обусловленные осложнениями беременности у матери).

Несмотря на достаточную изученность этой проблемы, до настоящего времени остаются

дискуссионными вопросы, связанные с эффективностью хирургического и медикаментозного лечения ИЦН у беременных женщин, оптимальные сроки хирургической коррекции шейки матки, а также методы контроля эффективности лечения [8, 9].

Цель исследования – на основании изучения морфометрических, ультразвуковых и клинических критериев истмико-цервикальной недостаточности разработать дифференцированную тактику ведения беременных до и после хирургической коррекции шейки матки в различные сроки гестации.

Для решения поставленных задач было проведено обследование 111 беременных женщин. Исследования проводили в двух клинических группах:

*1-я группа (контрольная)* включала 63 (56,75 %) беременных с одноплодной беременностью, без признаков функциональной истмико-цервикальной недостаточности.

*2-я группа (основная)* состояла из 48 (43,24 %) беременных с клинически диагностируемой при бимануальном исследовании в сроке 15–18 недель функциональной истмико-цервикальной недостаточностью при одноплодной беременности.

Для уточнения роли ультразвуковой цервикометрии в диагностике истмико-цервикальной недостаточности у обследуемых беременных клинических групп нами были изучены морфометрические критерии состояния шейки матки и ее истмического отдела. Оценка состояния шейки матки пациенток контрольной группы проводилась однократно в интервале с 15-й по 19-ю нед. гестации путем трансабдоминального

Показатели цервикометрии у пациенток без ИЦН и с ИЦН после хирургической коррекции шейки матки

Срок гестации, нед.	Без ИЦН, n=49		С ИЦН через одну неделю после хирургической коррекции шейки матки, n=48		Вероятность ошибки, P	
	длина шейки матки	дилатация внутреннего зева	длина шейки матки	дилатация внутреннего зева	1-3	1-3
16-17	n=13	n=13	n=12	n=12	0,002669	0,000315
	3,1 (3,1-3,4)	0 (0-0,1)	2,9 (2,9-3,0)	0,3 (0,3-0,4)		
17-18	n=12	n=12	n=12	n=12	0,002502	0,000289
	3,0 (3,0-3,3)	0 (0-0,1)	2,8 (2,8-2,9)	0,3 (0,2-0,3)		
18-19	n=14	n=14	n=12	n=12	0,002782	0,000193
	3,0 (3,0-3,3)	0 (0-0,1)	2,8 (2,8-2,9)	0,3 (0,2-0,4)		
19-20	n=10	n=10	n=12	n=12	0,002961	0,000189
	3,0 (3,0-3,4)	0	2,9 (2,7-2,9)	0,4 (0,3-0,4)		

ультразвукового сканирования (с наполненным мочевым пузырем). Пациентки основной группы обследовались в динамике – в исходном состоянии (в аналогичные сроки гестации), а также через 7 дней после наложения П-образного шва на шейку матки. Сравнительное изучение морфометрических показателей у беременных основной и контрольной групп выявило ряд закономерностей и принципиальных отличий. Так, длина шейки матки у беременных контрольной группы в сроках 15–16, 16–17, 17–18 и 18–19 недель беременности составила 30 и более миллиметров, что было достоверно выше исследуемого показателя у пациенток основной группы (в исходном состоянии, до наложения П-образного шва на шейку матки).

Достоверные отличия были обнаружены также при сравнительной оценке состояния внутреннего зева обследуемых женщин. В отличие от пациенток контрольной группы у беременных с функциональной истмико-цервикальной недостаточностью в исходном состоянии выявлялась дилатация внутреннего зева, достигающая 0,7 и более сантиметров. Полученные нами результаты свидетельствуют о достоверных различиях ультразвуковых параметров длины шейки матки и внутреннего зева у беременных с признаками функциональной ИЦН и без них.

Анализируя и обобщая полученные данные, мы сделали вывод о том, что достоверными ультразвуковыми диагностическими критериями

ИЦН являются укорочение шейки матки до 20 недель гестации при одноплодной беременности до 2,8 и менее сантиметров и раскрытие внутреннего зева до 7 и более миллиметров.

Дальнейшие наши исследования были посвящены сравнительному изучению длины шейки матки и дилатации внутреннего зева у беременных с функциональной истмико-цервикальной недостаточностью до и после хирургической коррекции шейки матки.

Данные, полученные нами, свидетельствуют о достоверном увеличении длины шейки матки и сужении внутреннего зева после наложения П-образного шва на шейку матки во все анализируемые сроки гестации. С целью оценки достигнутого эффекта хирургического лечения, нами проведено сравнительное изучение морфометрических параметров шейки матки у обследуемых основной группы после наложения П-образного шва на шейку матки с аналогичными показателями в группе контроля. Результаты измерения выявили статистически обоснованные различия в клинических группах по вышеуказанным признакам (см. таблицу).

Данные таблицы показывают, что, несмотря на эффект ремоделирования шейки матки после хирургической коррекции, а именно, увеличение ее длины и сужение внутреннего зева, достичь морфометрических показателей, свойственных пациенткам контрольной группы, у беременных с функциональной истмико-цервикальной недо-

статочностью не удалось. Так, длина шейки матки у беременных без функциональной истмико-цервикальной недостаточности достоверно превышала сравнимые значения в основной группе.

Аналогичная закономерность прослеживалась и при анализе дилатации внутреннего зева у пациенток клинических групп.

Учитывая эти данные, можно предположить, что даже после хирургической коррекции шейки матки при функциональной истмико-цервикальной недостаточности, анатомически шейка матки не приобретает характеристики функционально полноценного органа.

Итоговые показатели, полученные нами при изучении таких морфометрических параметров шейки матки как ее длина и дилатация внутреннего зева, позволили выделить ультразвуковые критерии диагностики функциональной истмико-цервикальной недостаточности, с помощью которых возможно определение показаний к хирургической коррекции шейки матки.

Подводя итог вышеизложенному, следует заключить, что оптимальным сроком наложения П-образного шва на шейку матки является гестационный возраст до 18 недель, поскольку до этого срока беременности хирургическая коррекция шейки матки не вызывает существенных изменений маточной гемодинамики. При необходимости наложения П-образного шва на шейку матки после 18 недель гестации дальнейшая спазмолитическая и токолитическая терапия должна проводиться до достижения нормальных доплерометрических показателей кровотока в маточных артериях. В этой связи изучение доплерометрических показателей кровотока в бассейне маточных и влагалищных артерий у больных с функциональной истмико-цервикальной недостаточностью в пред- и послеоперационном периодах может являться критерием эффективности лечения [10].

Завершая обсуждение результатов собственных исследований, можно заключить, что в отличие от физиологического состояния шейки матки при беременности, с ее большими компенсаторными возможностями, направленными на пролонгирование периода гестации, у пациенток с ИЦН изменение вышеуказанных параметров шейки матки свидетельствует о “напряженности” ее состояния, балансировке между компенсацией и декомпенсацией.

Дальнейшая реализация сфинктерной функции шейки матки у этих беременных зависит от рациональной, дифференцированной тактики их ведения (сроков наложения шва, объема и дли-

тельности медикаментозной терапии), обоснованной достоверными диагностическими критериями и показателями эффективности лечения. По нашему мнению, дифференцированная тактика ведения беременных с функциональной истмико-цервикальной недостаточностью заключается, во-первых, в выделении группы беременных с показаниями к проведению хирургической коррекции шейки матки; во-вторых, в определении рациональных схем ведения этих больных в послеоперационном периоде (с уточнением объема и длительности токолитической и спазмолитической терапии); в-третьих, в оценке эффективности проведенного лечения.

Внедрение дифференцированных схем ведения беременных с функциональной ИЦН, основанных на объективных диагностических критериях, приведет к снижению как необоснованных хирургических вмешательств, так и коррекции шейки матки в экстренном порядке (на фоне пролабации плодного пузыря).

#### Выводы

1. Ультразвуковая морфометрия шейки матки у беременных в сроке гестации 15–19 недель является скрининговым исследованием для выявления функциональной истмико-цервикальной недостаточности.

2. Оптимальным сроком наложения П-образного шва на шейку матки при функциональной ИЦН является гестационный возраст до 18 недель, так как в эти сроки проведение хирургической коррекции шейки матки не вызывает нарушений гемодинамики.

3. Беременные с истмико-цервикальной недостаточностью вне зависимости от генеза ее формирования должны выделяться в группу риска по акушерскому травматизму.

#### Литература

1. *Абрамченко В.В.* Беременность и роды высокого риска. М.: Медицинское информационное агентство, 2004. 400 с.
2. *Anderson, J.C.* Transvaginal sonography of cervical width and length during pregnancy / J. C. Anderson, A. Montamoros, W. F. Rayburn // *J. Ultrasound Med.* 1992. № 2. P. 465–467.
3. *Cook, C.M.* The cervix as a predictor of preterm delivery in ‘at-risk’ women / C.M. Cook, D.A. Ellwood // *Ultrasound. Obstet. Gynecol.* 2000. Vol. 15, № 2. P. 109–113.
4. *Кулаков В.И., Мурашко Л.Н.* Преждевременные роды. М.: Медицина, 2002. 176 с.
5. *Кулаков В.И., Серов В.Н., Сидельникова В.М.* Преждевременные роды: тактика ведения

- с учетом сроков гестации // Журнал акушерства и женских болезней. 2002. № 2. С. 13–17.
6. *Сидельникова В.М.* Привычная потеря беременности. М.: Триада-Х, 2002. 304 с.
  7. *Серов В.Н.* Практическое акушерство: руководство для врачей / В.Н. Серов, А.Н. Стрижаков, С.А. Маркин. М.: Медицина. 1989. 512 с.
  8. *Бернат В.Ф.* Диагностика и реабилитационная терапия женщин с истмико-цервикальной недостаточностью / В.Ф. Бернат, А.А. Агаджанова // Профилактика, диагностика и лечение женщин с невынашиванием беременности. М., 1990. Ч. 1. С. 94–98.
  9. Опыт лечения истмико-цервикальной недостаточности во время беременности / А.П. Голубев, Р.П. Люлька, Л.С. Чижова и соавт. // Акушерство и гинекология. 1982. № 3. С. 54–55.
  10. *Медведев М.В., Курьяк А., Юдина Е.В. и др.* Допплерография в акушерстве. М.: Реальное время, 1999. 157 с.