

Государственный Медицинский Университет г.Семей

# СРИ

Ведение женщин с ИЦН, коррекция

Выполнила: Мұхамбаева А.Р

606 –гр АиГ

Проверила: Касымханова Л.Т.

Среди множества причин, которые приводят к преждевременному прерыванию беременности во II–III триместрах, особенную роль играет истмико-цервикальная недостаточность (ИЦН). Проблема несостоятельности шейки матки (ШМ) при беременности известна с 19-го века как причина 15–40 % поздних самопроизвольных абортов (ПСА) и до 30 % ПР [С.П. Писарева та співавт., 2002; В.М. Сидельникова, 2005; A.G. Edlow et al., 2007]. Но, диагноз «истмико-цервикальная недостаточность» далеко не всегда подтверждается при дальнейшем обстедованні после беременности



## ***Истмико-цервикальная недостаточность***

(insufficiencia isthmicocervicalis; анат. isthmus [uteri] перешеек матки + cervix [uteri] шейка матки) – недостаточность перешейка и шейки матки, приводящая к самопроизвольному выкидышу во II или III триместре беременности. ИЦН наблюдается у 15,0–42,7 % женщин, страдающих невынашиванием беременности.

# **К истмико-цервикальной недостаточности могут привести:**

повреждения мышечной ткани в области внутреннего зева канала шейки матки (– органическая (или посттравматическая, вторичная)

– предшествующие выскабливания слизистой оболочки матки, которые сопровождаются механической дилатацией шейки матки

– глубокие разрывы шейки матки при патологических родах (наложение акушерских щипцов, плодоразрушающие операции и др.)

изменение соотношения между соединительной и мышечной тканью в шейке матки, а также нарушение нейрогуморальных воздействий на шейку матки

**Механизм самопроизвольного прерывания беременности при органической и функциональной ИЦН** состоит в том, что в связи с укорочением и размягчением шейки матки, зиянием внутреннего зева и канала шейки матки плодное яйцо лишается физиологической опоры в нижнем сегменте матки. При увеличении внутриматочного давления по мере развития беременности плодные оболочки выпячиваются в расширенный канал шейки матки, инфицируются и вскрываются, после чего происходит изгнание плодного яйца из полости матки.

## Клиническая картина и диагностика

Субъективные симптомы при ИЦН вне беременности и в I триместре беременности отсутствуют. Во II–III триместре беременности происходит самопроизвольный выкидыш.

Диагноз ИЦН во время беременности может быть установлен при осмотре шейки матки с помощью влагалищных зеркал и при влагалищном (пальцевом) исследовании. Выявляют сначала размягчение и укорочение шейки матки, позже – зияние наружного зева шейки матки и пролабирование плодного пузыря. У нерожавших женщин наружный зев может быть закрыт. В сомнительных случаях проводят ультразвуковое исследование матки.

# Лечение ИЦН вне и во время беременности

---

При выявлении ИЦН вне беременности лечение должно проводиться с учетом причин ИЦН.

Так, при грубых анатомических изменениях шейки матки, обусловленных старыми разрывами (если это единственная причина невынашивания), необходимо оперативное лечение вне беременности (пластика шейки матки).

До хирургического лечения необходимо тщательное бактериологическое исследование и профилактическое антибактериальное лечение, так как при ИЦН в большинстве случаев полость матки инфицирована в связи с отсутствием запирающей функции истмического отдела шейки матки.

Таким образом, своевременная диагностика ИЦН и рациональная этиотропная терапия с помощью медикаментозных и немедикаментозных средств, направленных на снятие симптомов угрозы прерывания, способствуют пролонгированию беременности и благоприятным перинатальным исходам. Трудно при этой патологии избежать преждевременных родов, так как они определяются не только ИЦН, но и степенью инфицирования, но можно пролонгировать беременность и получить более благоприятный исход беременности для плода.



А также некоторые практические рекомендации по ведению беременных женщин:

Нормативные значения функционального состояния ШМ по данным трансвагинального УЗИ: длина ЦК  $>$  или  $=$  35 мм; ширина ШМ  $<$  42 мм; раскрытие внутреннего зева отсутствует или  $<$  либо  $=$  1,0 мм; феномен funneling отсутствует или  $<$  либо  $=$  8 мм; глубина funneling  $<$  15 %; ЦИ  $<$  либо  $=$  2,0; толщина нижнего маточного сегмента до 20 недель – не менее 9,0 мм, а в 29–36 недель – 7,0 мм.

Типы шейки матки при беременности:

I тип – физиологический;

II тип – истмическая недостаточность;

III тип – функциональная ИЦН (относительная недостаточность внутреннего зева)

IV тип – органическая ИЦН (абсолютная недостаточность ВЗ)

- при составлении индивидуального плана наблюдения за беременными, необходимо учитывать анамнестические и клинические факторы риска по формированию ИЦН, а также тип шейки матки(ШМ).
- У пациенток с группы низкого и среднего риска по невынашиванию УЗ-оценка с определением типа шейки матки показана в сроке УЗ-скрининга в 16-21 и 31-34 недели. При осложненном течении беременности необходимы дополнительные исследования до и после лечения, особенно в критические периоды - 22-26 и 28-32 недели.
- У женщин высокого риска при осложненном течении беременности, а также при наличии данных, которые указывают на ИЦН в анамнезе, необходима дополнительная оценка состояния ШМ в критические периоды риска: 16-18, 22-24, 26-28 и 32 недели.

\* Выявление IV типа функционального состояния ШМ или динамических наблюдений в виде перехода II–III–IV у женщин с высоким риском по формированию ИЦН при данной беременности является абсолютным показанием для наложения шва на ШМ.

\* Периодичность обследования беременных группы риска по невынашиванию производится по формуле:  
(4 – тип ШМ = периодичность наблюдений в неделях)

\* После хирургической коррекции ИЦН динамическое наблюдение показано с периодичностью в 2 (1–3) недели, в зависимости от клинической ситуации и типа ШМ. Критическими периодами являются: 20–22, 24–26 и, особенно, 28–32 недели беременности.