

На правах рукописи

САТЫШЕВА
Ирина Владимировна

**КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И
ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ИСТМИКО-
ЦЕРВИКАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ**

14.00.01 – акушерство и гинекология

Автореферат
диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Томск – 2009

Работа выполнена в Государственном образовательном учреждении высшего профессионального образования «Сибирский государственный медицинский университет Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию»

Научный руководитель:

доктор медицинских наук, профессор Кох Лилия Ивановна

Официальные оппоненты:

доктор медицинских наук, профессор Коломиец Лариса Александровна

кандидат медицинских наук Мороз Наталья Николаевна

Ведущая организация:

Государственное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Омская государственная медицинская академия Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию»

Защита состоится " ____ " _____ 2009 г. в ____ часов на заседании диссертационного совета Д 208.096.03 при ГОУ ВПО СибГМУ Росздрава (634050, г. Томск, Московский тракт, 2)

С диссертацией можно ознакомиться в научно-медицинской библиотеке ГОУ ВПО СибГМУ Росздрава

Автореферат разослан " ____ " _____ 2009 г.

Ученый секретарь диссертационного совета

Герасимов А.В.

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы. Проблема невынашивания беременности является одной из актуальных в современном акушерстве, так как не только влечет за собой нарушение репродуктивной функции женщины, но и оказывает отрицательное влияние на рождаемость, обуславливая значительное повышение уровня перинатальной смертности и заболеваемости новорожденных в раннем неонатальном периоде [Кулаков В.И., Серов В.Н., Адамян Л.В., 2001; Сидельникова В.М., 2003]. Несмотря на многофакторность этиологии невынашивания, одной из ведущих причин, вызывающих прерывание беременности во втором триместре, является истмико-цервикальная недостаточность (ИЦН) [Сидельникова В.М., 2003]. Частота данной патологии колеблется от 0,2 до 65 % [Кошелева Н.Г., Аржанова О.Н., 2002; Сидельникова В.М., 2003]. Сроки прерывания беременности с ИЦН, по данным литературы, варьируют от 10 до 28 недель, чаще всего в 16-20 недель [Кулаков В.И., Мурашко Л.Е., 2000; Сидельникова В.М., 2003].

По современным представлениям, в основе неполноценности внутреннего зева могут лежать 3 фактора: органический, функциональный и врожденный [Абрамченко В.В., 1998; Campioni P., 1998; Кулаков В.И., Серов В.Н., Адамян Л.В., 2001; Цхай В.Б., 2003; Lotgering F.K., 2007].

Органическая ИЦН возникает при травматических повреждениях [Кулаков В.И., Серов В.Н., Адамян Л.В., 2001; Romero R., 2007]. Функциональная недостаточность связана преимущественно с инфантилизмом, гипоплазией матки, гиперандрогенией [Комарцева Л.Н., Марчак А.А., Максимова Т.А., 2004].

Принимая во внимание, что в шейке в отличие от тела и дна матки преобладает соединительная ткань (коллагеновые волокна имеют значение в механизме размягчения, укорочения, сглаживания и раскрытия шейки матки в родах), в последнее время нарушение её состоятельности (особенно у первобеременных) рассматривается с точки зрения недифференцированной дисплазии соединительной ткани (НДСТ) [Ludmir J., 2000; Кулаков В.И., Серов В.Н., Адамян Л.В., 2001]. Под термином «дисплазия соединительной ткани» подразумевается аномалия тканевой структуры, проявляющаяся в снижении содержания отдельных видов коллагена или нарушении их соотношения. Клинически это состояние проявляется изменением механических свойств, «слабостью» соединительной ткани большинства органов и систем [Мартынов А.И., 1996]. Однако эти работы единичны и касаются соматической патологии. Данных о роли ДСТ в развитии ИЦН нет.

Диагноз истмико-цервикальной недостаточности чрезвычайно труден, так как до настоящего времени нет диагностических тестов, которые могли бы достоверно определить наличие ИЦН как во время, так и вне беременности. Авторами учитывались анамнестические данные, результаты общеклинического обследования, функциональной диагностики, гормональных отклонений, инфекционных факторов, проводились радиоизотопное,

радиологическое, ультразвуковое, доплерометрическое исследования. Все эти исследования были направлены на раннюю диагностику и в последующем своевременное лечение ИЦН. Однако ни один из них не несет полной диагностической информации. Обычно диагноз ставится ретроспективно, основываясь на предшествующих потерях беременности во втором и третьем триместрах [Simcox R., Shennan A., 2006, 2007].

Во время беременности контроль за состоянием шейки матки и диагностику ИЦН в основном осуществляют путем бимануального исследования. С широким внедрением эхографии расширились диагностические возможности динамического наблюдения за состоянием шейки матки. Однако и здесь много противоречий. В первую очередь они касаются длины шейки матки [Липман А.Д., Черемных А.Ю., 1996; Mohamed El-Said Ghanem et al., 1999; Bergelin I., 2001, 2002].

В настоящее время как за рубежом, так и в нашей стране предложены многочисленные методы оперативного и неоперативного лечения ИЦН как во время беременности, так и вне её. Все они имеют общую цель – предотвратить раскрытие шейки матки как фактора преждевременных родов. На протяжении нескольких десятков лет используются многочисленные методы и модификации хирургического лечения ИЦН. Это объясняется тем, что ни один из существующих методов лечения не обладает 100% эффективностью [Серов О.Ф., 1999; McDonald R., 2000].

Все перечисленное указывает на нерешенность данной проблемы, что требует более углубленного изучения как факторов риска, так и диагностики и лечения ИЦН.

Цель исследования: изучить факторы риска возникновения истмико-цервикальной недостаточности и оценить эффективность различных методов лечения данной патологии.

Задачи исследования:

1. Выявить факторы риска развития истмико-цервикальной недостаточности и определить роль дисплазии соединительной ткани в возникновении истмико-цервикальной недостаточности.
2. Определить комплекс методов диагностики истмико-цервикальной недостаточности.
3. Изучить сроки развития истмико-цервикальной недостаточности во время беременности на основе характерных структурных особенностей шейки матки.
4. Изучить в сравнительном аспекте особенности течения беременности и родов при различных методах лечения истмико-цервикальной недостаточности.

Научная новизна.

Впервые на основании тщательного сбора анамнеза к традиционным факторам риска отнесена патология соединительной ткани.

К методам диагностики истмико-цервикальной недостаточности, помимо общеизвестных, впервые отнесены доплерометрия сосудов шейки матки и

определение дисплазии соединительной ткани. Допплерометрия сосудов шейки матки характеризуется повышением индекса резистентности, пульсационного индекса и систоло-диастолического отношения у повторнобеременных женщин. Роль дисплазии соединительной ткани доказана путем определения роста-весового коэффициента Варги, стигм дисэмбриогенеза, заболеваний, имеющих отношение к дисплазии соединительной ткани, анамнестических особенностей течения предыдущих гестационных процессов, а также изменения концентрации оксипролина в суточной моче.

Впервые в сравнительном аспекте изучено течение беременности, родов при консервативной и хирургической коррекции истмико-цервикальной недостаточности. Доказано, что после хирургической коррекции течение беременности чаще сопровождается угрозой прерывания, а после консервативной развитием кольпита. Донашивание беременности до срока родов при обоих методах коррекции истмико-цервикальной недостаточности составляет 93,3%.

Практическая значимость работы. В формировании ИЦН большое значение имеет выявление факторов риска, которые можно представить в виде 4 групп: травматические, гормональные, инфекционные, сочетанные. Улучшение диагностики ИЦН обусловлено не только традиционным сбором анамнеза, результатами влагалищного, ультразвукового исследований, но и доплерометрией сосудов шейки матки, гормонального обследования и обследования на инфекции, а также включение в комплекс диагностики методов исследования патологии соединительной ткани. Исход беременности и родов благоприятный при своевременной коррекции ИЦН и не зависит от способа последней.

Внедрение результатов исследования в практику. Результаты исследования и разработанные на их основании практические рекомендации внедрены в учебный процесс кафедры акушерства и гинекологии ФПК и ППС ГОУ ВПО СибГМУ Росздрава, в практическую работу врачей акушеров – гинекологов роддомов г. Томска, доложены на заседании общества акушеров - гинекологов, на всероссийской научно – практической конференции «Здоровье девочки, девушки, женщины» (Томск, 2008).

Объем и структура диссертации. Диссертация изложена на 145 страницах машинописного текста и состоит из введения, обзора литературы (глава 1), материала и методов исследования (глава 2), результатов собственного исследования (глава 3), обсуждения полученных результатов (глава 4), выводов, практических рекомендаций. Работа содержит 8 рисунков, 22 таблицы. Библиографический указатель включает в себя 222 литературных источника, из них 96 отечественных и 126 зарубежных.

Положения, выносимые на защиту:

1. Развитию истмико-цервикальной недостаточности способствуют факторы риска, представленные в виде 4 групп: травматические, инфекционные, гормональные, сочетанные (детские инфекции,

экстрагенитальная патология, оперативные вмешательства и проявления, характерные для дисплазии соединительной ткани).

2. В комплекс методов диагностики истмико-цервикальной недостаточности, помимо выявления факторов риска, входят данные влагалищного, ультразвукового, доплерометрического исследований, обследование на гиперандрогению, урогенитальные инфекции, а также выявление дисплазии соединительной ткани, что доказано путем определения её клинических маркеров.

3. Исход беременности и родов благоприятный при своевременной коррекции истмико-цервикальной недостаточности и не зависит от способа последней.

Публикации в научной печати. По теме диссертации опубликовано 9 работ, в том числе 2 – в журналах, рекомендуемых перечнем ВАК РФ.

Апробация диссертации. Основные положения работы доложены и обсуждены на заседании проблемной комиссии ГОУ ВПО СибГМУ Росздрава (Томск, 2009); всероссийской научно – практической конференции «Здоровье девочки, девушки, женщины» (Томск, 2008), заседании общества акушеров – гинекологов г. Томска.

СОБСТВЕННОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Материал и методы исследования

Работа выполнялась с 2005 по 2009 гг. на базе кафедры акушерства и гинекологии ФПК и ППС ГОУ ВПО СибГМУ Росздрава, в МЛПМУ Родильный дом «№2» г. Томска, НИИ Медицинской генетики ТНЦ СО РАМН Генетическая клиника, клиничко-диагностическая лаборатория.

Нами изучено 296 случаев истмико-цервикальной недостаточности, из них 196 по историям родов, а 100 - собственное исследование.

Для сравнения отдельных показателей (факторов риска, результатов доплерометрии, маркеров ДСТ) была набрана группа контроля из 20 беременных женщин с физиологическим течением беременности.

Клиническое исследование начиналось с подробного изучения анамнеза жизни, соматической патологии, детородной функции, гинекологических заболеваний.

Учитывая актуальность проблемы НДСТ с её многообразием внешних и висцеральных проявлений, производилась оценка проявлений ДСТ по отдельным параметрам.

1. Всем обследованным проводилось клиническое интервью, из которого выяснялось общее самочувствие, наследственность, аллергоанамнез, перенесенные заболевания.

2. Физикальное обследование включало: измерение роста (см) и массы тела; расчёт росто-весового индекса Варги: $ИВ = (\text{масса тела в граммах} / \text{рост см}^2) - (\text{возраст} / 100)$ [Лисиченко О.В., 1986; Кадурин Т.В., 2000]. Величина ИВ, равная 1,5 – 1,7, расценивалась как умеренное снижение массы тела. Величина ИВ менее 1,5 расценивалась как выраженное снижение массы тела. Масса тела определялась с помощью медицинских весов с точностью до 0,05 кг. Длина тела измерялась ростомером с точностью до 0,01 м.

3. При внешнем осмотре выявлялись следующие маркеры ДСТ: нарушение физического развития, скелетные аномалии, признаки поражения кожи и ее придатков (зубов, ногтей), глаз, ушей, мышечной, сердечно-сосудистой, дыхательной, нервной, мочевыделительной, кроветворной, репродуктивной систем, желудочно-кишечного тракта. Осмотр проводился при участии терапевта, окулиста, стоматолога, отоларинголога.

Всем пациенткам при постановке на диспансерный учет по беременности, во втором триместре при наличии отягощенного акушерского анамнеза и при появлении признаков угрозы прерывания беременности проводилось гинекологическое исследование с целью оценить состояние шейки матки. Для этого использовали балльную оценку степени ИЦН по шкале Штембера: длина влажной части шейки, состояние цервикального канала, расположение, консистенция шейки матки, расположение предлежащей части плода [Айламазян Э.К., Кулаков В.И., Радзинский В.Е., Савельева Г.М., 2007].

Общее обследование беременных проводилось согласно приказу № 50 МЗ РФ от 10.02.2003г «О совершенствовании акушерско-гинекологической помощи в амбулаторно-поликлинических условиях».

Количественный анализ гормонов (тестостерон n=125, ДГА – С n=116) проводился методом иммуноферментного анализа в сыворотке крови с использованием стандартных калибровочных проб.

Исследование на урогенитальные инфекции (n=148) осуществлялось методом иммуноферментного анализа в сыворотке крови с выявлением видоспецифичных иммуноглобулинов класса М и G.

Иммуноферментный анализ в обоих случаях выполнялся на иммунологической системе «Мультискан».

Для оценки состояния соединительной ткани, её коллагеновых структур проводили определение оксипролина в суточной моче по методу Н. Stegemann в модификации (n=38).

Так как количество оксипролина в моче зависит от поступления коллагена с пищей, анализ на содержание в моче оксипролина проводили после соблюдения пациенткой в течение трех предшествующих суток ограничивающей диеты. Из питания исключали крепкие бульоны, заливные блюда, некоторые продукты (например, свеклу) и лекарственные препараты (аспирин, витамин С и др.), вызывающие изменение цвета мочи. Это позволило исключить влияние коллагена пищи на результат и более точно отразить распад коллагена.

Диагноз ИЦН верифицировали по данным влагалищного и ультразвукового исследований.

УЗИ плода и шейки матки выполнялось на аппарате PHILIPS HD3 (USA) оснащенном доплеровским блоком пульсирующей волны и функцией цветного доплеровского картирования (n=80). Использовался конвексный датчик с частотой 3,5 – 5,0 Мг. Исследования проводились в скрининговые сроки (10 – 14, 20 – 24, 32 – 34 недели) и при появлении признаков угрозы прерывания беременности. Изучалось положение плода, его размеры, наличие пороков развития, частота сердечных сокращений; локализация плаценты, степень её зрелости и толщина; количество околоплодных вод, тонус матки; длина шейки матки, её ширина на уровне внутреннего зева, степень раскрытия внутреннего зева и цервикального канала, наличие пролабирования плодного пузыря и его форма, расположение шейки матки. Одновременно с УЗИ с целью оценки кровотока в маточных артериях выполнялось цветное доплеровское картирование артерий пуповины плода, обеих маточных артерий и мелких ветвей маточных артерий (n=48). Измерялось систоло–диастолическое соотношение (СДО), пульсационный индекс (ПИ), индекс резистентности (ИР) для маточных артерий и мелких артерий шейки матки по общепринятым методикам. Визуализация маточной артерии достигалась трансабдоминальным доступом по детекции на экране монитора сосудистой кривой искомого сосуда. Трансабдоминальным датчиком проводили поиск и визуализацию шейки матки и в режиме цветного доплеровского картирования по характеру гомологичной сосудистой кривой маточной артерии проводили поиск и визуализацию мелкой артерии шейки матки.

Всем пациенткам (296 человек) проводилась профилактическая сохраняющая терапия в угрожающие сроки (12, 18 – 22, 28 недели) при наличии отягощенного акушерского анамнеза и непосредственно при появлении признаков угрозы прерывания беременности в стационарных и амбулаторных условиях. С этой целью назначали седативные препараты (валериана, пустырник), спазмолитические (но-шпа, папаверин, платифиллин), гемостатические (этамзилат натрия) средства, β – миметики (гинипрал, партусистен), магниезальную (сернокислая магнезия, магне – В6), витаминотерапию, физиолечение (электрофорез на низ живота с сернокислой магнезией). [Сидельникова В.М., 2003; Цхай В.Б., 2003; Тап Т.С., 2006; Макаров О.В., 2007].

Коррекция ИЦН была проведена у 269 женщин: разгружающим pessarium у 236 (87,7%), наложением двух П – образных швов вблизи области внутреннего зева у 33 (12,3%).

Всем беременным перед наложением шва на шейку матки проводилась санация влагалища. Для предупреждения повышения тонуса матки до и во время операции назначалась седативная, спазмолитическая и токолитическая терапия. В послеоперационном периоде - постельный режим в течение 2 – 3 часов, щадящий 2 – 3 суток. С целью профилактики инфекционных

осложнений проводилась обработка влагалища спиртовым раствором хлоргексидина, фурациллином ежедневно в течение 3 – 5 дней.

Противопоказаниями для наложения швов явились: наличие заболеваний и патологических состояний, являющихся противопоказанием к сохранению беременности (тяжелые формы заболеваний сердечно – сосудистой системы, печени, почек, инфекционные, психические и генетические заболевания); воспаление гениталий: III – IV степень чистоты влагалища и наличие патогенной флоры в отделяемом канала шейки матки; повышение тонуса матки; беременность, осложненная кровотечением; значительные рубцовые деформации шейки матки.

В дальнейшем для предупреждения инфекционных осложнений проводилось исследование влагалищных мазков с частотой 1 раз в месяц. При появлении признаков воспаления назначалась санация влагалища водорастворимыми (хлоргексидин, мирамистин) и поликомпонентными антисептиками (беталин, гексикон, тержинан). Длительность лечения составляла до 14 суток. [Года И.Б., Мельник Д.М., Максимова Т.А., Атласов В.О., 2004; Комарцева Л.Н., Марчак А.А., Максимова Т.А., 2004; Занько С. Н., Журавлев А.Ю., 2004].

При благоприятном течении беременности разгружающий пессарий, швы удаляли в 36 – 38 недель беременности.

Полученные данные подверглись статистической обработке на основе пакета статистических программ “SPSS 12.0”; SPSS inc., 1989-2003.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

За период с 2005 по 2008 гг. в физиологическом отделении родильного дома №2 г. Томска было 2176 срочных родов, из них у женщин с ИЦН 296, что составило 13,6%.

Изучение анамнеза у обследуемых пациенток показало, что они были рождены от матерей, имевших осложненное течение беременности в 14,9%. ИЦН встречалась у городских жительниц в 90,2% случаев, домохозяек в 35,4%, служащих в 33,1%. У наших пациенток отмечен высокий инфекционный индекс (71,3%), высокая частота экстрагенитальной патологии (77,7%), что способствует снижению защитных сил организма. Позднее становление менструальной функции (в 15 лет и позднее) наблюдалось у 15,6% обследуемых; менструации были обильными у 14,3%, болезненными у 28,2%. Половая жизнь без контрацепции (61%) вне брака была начата в 92% случаев; в возрасте 15 – 18 лет в 75,3%; наличие 2 и более половых партнеров было в 84,6%. Отсюда вытекает высокая частота гинекологической патологии – 29,7%, из которой наиболее значимым для развития ИЦН является эрозия шейки матки (35,8%) и её лечение методом ДЭК (24,5%), хламидийная инфекция (52,4%). В литературе имеются лишь единичные указания на роль генитальной патологии

в развитии ИЦН. Но воспалительные заболевания матки, эрозия шейки матки, цервициты тоже способствуют повреждению органа, вследствие изменения тканевого обмена, развития дистрофических процессов в месте воспаления, повреждения рецепторного аппарата [Нигматулина Н.А., 2007]. Лечение патологии шейки матки хирургическими методами способствует увеличению риска преждевременных родов [Acharya G., Kjeldberg I., Hansen S.M. et al., 2005; Albrechtsen S., Rasmussen S., Thoresen S. et al., 2008]

Высока частота аборт (43,8%), выкидышей (17,9%), замерших беременностей (8,1%), что сопровождалось выскабливания полости матки в 74,3% случаев. Последнее является серьезным фактором, травмирующим цервикальный канал (у 220 пациенток).

Течение предыдущих беременностей у обследуемых женщин осложнялось родовым излитием вод в 8,2% случаях, быстрыми и стремительными родами – в 14%, слабостью родовой деятельности – в 8,4%, разрывами мягких тканей, эпизиотомией – в 12,1%, преждевременной отслойкой плаценты, гипотоническими кровотечениями – в 5,3%, что, по современным данным, является проявлением «слабости» соединительной ткани [Смольнова Т.Ю., 2003, 2005].

Данные анамнеза позволяют предположить у обследованных нами женщин следующие предрасполагающие причины для развития ИЦН: 1) травматические, 2) инфекционные, 3) гормональные, 4) сочетанные. Эти причины способствуют непосредственному и опосредованному повреждению тканей шейки матки, гормональной дезадаптации, снижению защитных сил организма. В табл. 1 сведены факторы риска ИЦН с учетом предполагаемых причин. Для оценки влияния факторов риска на развитие ИЦН был проведен корреляционный анализ с группой контроля (n=20).

Таблица 1

Факторы риска развития истмико-цервикальной недостаточности по данным анамнеза

Фактор риска	Основная группа (n, %)	Контрольная группа (n, %)	p
Травматический			
Выскабливание полости матки после аборта, выкидыша, замершей беременности, дисфункционального маточного кровотечения и др.	220 (74,3)	0	0,12
Роды в анамнезе (роды крупным плодом, быстрые, стремительные роды, разрывы шейки матки, ревизия полости матки и др.)	67 (55,8)*	13 (65)	<0,001
Лечение эрозии шейки матки	26 (24,5)*	4 (20)	0,004

методом ДЭК			
Инфекционный			
Воспалительные заболевания органов малого таза	88 (29,7)	7 (35)	0,68
ИППП	54 (18,2)*	1 (5)	0,034
Раннее начало половой жизни (с 15 до 18 лет)	219 (75,3)	16 (80)	0,38
Количество половых партнеров 2 и более	82 (84,6)	17 (85)	0,5
Отсутствие предохранения от беременности	130 (61)	8 (40)	0,81
Гормональный			
Позднее менархе (в 15 лет и позднее)	46 (15,6)	2 (10)	0,38
Полименорея	36 (14,3)*	0	0,038
Альгоменорея	70 (28,2)	3 (15)	0,27
Опухолевидные образования яичника	28 (9,5)	4 (20)	0,5
Сочетанный			
Детские инфекции	211 (71,3)*	9 (45)	0,01
Экстрагенитальная патология	230 (77,7)	14 (70)	0,29
Оперативные вмешательства	84 (28,4)	3 (15)	0,14
Проявления, характерные для ДСТ (дороговое излитие вод, аномалии родовой деятельности, гипотонические кровотечения и др.)	52 (48,6)*	0	<0,001

Примечание: p – достигнутый уровень значимости различий между основной и контрольной группами;

* - статистически значимые различия между основной и контрольной группами.

Итак, у всех обследованных имелась различная комбинация факторов риска для возникновения ИЦН. В среднем на одну пациентку приходилось 5,8 неблагоприятных факторов риска ИЦН.

Из табл. 1 видно, что достоверное значение ($p < 0,05$) в развитии ИЦН имеют следующие факторы: наличие в анамнезе осложненных родов, лечение эрозии шейки матки методом ДЭК, ИППП, детские инфекции, полименорея и проявления, характерные для ДСТ.

Для оценки влияния факторов риска на развитие ИЦН была построена логистическая регрессионная модель. На первом этапе использовался корреляционный анализ. Он позволил нам определить наиболее значимые

факторы в процессе прогнозирования развития ИЦН. К ним относятся те, для которых были получены результаты $p < 0,05$ (табл. 2).

Таблица 2

Корреляционный анализ факторов, способствующих развитию ИЦН

Фактор риска	Коэффициент корреляции Спирмана	p
Полименорея	0,223	0,014
Изменение менструального цикла перед предстоящей беременностью	0,188	0,04
ИППП	0,194	0,034
Наличие выкидышей в анамнезе	0,24	0,008
Осложнения предыдущих беременностей (аномалии родовой деятельности, разрывы шейки матки, ревизия полости матки, кровотечения, воспалительные процессы и др.)	0,191	0,041

Примечание: p – статистическая значимость фактора

В таблице 2 указаны факторы, имеющие наибольшую прогностическую ценность для развития ИЦН.

На втором этапе статистического исследования отобранные факторы были включены в построение логистической регрессионной модели, которая выявляет независимое влияние того или иного фактора на время наступления исхода, т.е. на развитие ИЦН. Эта модель отобрала единственный признак, оказывающий независимое влияние на развитие ИЦН – наличие выкидыша (≥ 1) в анамнезе. При наличии одного выкидыша в анамнезе риск развития ИЦН увеличивается в 1,7 раз ($p < 0,05$): отношение шансов ИЦН = 13,304 [95% ДИ; 1,669 – 106,03], где ДИ – доверительный интервал, в котором находится риск развития ИЦН с вероятностью 95%. Другие факторы, включенные в модель, такого влияния не оказывают. Их влияние осуществляется опосредованно, через другие факторы.

Таким образом, это исследование показало первостепенное значение выкидышей в развитии ИЦН.

Диагностика ИЦН. Диагноз ИЦН был поставлен на основании жалоб, анамнеза, влагалищного и ультразвукового исследований.

Различные жалобы предъявляли 76 из 100 пациенток: тянущие боли внизу живота и в пояснице - 65%, повышение тонуса матки – 25%, кровянистые выделения из половых путей – 9%, подтекание околоплодных вод – 2%. Не было жалоб у 24% обследованных.

Данные влагалищного исследования. Диагноз ИЦН впервые был поставлен при сроке 13 – 15 недель у 7 (7%) пациенток, при этом длина шейки матки уже была довольно короткой. Чаще всего ИЦН встречалась при сроке

беременности 16 – 20 недель – в 52 (52%) случаях, при этом длина шейки матки у 22 (71%) беременных находилась в пределах 16-20 мм. При сроке беременности 21 – 30 недель ИЦН наблюдалась у 41 (41%) пациентки, а длина шейки матки у большинства (16 - 72,7%) обследуемых находилась в пределах 5- 10 мм и только у 7 (36%) в пределах 16 - 20 и 21 – 25 мм.

Следовательно, с увеличением срока беременности длина шейки матки заметно укорачивается.

Консистенция шейки матки была размягченной у большинства обследуемых - 70%, мягкой у 26%, и только у 4% она оставалась плотной в ранние сроки беременности. Такая же закономерность отмечена и в положении шейки матки: в 84% случаев она располагалась по оси таза. При этом наружный зев был или закрыт (15%), или проходим для одного поперечного пальца (84%), и только у одной пациентки (1%) он пропускал два поперечных пальца. Внутренний зев был закрыт в 75% случаев, проходим для одного поперечного пальца в 25%. Максимальные структурные изменения шейки матки нами отмечены в сроке 16 – 20 недель гестации.

Таким образом, наши результаты не противоречат данным литературы, указывают на наличие ИЦН, развившейся в большинстве случаев до 20 недель беременности и требующей проведения её коррекции [Любимова А.И., 1965; Юденич Г.В., 1970; Ходарева Т.В., 1990; Бернат В.Ф., Агаджанова А.А., 1990; Абрамченко В.В., 1999; Сидельникова В.М., 2003].

Данные УЗИ. У 80 (80%) женщин проспективного исследования с целью подтверждения ИЦН было проведено УЗИ беременности трансабдоминальным доступом. Исследование проводилось с 12 по 30 (в среднем $21,1 \pm 4,6$) недель гестации. Длина шейки матки по данным УЗИ колебалась от 21 до 45 мм (в среднем $33,8 \pm 8,0$ мм).

С 14 до 20 недель беременности длина шейки матки 21 – 30 мм наблюдалась у первобеременных в 46,7% случаев, у повторобеременных в 28,6%, 31 – 35 мм в 40% и 42,8%, 36 – 45 мм в 13,3% и 28,6% соответственно.

В 21 – 25 недель длина шейки матки 21 – 35 мм была в 33,3% у первобеременных и в 34,8%, 36 – 45 мм в 66,7% и 65,2% соответственно.

В 26 – 30 недель длина шейки матки 21 – 35 мм была у 100% первобеременных и у 9,1% повторобеременных, 36 – 45 мм у 0% и 90,9% соответственно.

Т.е. мы видим, что с увеличением срока беременности как у первобеременных, так и у повторобеременных женщин по данным УЗИ отмечается тенденция к увеличению длины шейки матки. Однако у первобеременных пациенток более часто наблюдается короткая шейка матки – 21–36 мм - в 40% случаев против 28% у повторобеременных. В доступной литературе имеются разногласия относительно длины шейки матки по данным УЗИ. Имеются данные о прогрессивном нарастании длины шейки матки во втором триместре (до 20 – 25 недель) беременности [Anderson H.F., 1990; Klejewski A., 1994; Eppel W., 1994; Липман А.Д., Черемных А.Ю., 1996; Mohamed El-Said Ghanem, 1999]. Другие авторы указывают на прогрессивное

уменьшение длины шейки матки с увеличением срока беременности [Bergelin I., 2001, 2002]. По данным нашего УЗИ, длина шейки матки больше, чем при влагалищном исследовании. На наш взгляд, это можно объяснить недооценкой надвлагалищной порции шейки матки при проведении бимануального исследования. С другой стороны, в нашем исследовании использовался трансабдоминальный доступ УЗИ, а из литературных источников известно, что наполненный мочевой пузырь способствует удлинению шейки матки на 0,5 см [Andersen H.F., 1990; Липман А.Д., Черемных А.Ю., 1996].

В последние годы наряду с ультразвуковой морфометрией шейки матки проводится доплерометрическое исследование кровотока в мелких артериях шейки матки и в маточных артериях с целью выявления женщин группы повышенного риска развития ИЦН [Старостина Т.А., Липман А.Д., Черемных А.Ю., 1998; Ковпий Ю.В., Сагамонова К.Ю., Шевко И.Г., Заманская Т.А., 2004].

Мы провели исследование кровотока в маточных артериях и мелких сосудах шейки матки у женщин с верифицированным диагнозом ИЦН. Для достоверности данного исследования была набрана группа контроля, которую составили женщины без ИЦН ($n=20$). Срок проведения доплерометрического исследования колебался в среднем $25,04 \pm 4,72$ недель беременности в основной группе и $22,95 \pm 3,05$ в контрольной группе. Обнаружено достоверное повышение ИР – $0,63 \pm 0,07$, ПИ – $1,15 \pm 0,24$ и СДО – $2,80 \pm 0,53$ ($p < 0,05$) в мелких артериях шейки матки во второй половине беременности у повторнобеременных основной группы в сравнении с контрольной группой: ИР – $0,55 \pm 0,05$, ПИ – $0,88 \pm 0,15$, СДО – $2,20 \pm 0,57$. Учитывая, что во второй половине беременности (после 20 недель) числовые значения индексов сосудистого сопротивления стабильны [Медведев М.В., 1991; Демидов В.С., 1993], полученные нами изменения можно использовать для диагностики ИЦН у повторнобеременных женщин после 20 недель гестации.

Дополнительные методы исследования. По данным литературы, доказано влияние гиперандрогении на развитие ИЦН. Считается, что ИЦН встречается у каждой третьей женщины с гиперандрогенией [Кулаков В.И., Серов В.Н., Адамян Л.В., 2001; Сидельникова В.М., 2003; Цхай В. Б., 2003; Комарцева Л.Н., Марчак А.А., Максимова Т.А., 2004]. В сложном патогенезе преждевременного прерывания беременности при ИЦН значительная роль принадлежит и инфекционной патологии [Бернат В.Ф., Агаджанова А.А., 1990; Ледина А.В., Абуд И.Ю., 1997].

По нашим данным, повышенный уровень тестостерона имел место у 32% обследованных, ДГА-С – у 69%, т.е. каждая третья женщина имела признаки гиперандрогении, что согласуется с данными литературы. Наиболее часто увеличение их концентрации наблюдалось в сроке 16 – 20 недель: тестостерон у 42,5% пациенток ($p < 0,01$), ДГА-С у 70,8%. Обращает на себя внимание частота повышения ДГА-С (62,5%) и тестостерона (27,5%) в сроке 13 – 15 недель, не исключено, что у женщин этой группы имелось их исходное

повышение до беременности, что подтверждает данные литературы о роли гиперандрогении в развитии ИЦН.

В то же время нами отмечено, что при повышенном уровне тестостерона достоверно чаще встречалась длина шейки матки 15 мм в сроке беременности 11 – 15 недель - 54,5% ($p < 0,001$), в 16 – 20 недель - 52,9% ($p < 0,05$). В то время как при нормальном уровне тестостерона в эти же сроки чаще диагностировалась длина шейки матки 20 мм: в 11 – 15 недель – 71,4% ($p > 0,05$), в 16 – 20 – 52% ($p < 0,001$).

При повышенном уровне ДГА-С одинаково часто встречалась длина шейки матки 15 (41,3%) и 20 (40%) мм в сроке 13 – 15 и 16 – 20 недель гестации. При нормальном уровне ДГА-С достоверно чаще встречалась длина шейки матки 20 мм (41,7%) в те же самые сроки беременности ($p < 0,05$).

Итак, по данным нашего исследования повышенный уровень тестостерона и ДГА-С влияет на длину шейки матки при ИЦН, и, следовательно, определение их уровня должно быть включено в комплекс диагностического исследования.

Обследование на урогенитальные инфекции показало наличие положительных результатов у 108 (73%) пациенток. Нами было прослежено влияние инфекции на длину шейки матки. При длине шейки матки 11 – 15 мм чаще определялись Ig G к хламидии – 20 (86,9%), микоплазме – 12 (60%), токсоплазме – 10 (83,3%), ВПГ – 49 (62%), ЦМВИ – 42 (66,6%). При длине шейки матки 16 – 20 мм были обнаружены Ig G к уреоплазме – 6 (54,5%), микоплазме – 6 (30%), ВПГ – 25 (31,6%), ЦМВИ – 17 (27%). Так, мы не увидели достоверного влияния инфекции на развитие ИЦН, однако при наличии вирусной инфекции (ВПГ и ЦМВИ) короткая шейка матки 5-15 мм встречалась в 62% и 66,6%, а при хламидийной инфекции достоверно чаще встречалась длина шейки матки 11 – 15 мм в 65,2% ($p < 0,05$). Эти факторы позволяют предположить, что инфекция, являясь причиной угрозы прерывания беременности, способствует структурным изменениям шейки матки.

Таким образом, все выше перечисленные методы позволили диагностировать ИЦН в 13 – 15 недель беременности у 7% пациенток, в 16-20 - у 52%, в 21 – 30 - у 41%. Т.е. чаще всего ИЦН диагностировалась нами до 20 недель гестации, что согласуется с данными литературы [Любимова А.И., 1965; Юденич Г.В., 1970; Ходарева Т.В., 1990]

Состояние соединительной ткани у женщин с ИЦН. Одним из важных критериев клинической оценки состояния соединительной ткани служит определение роста, веса и росто-весового индекса Варги. Наше обследование показало, что пациентки с ИЦН имели выраженное снижение массы тела (ИВ до 1,5) в 5,4% случаев, умеренное (ИВ 1,5-1,7) в 14%, т.е. астенический тип телосложения был у 19,4%. В группе контроля ИВ до 1,5 не наблюдался, 1,5 – 1,7 был в 25% случаев.

Другим важным критерием диагностики ДСТ служит определение частоты стигм дисэмбриогенеза [Яковлев В.П., 1992, 1993]. Среди беременных с ИЦН преобладали пациентки, имевшие до 4 маркеров соединительной ткани

– 33 (51,6%), 5 - 7 - 17 (26,6%), 8 и более - 10 (15,6%, $p < 0,05$), что позволяет предположить наличие у них ДСТ. В группе контроля также преобладают пациентки с количеством маркеров ДСТ до 4 – 55%, от 5 до 7 маркеров - 40%, 8 и более маркеров не имела ни одна пациентка контрольной группы.

У обследуемых с ИЦН маркеры ДСТ характеризовались значительной вариабельностью. Чаще всего встречались такие, как нарушение прикуса – 21,9% (в группе контроля 0%, $p < 0,05$), приращенная мочка уха – 23,4%, плоскостопие – 17,2%, хронический тонзиллит – 15,6% (в группе контроля 0%, $p < 0,05$), миопия легкой и средней степени – 28,1%, хронический холецистит – 34,4%, хронический гастродуоденит – 32,8%, хронические запоры – 17,2%, варикозная болезнь – 17,2%, головные боли на погоду – 17,2% (в группе контроля 0%, $p < 0,05$), ВСД – 43,8% (в группе контроля 20%, $p < 0,05$), сколиоз – 20,3% (в группе контроля 5%, $p < 0,05$), боли в суставах на погоду – 23,4% (в группе контроля 0%, $p < 0,05$), тест большого пальца – 18,8%, тест запястья – 18,8%.

Биохимическое исследование состояния обмена соединительной ткани, включающее исследование оксипролина в суточной моче было проведено у 38 беременных с ИЦН.

Нормальное содержание оксипролина (16 – 27 мг/сут) было выявлено у 20 (52,6%) обследуемых, повышенное (> 27 мг/сут) у 9 (23,7%), сниженное (< 16 мг/сут) у 9 (23,7%). Итак, при беременности, осложненной ИЦН, может наблюдаться как нормальный уровень оксипролина в суточной моче, так и его изменение в сторону повышения и понижения.

Для определения значимости оксипролина в качестве маркера ДСТ в развитии ИЦН все пациентки были разделены на 3 группы: 1-ая группа – беременные, у которых оксипролин был в пределах нормы (среднее значение оксипролина составило $20,5 \pm 0,8$ мг/сут), 2-ая – оксипролин повышен ($75,3 \pm 24,0$ мг/сут), 3-ая – оксипролин снижен ($10,7 \pm 1,1$ мг/сут).

Различные детские инфекции (ветряная оспа, корь, краснуха, гепатит А и др.) перенесли в 1-ой группе 15 (75%) обследуемых, во 2-ой – 4 (44,4%), в 3-ей – 7 (77,8%). Экстрагенитальную патологию с возможной "слабостью" соединительной ткани (хронический холецистит, гастродуоденит, пиелонефрит, тонзиллит, хронические запоры, нефроптоз, миокардит, варикозная болезнь, миопия легкой и средней степени, сколиоз, коксартроз, остеохондроз и др.) имели беременные всех групп. Однако в группе 3 превалировали заболевания опорно-двигательного аппарата ($p < 0,05$), болезни глаз, сердца, мочевыделительной системы.

Различные оперативные вмешательства (тонзилэктомия, аппендэктомия, операции по поводу перитонита, абсцессов, пластические операции на мочевыделительных органах) перенесла 1 (11,1%) пациентка 2-ой группы, 5 (55,6%) 3-ей, операций не было ни у одной обследуемой в 1-ой группе. Таким образом, оперативные вмешательства превалируют в 3-ей группе ($p < 0,001$).

Также в 3-ей группе чаще наблюдается позднее начало менструаций у 2 (22,2%) обследуемых, в сравнении с 1-ой – у 2 (10%) и 2-ой группами – у 0 (0%).

Анализ репродуктивной функции показал, что выкидыши в анамнезе достоверно чаще встречались в 3-ей группе - у 9 (100%) человек ($p < 0,001$), во 2-ой – у 2 (22,2%), в 1-ой – у 6 (30%).

Диагноз ИЦН во всех трех группах был поставлен преимущественно в 16 – 20 недель беременности: 1-ая группа в 70%, 2-ая – в 66,7%, 3-я – в 77,8%, Длина шейки матки 5 – 15 мм была у 60% пациенток 1-ой группы, у 33,3% 2-ой, у 55,6% 3-ей, 16 – 20 мм – у 35%, 33,3%, 44,4% соответственно. Т.е. у женщин 1-ой и 3-ей групп несколько чаще наблюдается укорочение шейки матки до 5 – 15 мм.

Настоящая беременность имела осложненное течение (ОПГ - гестоз, анемия беременных, хроническая фетоплацентарная недостаточность) во всех группах обследования. По сумме перечисленных осложнений в 1-ой группе их было на 1 беременную 1,2, во 2-ой – 1,8, в 3-ей – 2,3.

Родоразрешение путем кесарева сечения было выполнено у 2 женщин (10%) 1-ой группы и 3 (33,3%) во 2-ой. Показания к оперативному родоразрешению были сочетанными: старший фертильный возраст с отягощенным акушерским анамнезом, с гинекологическим (миома матки) анамнезом, с гестозом второй половины беременности. В 3-ей группе все женщины были родоразрешены через естественные родовые пути. Быстрые роды имели место у 7 пациенток (35%) 1-ой группы, у 2 (22,2%) 2-ой. Обращает внимание частота выполнения эпизиотомии и разрывов мягких тканей родовых путей: в 1-ой группе в 8 случаях (40%), во 2-ой в 3 (33,3%), в 3-ей в 7 (77,8%) ($p_{1-2, 1-3, 2-3} < 0,05$).

Таким образом, наши данные по изучению патологии соединительной ткани в развитии ИЦН указывают на её значимость. Причём признаки «слабости» соединительной ткани превалируют в 3 группе, т.е. у пациенток со сниженным уровнем оксипролина в суточной моче.

Методы коррекции ИЦН. Коррекция ИЦН была произведена 269 (90,9%) пациенткам: наложением двух П-образных швов на шейку матки у 33 (12,3%) и разгружающим пессарием у 236 (87,7%). Лечение проводилось в 103 (38,3%) случаях в амбулаторных и 166 (61,7%) в стационарных условиях.

Несмотря на проводимую корригирующую терапию, как у перво-, так и у повторнобеременных женщин наблюдалось укорочение шейки матки (преимущественно до 5 – 11 мм) к моменту родоразрешения. Также наблюдается и размягчение консистенции шейки матки, она становится мягкой. Если у повторнобеременных мы наблюдали плотную консистенцию шейки в сроках до 20 недель беременности, то к моменту родоразрешения плотной шейки не встретилось ни в одном случае. Значительных изменений в расположении шейки матки по проводной оси таза не наблюдалось, преимущественно шейка не меняла своего положения, однако у первобеременных женщин с диагностированием ИЦН в 16 – 20 недель

беременности отмечено её отклонение кзади в 7 случаях (46,7%). Наружный и внутренний зев шейки матки также подвергаются изменениям на фоне прогрессирования беременности, т.е. подвергаются раскрытию, и более выражены эти изменения при позднем диагностировании ИЦН в 21 – 30 недель.

Повторное УЗИ шейки матки было проведено у 24 пациенток через 3 – 5 недель от первого. На фоне проводимой коррекции ИЦН, по данным УЗИ, наблюдается удлинение шейки матки с увеличением срока беременности с $33,8 \pm 8,0$ до $37,2 \pm 5,7$ мм ($p < 0,05$) и уменьшения случаев пролабирования плодного пузыря ($p < 0,05$).

Таким образом, динамическое наблюдение и своевременно проводимая коррекция ИЦН позволяют улучшить состояние шейки матки и доносить беременность до срока в 93,3% случаев.

Течение и исход беременности. Течение беременности осложнялось угрозой прерывания у 226 (76,4%) обследуемых. При этом частота госпитализаций составила в среднем $1,9 \pm 1,3$: 1 раз у 99 (33,4%), 2 у 69 (23,3%), 3 и более у 66 (22,3%). Не были госпитализированы и получали лечение амбулаторно 62 (20,9%) пациентки.

Другими осложнениями беременности явились: анемия легкой и средней степени тяжести у 133 (45%), фетоплацентарная недостаточность и внутриутробная гипоксия плода у 123 (41,6%), задержка внутриутробного развития плода у 22 (7,5%), ОПГ - гестоз у 30 (30%), ВСД по гипертоническому типу у 38 (12,9%), гипотоническому типу у 46 (15,6%), обострение хронического пиелонефрита у 15 (5,1%).

Исход беременности и родов в зависимости от метода коррекции ИЦН представлен в табл. 3.

Таблица 3

Особенности течения беременности и родов в зависимости от метода коррекции ИЦН

Исследуемые критерии	Метод коррекции ИЦН		p1-2
	Консервативная коррекция ИЦН (1) (n=236)	Хирургическая коррекция ИЦН (2) (n=33)	
Частота госпитализаций по поводу угрозы прерывания:			
(M ± σ)	$1,7 \pm 1,5$	$2,5 \pm 0,96$	< 0,05
0	31 (13,1)	0 (0)	0,1
1	94 (39,8)*	4 (12,1)	=0,001
2	56 (23,7)	15 (45,5)*	< 0,01
3 и более	55 (23,3)	14 (42,4)*	< 0,05
Инфекционные осложнения:			
Кольпит	63 (26,7)*	4 (12,1)	< 0,05
Плацентит, многоводие	5 (2,1)	2 (6,1)	0,2

(по УЗИ)			
Исход беременности:			
Срочные роды	221 (93,6)	29 (87,9)	0,2
Преждевременные роды	15 (6,4)	4 (12,1)	0,2
Способ родоразрешения:			
Роды через естественные родовые пути	225 (95,3)*	23 (69,7)	< 0,001
Кесарево сечение	11 (4,7)	10 (30,3)*	< 0,001
Особенности родовой деятельности:			
Аномалии родовой деятельности (слабость, дискоординация)	27 (11,4)	3 (9,1)	0,5
Дородовое излитие вод	64 (27,1)	5 (15,2)	0,3
Раннее излитие вод	19 (8,1)	4 (12,1)	0,1
Эпизиотомия	65 (27,5)*	0 (0)	< 0,001
Травмы мягких тканей (трещины слизистых влагалища и задней спайки)	58 (25,8)*	2 (8,7)	0,05
Разрывы шейки матки I степени	17 (7,6)	11 (47,8)*	< 0,001
Длительность родов:			
Средняя длительность родов, в часах M ± σ	6,8 ± 3,2	6,4 ± 2,4	
Нормальные	184 (78)*	13 (39,4)	< 0,05
Быстрые	35 (14,8)	8 (24,2)*	< 0,05
Стремительные	3 (1,3)	1 (3)	0,3
Затяжные	3 (1,3)	1 (3)	0,3

Примечание:

p1-2 – достигнутый уровень значимости различий между группами 1 и 2;

*- статистически значимые различия между сравниваемыми группами.

При хирургической коррекции ИЦН течение беременности достоверно чаще (87,9%, $p < 0,05$) осложнялась угрозой прерывания беременности, что требовало стационарного лечения. При консервативной коррекции ИЦН достоверно чаще требовалось санирование влагалища в связи с развитием кольпита (26,7%, $p < 0,05$).

Исход беременности не различался при различных методах коррекции ИЦН по количеству срочных и преждевременных родов ($p > 0,05$). При наложении швов на шейку матки достоверно чаще ($p < 0,001$) проводили родоразрешение путем кесарева сечения, а при использовании разгружающего

пессария через естественные родовые пути. Однако в этом случае преобладали эпизиотомия (27,5%, $p < 0,001$), травмы мягких тканей (25,8%, $p < 0,05$). Самопроизвольные роды после наложения швов чаще характеризовались разрывами шейки матки (47,8%, $p < 0,001$), быстрыми родами (24,2%, $p < 0,05$).

ВЫВОДЫ

1. К факторам риска возникновения истмико-цервикальной недостаточности помимо традиционно известных (травматическое повреждение шейки матки при предыдущих беременностях и родах; инфекция половых органов; гормональные изменения) отнесена экстрагенитальная патология и дисплазия соединительной ткани (сочетанный фактор).

2. Роль дисплазии соединительной ткани в возникновении истмико-цервикальной недостаточности подтверждена снижением массы тела (индекс Варги 1,45 – 1,7), наличием стигм дисэмбриогенеза и заболеваний, имеющих отношение к патологии соединительной ткани, расцененные нами как её маркёры (5 и более у 42,2%), а также изменением концентрации оксипролина в суточной моче (47,4%).

3. Методы диагностики истмико-цервикальной недостаточности, включающие жалобы, оценку состояния шейки матки по данным влагалищного и ультразвукового исследований, определение тестостерона, дегидроэпиандростерона-сульфата, урогенитальных инфекции, следует дополнять доплерометрией сосудов шейки матки, выявлением признаков дисплазии соединительной ткани.

4. Структурные изменения в шейке матки (укорочение, размягчение, централизация по оси таза, раскрытие цервикального канала), характерные для истмико-цервикальной недостаточности, чаще всего возникают в 16 – 20 недель (52%), несколько реже в 21 – 30 недель (41%) и еще реже в 13 – 15 недель (7%) беременности.

5. При своевременной коррекции истмико-цервикальной недостаточности, независимо от её метода, беременность доносили до срока 93,3% обследуемых, преждевременные роды были у 4,7%. При хирургической коррекции истмико-цервикальной недостаточности чаще требуется госпитализация в стационар по поводу угрозы прерывания беременности (87,9%), при консервативной - санирование влагалища в связи с развитием кольпита (26,7%). Родоразрешение через естественные родовые пути при консервативной коррекции истмико-цервикальной недостаточности было выполнено в 95,3% случаев, при хирургической - в 69,7%, путем кесарева сечения - в 4,7% и 30,3% соответственно.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ:

1. Для постановки диагноза ИЦН необходимо тщательно собирать анамнез с выявлением факторов риска (травматический, инфекционный, гормональный, сочетанный), проводить бимануальное, ультразвуковое, доплерометрическое исследования шейки матки, выявлять дисплазию соединительной ткани (росто-весовой индекс Варги, стигмы дисэмбриогенеза, заболевания и проявления, характерные для дисплазии соединительной ткани, определение оксипролина в суточной моче), определять уровень тестостерона, ДГА-С и урогенитальные инфекции.

2. При диагностике ИЦН необходимо своевременно проводить консервативную (разгружающим pessarium) или хирургическую (наложением швов на шейку матки) коррекцию последней с учетом имеющихся противопоказаний. Оптимальный срок гестации для серкляжа – до 20 недель. Коррекцию необходимо осуществлять после предварительного обследования пациентки на урогенитальные инфекции и микробиологического исследования отделяемого влагалища и канала шейки матки. Токолитическую терапию проводить по показаниям. Учитывая частое возникновение угрозы прерывания беременности и развитие кольпита после коррекции ИЦН, беременные подлежат строгому диспансерному наблюдению с проведением влагалищного и ультразвукового осмотра шейки матки и микробиологического исследования отделяемого влагалища каждые 2-3 недели. При появлении признаков воспаления проводится корригирующая терапия. Антибиотики назначаются по показаниям. В угрожающие сроки беременности необходимы профилактические курсы сохраняющей терапии длительностью до 10-12 дней.

3. Родоразрешение женщин при ИЦН проводить после удаления разгружающего pessarium или швов с шейки матки в 37 – 38 недель беременности. Метод родоразрешения определять исходя из акушерской ситуации.

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Кох, Л.И. Влияние факторов риска на течение беременности при истмико-цервикальной недостаточности / Л.И. Кох, И.В. Сатышева // Материалы IX Всероссийского научного форума «Мать и дитя». – М., 2007. - С. 127 – 128.
2. Сатышева, И.В. Клиническая характеристика истмико – цервикальной недостаточности / И.В. Сатышева // Материалы I регионального научного форума «Мать и дитя». – Казань, 2007. - С. 138 – 139.
3. Кох, Л.И. Течение беременности и родов после коррекции ИЦН / Л.И. Кох, И.В. Сатышева // Материалы 11-й научно-практической конференции «Актуальные вопросы акушерства и гинекологии». - Вестник Кузбасского научного центра, г. Кемерово. – 2007. – Вып. 4. - С. 56 – 59.
4. Сатышева, И.В. Роль коррекции ИЦН в акушерской практике / И.В. Сатышева // Материалы I междисциплинарной научно – практической

конференции «Вопросы качества жизни женщин в пери- и постменопаузальном периоде». – Томск, 2007. - С. 82 – 86.

5. Кох, Л.И. Течение беременности и родов у женщин с ИЦН при различной экстрагенитальной патологией / Л.И. Кох, И.В. Сатышева // Сборник научных трудов межрегиональной научно-практической конференции «Актуальные вопросы акушерства и гинекологии». – Красноярск, 2008. – С. 51 – 55.

6. Кох, Л.И. Экстрагенитальная патология как фактор риска ИЦН / Л.И. Кох, И.В. Сатышева // Материалы международной научно-практической конференции «Профилактика рака шейки матки: взгляд в будущее». – М., 2008. - С. 76 – 77.

7. Кох, Л.И. Исход беременности при различной длине шейки матки у женщин с истмико-цервикальной недостаточностью / Л.И. Кох, И.В. Сатышева // Медицина в Кузбассе. – 2008. – Спецвып. 4. - С. 44 – 46.

8. Кох, Л.И. Истмико-цервикальная недостаточность при различных факторах риска / Л.И. Кох, И.В. Сатышева // Сибирское медицинское обозрение. – 2008. - № 2(50). - С. 45 – 48.

9. Кох, Л.И. Клинические аспекты патологии соединительной ткани при истмико-цервикальной недостаточности / Л.И. Кох, И.В. Сатышева // Сибирский медицинский журнал. – Томск, 2008. - № 4. - Том 23. – С. 38 – 40.

СПИСОК УСЛОВНЫХ СОКРАЩЕНИЙ

ВПГ – вирус простого герпеса

ВСД – вегето-сосудистая дистония

ДГА-С – дегидроэпиандростерон – сульфат

ДСТ – дисплазия соединительной ткани

ДЭК – диатермоэлектрокоагуляция

ИВ – индекс Варги

ИППП – инфекции, передающиеся половым путем

ИР – индекс резистентности

ИЦН – истмико-цервикальная недостаточность

НДСТ – недифференцированная дисплазия соединительной ткани

ОПГ-гестоз – отеки, протеинурия, гипертензия

ПИ – пульсационный индекс

СДО – систоло–диастолическое отношение

УЗИ – ультразвуковое исследование

ЦМВИ – цитомегаловирусная инфекции