

**ФГБОУ ВО «Красноярский государственный медицинский университет имени
профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» Минздрава России
Кафедра оперативной гинекологии ИПО**

Зав.кафедрой:
д.м.н., Доцент
Макаренко Т.А.

Реферат на тему
«Истмико - цервикальная недостаточность»

Выполнила:
Клинический ординатор
Кафедры оперативной гинекологии ИПО
Ермохина Владислава Сергеевна

КРАСНОЯРСК 2020

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования "Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого" Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра оперативной гинекологии ИПО

Рецензия д.м.н., доцента Макаренко Татьяны Александровны на реферат клинического ординатора первого года обучения по специальности «Акушерство и гинекология» Ермохиной Владиславы Сергеевны по теме «Истмико - цервикальная недостаточность».

Основные оценочные критерии рецензии:

№	Оценочный критерий	Положительный/отрицательный
1	Структурированность	
2	Наличие орфографических ошибок	
3	Соответствие текста реферата теме	
4	Владение терминологией	
5	Полнота и глубина раскрытия основных понятий темы	
6	Логичность доказательной базы	
7	Умение аргументировать основные положения и выводы	
8	Использование известных научных источников	
9	Умение сделать общий вывод	

Итоговая оценка:

Комментарий рецензента:

Дата:

Подпись рецензента:

Подпись ординатора:

Актуальность темы

Важным показателем репродуктивного здоровья населения является невынашивание беременности (НБ), которое не имеет тенденции к снижению во всём мире. По данным анализа последних трёх лет невынашиванием заканчивается каждая десятая беременность, как результат высокой распространённости аборт [С.О. Иванюта, 2006], ИППП, эндокринной патологии и т. д. Прямые репродуктивные потери от НБ в Украине ежегодно насчитывают 36–40 тысяч нерожденных желанных детей [Е.М. Лукьянова, 1999]. Возможность потери беременности после одного выкидыша составляет 13–17 %, после двух – 36–38 %, при привычном невынашивании – до 45 % [С.И. Жук, 2007]. Дети, которые родились в 23–27 недель гестации, обуславливают до 50 % перинатальной смертности [Д.О. Добрянський, 2008]. В Украине, как и в других странах мира, с 2007 года начата регистрацию преждевременных родов (ПР) уже с 22 недель беременности.

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 обследовании после беременности [Н.В. Аганезова, 1995; G.S. Anthony et al., 2007].

Данные литературы остаются спорными, целый ряд вопросов остаётся открытым., а диагноз «истмико-цервикальная недостаточность» является диагнозом исключения, или же выставляется ретроспективно и требует тщательного анализа при последующих беременностях.

В то же время именно своевременная диагностика и эффективное лечение ИЦН в большинстве случаев позволяет предупредить невынашивание беременности и родить доношенного и здорового ребёнка.

Определение

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.

Истмико-цервикальная недостаточность (ИЦН) характеризуется укорочением длины шейки матки (ШМ) менее 25 мм и/или дилатацией цервикального канала более 10 мм (на всём протяжении) ранее 37 недель беременности без клинической картины преждевременных родов. Патогномичным анамнестическим признаком ИЦН является быстрое, малоболезненное укорочение и раскрытие шейки матки во II или начале III триместра беременности, приводящее к позднему выкидышу или преждевременным родам. Этапами развития ИЦН являются структурные изменения шейки матки, часто с пролабированием плодного пузыря в цервикальный канал или во влагалище и преждевременным разрывом плодных оболочек (ПРПО).

Этиология и патогенез

К истмико-цервикальной недостаточности могут привести:

1. 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.)
2. изменение соотношения между соединительной и мышечной тканью в шейке матки, а также нарушение нейрогуморальных воздействий на шейку матки

Патогенез функциональной ИЦН сложен и недостаточно изучен. Считают, что функциональная И.-ц. н. является следствием нарушения соотношения между мышечной и соединительной тканями шейки матки, а также результатом изменений реакции ее структурных элементов на нейрогуморальные раздражители. При гистологическом исследовании ткани шейки матки у женщин с функциональной И.-ц. н. обнаруживают увеличение количества мышечной ткани до 50 % (в норме мышечная ткань составляет не более 15 % массы шейки матки), что ведет к раннему

размягчению шейки матки при беременности и развитию ее недостаточности.

Функциональная ИЦН наблюдается при гиподисфункции яичников, примерно у 1/3 больных гиперандрогенией. Очень часто встречается врожденная ИЦН у женщин с гипоплазией матки, генитальным инфантилизмом, пороками развития матки.

В развитии функциональной ИЦН определенную роль играют α - и β -адренорецепторы. Активация α -адренорецепторов ведет к сокращению мышцы матки и расширению перешейки, а активация β -адренорецепторов оказывает обратное действие. Чувствительность α -адренорецепторов усиливается при гиперэстрогении, а β -адренорецепторов – при повышении уровня прогестерона. Раздражение α -адренорецепторов и торможение β -адренорецепторов приводят к развитию функциональной И.-ц. н.

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.

Для ИЦН при сроке беременности более 11–12 нед. характерно расширение внутреннего зева (диаметр его более 2 см) и канала шейки матки, пролабирование плодного пузыря.

При отсутствии беременности органическую И.-ц. н. можно диагностировать с помощью рентгеноконтрастного исследования матки.

Метросальпингографию проводят во вторую фазу менструального цикла (20–24-й день цикла). На гистерограммах в этом случае определяются расширенные перешеек (диаметр более 0,5 см) и канал шейки матки. В случае функциональной И.-ц. н. ширина перешейка и канала шейки матки соответствует норме.

В последние годы в качестве мониторинга за состоянием шейки матки при беременности применяют трансвагинальное эхографическое исследование. При этом для оценки состояния истмического отдела шейки матки и в прогностических целях, согласно сводным литературным данным, следует учитывать следующие моменты:

- ◆ 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.
- ◆ У женщин с многоплодной беременностью до 28 недель нижнюю границу нормы составляет длина шейки матки, равная 3,7 см для первородящих и 4,5 см для повторнородящих (при трансвагинальном сканировании).
- ◆ 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 истмико-цервикальной недостаточности и требует соответствующей хирургической коррекции.
- ◆ При оценке информативности длины шейки матки необходимо учитывать способ ее измерения, поскольку результаты трансабдоминального ультразвукового

исследования отличаются от результатов трансвагинального и превышают их в среднем на 0,5 см.

◆ Ширина шейки матки на уровне внутреннего зева в норме постепенно возрастает с 10-й по 36-ю неделю от 2,58 до 4,02 см.

◆ Прогностический признак угрозы прерывания беременности – снижение отношения длины шейки матки к ее диаметру на уровне внутреннего зева до $1,16 \pm 0,04$ при норме $1,53 \pm 0,03$.

На изменение рассмотренных выше параметров шейки матки значительно влияют низкое расположение плаценты и тонус матки.

Если трудно оценить клиническую ситуацию и диагноз не ясен, E. Guzman и соавт. (1994) предлагают во время УЗИ надавить на дно матки – если есть недостаточность шейки, то можно видеть при давлении расширение внутреннего зева.

Необходимо еще раз подчеркнуть, что ставить диагноз ИЦН только по данным УЗИ недостаточно, может быть короткая, но плотная шейка матки. Более точная информация может быть получена только при осмотре шейки матки в зеркалах и мануальное исследование при влагалищном исследовании – выявление мягкой и короткой шейки 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.

Впервые вне беременности операцию на шейке матки по поводу ИЦН предложили Lasha и соавт. (1950). Операция состоит в иссечении овального лоскута ткани с целью удаления рубцовой ткани на месте разрыва для того, чтобы восстановить фиброзно-мышечную целостность шейки матки.

В настоящее время известно несколько модификаций метода Лаша.

Оригинальный метод реконструктивно-пластической операции на шейке матки предложен В.И. Ельцовым-Стрелковым и соавт. (1979). Операция состоит из пяти этапов:

1. Рассечение шейки.
2. Расслоение шейки.
3. Формирование канала шейки матки.
4. Формирование наружного зева.
5. Окончательное формирование шейки матки.

При наступлении беременности после пластической операции на шейке матки целесообразно родоразрешение путем операции кесарева сечения.

При функциональной ИЦН или при анатомической, но не требующей реконструктивной операции, первый этап подготовки к следующей беременности – тщательное бактериологическое исследование и антибактериальная терапия с учетом возбудителя в течение 2–3 менструальных циклов в сочетании с физиотерапией.

После этого необходим иммунологический и гормональный контроль и патогенетическая терапия с учетом полученных данных. Гормональная подготовка – заключительный этап лечения перед беременностью.

Хирургическую операцию по поводу истмико-цервикальной недостаточности проводят при беременности.

Показания к хирургическому лечению ИЦН:

- ◆ наличие в анамнезе самопроизвольных выкидышей и преждевременных родов (во II-III триместре беременности);
- ◆ прогрессирующая, по данным клинического обследования, недостаточность шейки матки: изменение консистенции, появление дряблости, укорочение, постепенное

увеличение «зияния» наружного зева и всего канала шейки матки и раскрытие внутреннего зева.

Противопоказания к хирургическому лечению ИЦН:

- ◆ заболевания и патологические состояния, являющиеся противопоказанием к сохранению беременности (тяжелые формы заболеваний сердечнососудистой системы, печени, почек, инфекционные, психические и генетические заболевания);
- ◆ повышенная возбудимость матки, не исчезающая под действием медикаментозных средств;
- ◆ беременность, осложненная кровотечением;
- ◆ пороки развития плода, наличие неразвивающейся беременности по данным объективного исследования (УЗ-сканирование, результаты генетического обследования); \
- ◆ III–IV степень чистоты влагалищной флоры и наличие патогенной флоры в отделяемом канала шейки матки. Следует отметить, что эктопия шейки матки не является противопоказанием к хирургической коррекции ИЦН, если не выделяется патогенная микрофлора.

Хирургическая коррекция ИЦН обычно осуществляется в период от 13 до 27 недель беременности. Срок проведения операции следует определять индивидуально в зависимости от времени возникновения клинических проявлений ИЦН. Результаты микробиологических исследований показывают, что при хирургической коррекции ИЦН позднее 20 недель, а также при пролабировании плодного пузыря в любом сроке беременности условно-патогенные микроорганизмы высеваются в большом количестве из канала шейки матки значительно чаще по сравнению с оперированными в 13–17 недель беременности.

С целью профилактики внутриматочной инфекции целесообразно проводить операцию в 13–17 недель, когда отсутствует значительное укорочение и раскрытие шейки матки. С увеличением срока беременности недостаточность «запирательной» функции истмуса ведет к механическому опусканию и пролабированию плодного пузыря. Это создает условия для инфицирования нижнего полюса его восходящим путем – из нижних отделов половых путей на фоне нарушения барьерной

антимикробной функции содержимого канала шейки матки. Помимо этого, плодный пузырь, внедряясь в цервикальный канал, способствует дальнейшему его расширению. В связи с этим оперативное вмешательство в более поздние сроки беременности при выраженных клинических проявлениях истмико-цервикальных недостаточности менее эффективно.

Наибольшее распространение получили методы хирургической коррекции ИЦН:

1. Метод зашивания шейки матки круговым кисетным швом по MacDonleTs (1957) . В асептических условиях шейку матки обнажают с помощью влагалищных зеркал. Щипцами Мюзо захватывают переднюю и заднюю губы шейки матки и подтягивают их кпереди и книзу. На границе перехода слизистой оболочки переднего свода влагалища на шейку матки накладывают кисетный шов, концы нитей завязывают узлом в переднем своде влагалища. В качестве шовного материала можно использовать лавсан, шелк, хромированный кетгут. С целью предотвращения прорезывания тканей при затягивании кисетного шва целесообразно ввести в канал шейки матки расширитель Гегара № 5.

2. П-образные швы на шейку матки по методу А.И. Любимовой и Н.М. Ма-медалиевой (1981) . В асептических условиях шейку матки обнажают с помощью влагалищных зеркал. Щипцами Мюзо захватывают переднюю и заднюю губы шейки матки и подтягивают их кпереди и книзу. На границе перехода слизистой оболочки переднего свода влагалища на шейку матки, отступив 0,5 см от средней линии справа, шейку матки прокалывают иглой с лавсановой нитью через всю толщину, производя выкол в заднем своде. Затем конец нити переводят в боковой свод слева, иглой прокалывают слизистую оболочку и часть толщи шейки матки с выколом в переднем своде на уровне первого вкола. Концы нити берутся на зажим. Вторую лавсановую нить проводят также через всю толщину шейки матки, делая вкол на 0,5 см слева от средней линии. Конец второй лавсановой нити переводят в боковой свод справа, затем прокалывают слизистую оболочку и часть толщи шейки матки с выколом в переднем своде. Концы нити затягивают и завязывают тремя узлами в переднем своде. Во влагалище на 2–3 ч вводят тампон.

3. Лечение истмико-цервикальной недостаточности при грубых разрывах шейки матки с одной или двух сторон (метод лечения, предложенный Сидельниковой В.М. и соавт., 1988). При боковом (или боковых) разрывах шейки матки целесообразно создать дубликатуру разорванной части шейки матки.

Первый кисетный шов наложить по методу McDonald, начиная кисет чуть выше разрыва шейки матки. Затем второй шов проводят следующим образом: ниже первого циркулярного шва на 1,5 см, через толщу стенки шейки матки от одного края разрыва до другого циркулярно по сферической окружности. Один конец нити вкалывается внутри шейки матки в заднюю губу и, подхватив боковую стенку шейки матки, выкол делают в переднем своде, закручивая как улитку разорванную переднюю губу шейки матки. Второй частью нити прокалывают боковую стенку шейки матки, выводят в передней свод. Нити связывают.

Ведение послеоперационного периода при ИЦН без пролабирования плодного пузыря

При операции на шейке матки (метод Макдональда), наложении П-образных швов на шейку матки (метод Любимовой А.И.) разрешается вставать и ходить сразу после операции. В течение первых 2–3 суток с профилактической целью назначают спазмолитические средства : свечи с папаверином, но-шпу по 0,04 г. 3 раза в день. В случае повышенной возбудимости матки целесообразно использовать индометацин в таблетках или в свечах по 100 мг 1 раз в день 5–6 дней. В этом сроке беременности матка не всегда отвечает на в-миметики. С профилактической целью можно рекомендовать проведение электрофореза магния, иглорефлексотерапию.

В первые 2–3 дня после операции проводят осмотр шейки с помощью зеркал, обработку влагалища и шейки матки актинесептом, 3 % раствором перекиси водорода, раствором фурациллина 1: 5000, бороглицерином или цигеролом (5–6 мл), миромистином, пливосептом.

Антибактериальную терапию с учетом чувствительности микрофлоры к антибиотикам назначают при отягощенном инфекцией в анамнезе, обширной эктопии и при появлении палочкоядерного сдвига в формуле крови. Необходимо учитывать

возможность неблагоприятного действия лекарственных средств на плод. В такой ситуации препаратами выбора являются полусинтетические пенициллины, которые находят наиболее широкое применение в акушерской практике. Но можно использовать также цефалоспорины, макролиды. Наиболее часто больным назначают ампициллин в дозе 2,0 г/сут в течение 5–7 дней. Одновременно назначают антимикотик – пимафуцин по 1 таблетке 3 раза в день. При неосложненном течении послеоперационного периода беременная через 5–7 дней после операции может быть выписана под амбулаторное наблюдение. В амбулаторных условиях осмотр шейки матки производят каждые 2 недели. Лавсановые швы снимают в 37–38 недель беременности. После снятия швов на шейке определяют плотное фиброзное кольцо. Ведение послеоперационного периода при ИЦН с пролабированием плодного пузыря. При пролабировании плодного пузыря методом выбора при хирургической коррекции ИЦН является метод наложения П-образных швов. Методика операции та же, что описана выше, но плодный пузырь заправляют влажным тампоном. Бережно накладывают лавсановые швы и, подтягивая их, осторожно убирают тампон. После операции назначают постельный режим не менее чем на 5–6 дней. Для уменьшения давления лежащей части и плодного пузыря на нижний сегмент матки ножной конец кровати приподнимают на 25–30 см.

Некоторые исследователи предлагают использовать фолневский катетер, который наполняют 50 мл физиологического раствора, чтобы отодвинуть пролабированный пузырь, накладывают швы, а затем перед их затягиванием убирают катетер.

Некоторые предлагают сделать амниоцентез и убрать некоторое количество околоплодных вод, чтобы уменьшить напряжение оболочек, а воды использовать для выяснения инфицирования (Aarts et al., 1995; Scheerer L. et al., 1989).

В связи с тем, что при пролабировании плодного пузыря создаются благоприятные условия для инфицирования его нижнего полюса, всем беременным проводят антибактериальную терапию. Антибиотик выбирают с учетом чувствительности к нему выделенных бактерий. При микробиологическом исследовании в момент пролабирования плодного пузыря чаще всего обнаруживается

ассоциация 2–3 видов микроорганизмов: эшерихии, энтерококк, микоплазмы, стрептококки группы А или В, клебсиеллы и др.

Арсенал антибактериальных средств при беременности ограничен вследствие неблагоприятного влияния некоторых из них на плод. Следует отметить, что антибактериальная терапия часто дает кратковременный эффект. При повторных исследованиях нередко наблюдается смена одних условно-патогенных видов бактерий другими. По-видимому, в условиях длительной госпитализации на фоне сниженного иммунологического статуса создаются условия, благоприятные для селекции госпитальных штаммов микроорганизмов. Элиминация одних видов микроорганизмов с помощью лекарственных средств создает условия для заселения биотопа не обычной условно-патогенной флорой, а устойчивыми к применяемым препаратам госпитальными штаммами условно-патогенных микроорганизмов.

Одновременно с антимикробными средствами следует использовать иммуноглобулин в дозе 25,0 мл внутривенно капельно № 3 через день. При снижении уровня IgА могут быть аллергические реакции на иммуноглобулин. Для снижения аллергических реакций можно использовать иммуноглобулины, такие как октагам в дозе 2,5 г 2 раза с интервалом в 1–2 дня, интраглобин 50 мл 2–3 раза с интервалом 1–2 дня. Для профилактики осложнений назначают обильное питье (чай, соки, минеральная вода). Перед введением иммуноглобулина целесообразно ввести антигистаминные средства. Для нормализации иммунитета целесообразно применять имунофан по 1,0 мл внутримышечно 1 раз в день 5–10 дней.

Помимо антибактериальной терапии назначают ежедневную санацию влагалища, обработку шейки матки актенисептом, 3 % раствором перекиси водорода, раствором фурациллина 1: 5000 и др. Для обработки шейки матки можно использовать синтомициновую эмульсию, цигерол, бороглицерин, через 5–6 дней – масло шиповника, облепихи.

Для профилактики сократительной деятельности матки при сроках беременности более 25–26 недель можно использовать в-адреномиметики внутривенно капельно в течение 2 сут, затем назначают нифедипин.

При повышенном тоне матки и при сроках беременности менее 25

недель целесообразно провести лечение индометацином в таблетках или свечах, нифедипином, сульфатом магния.

Для профилактики ранних преждевременных родов целесообразно еженедельно вводить по 2,0 мл 12,5 % 17-оксипрогестерон капронат (ОПК) внутримышечно.

Больные с этой патологией должны находиться в стационаре 2–3 недели, в зависимости от течения беременности и возможных осложнений. В дальнейшем амбулаторно наблюдают за течением беременности: каждые 2 недели осматривают шейку матки в зеркалах; швы снимают в 37–38 недель беременности.

Послеоперационные осложнения

Наиболее частое осложнение после хирургической коррекции ИЦН с использованием лавсановых, шелковых, капроновых швов – прорезывание тканей шейки матки нитью . Это возможно, во-первых, в том случае, если возникает сократительная активность матки, а швы не сняты; во-вторых, если технически операция выполнена неправильно и шейка матки перетянута швами; в-третьих, если ткань шейки матки поражена воспалительным процессом.

В этих случаях при наложении круговых швов по Макдональду возможно образование пролежней , а в дальнейшем свищей , поперечных или круговых отрывов шейки матки . При прорезывании П-образных швов разрыв шейки матки происходит в основном на задней губе, где швы пересекаются. В случае прорезывания швы должны быть сняты. Лечение раны на шейке матки проводят с применением тампонов с цигеролом, синтомициновой эмульсией, маслом шиповника, облепихи.

При наличии патогенной микрофлоры в посевах содержимого канала шейки матки назначают антибиотики с учетом чувствительности к ним выделенных микроорганизмов.

Для профилактики воспалительного процесса в послеоперационном

периоде можно применять препарат, обладающий одновременно антисептическим и репаративным действием – Депантол®, суппозитории вагинальные, содержащие

хлоргексидин (0,016 г.) и декспантенол (0,1 г). Препарат рекомендуется назначать по схеме 1 вагинальный суппозиторий 2 раза в день в течение 7–10 дней.

В дальнейшем при заживлении раны на шейке матки операция может быть произведена повторно.

Нехирургические методы коррекции ИЦН

При невозможности повторной хирургической коррекции показана консервативная терапия, заключающаяся в длительном соблюдении постельного режима (кровать должна быть с приподнятым ножным концом; приподнимать ножной конец кровати нельзя при инфицировании, явлениях кольпита) и назначении медикаментозных средств, направленных на снятие возбудимости матки. В последние годы описаны нехирургические методы коррекции. С этой целью применяют различные пессарии. Можно использовать кольцо Гольджи.

Нехирургические методы имеют ряд преимуществ: они бескровны, чрезвычайно просты и применимы в амбулаторных условиях. Обработку влагалища и кольца пессария следует проводить фурацилином и бороглицерином каждые 2–3 недели для профилактики.

Эти методы могут быть использованы:

- ◆ при функциональной ИЦН;
- ◆ если наблюдается только размягчение и укорочение шейки матки, но канал шейки матки закрыт;
- ◆ при подозрении на ИЦН, для профилактики раскрытия шейки матки. При выраженных проявлениях ИЦН эти методы малоэффективны. Вместе с тем, кольцевидный пессарий и кольцо Гольджи можно использовать после зашивания шейки матки для уменьшения давления на шейку матки и профилактики более тяжелых последствий ИЦН (свищи, разрывы шейки матки).

Выводы

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:

- 1) 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.
- 2) 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).
- 3) при составлении индивидуального плана наблюдения за беременными, необходимо учитывать анамнестические и клинические факторы риска по формированию ИЦН, а также тип шейки матки (ШМ).
- 4) 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.

- 5) 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.
- 6) В группе женщин с привычным невынашиванием беременности целесообразно объединить сроки проведения пренатального УЗ-скрининга с критическими периодами по формированию ИЦН: в 12–14, 16–18, 21–24, 26–28 и 32 недели беременности.
- 7) 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.
- 8) Периодичность обследования беременных группы риска по невынашиванию производится по формуле: $(4 - \text{тип ШМ} = \text{периодичность наблюдений в неделях})$
- 9) 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.

Список использованной литературы

1. Библиогр.: Бодяжина В.И., Любимова А.И. и Розовский И.С. Привычный выкидыш, с. 136, М., 2001.
2. Васеленко В.В. Автореферат дисертации. «Состояние шейки матки у беременных женщин с риском формирования истмико-цервикальной недостаточности и невынашивания беременности». – Киев, 2008.
3. Запорожан В.Н., Цегельський М.Р. Акушерство і гінекологія. – Київ: Здоров'я, 1996.
4. Сидельникова В.М. Невынашивание беременности, 290 с, М., 2009.