

ИСТМИКО-ЦЕРВИКАЛЬНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ

Выполнила студентка
508 группы
Лапина А.В.



ОПРЕДЕЛЕНИЕ

Истимко-цервикальная недостаточность (ИЦН) - это патологическое состояние, характеризующееся недостаточностью перешейка и шейки матки, приводящая к самопроизвольному прерыванию беременности во II и III триместрах.



КЛАССИФИКАЦИЯ



По этиологии:

- Врождённая ИЦН

(при генитальном инфантилизме,
пороках развития матки)

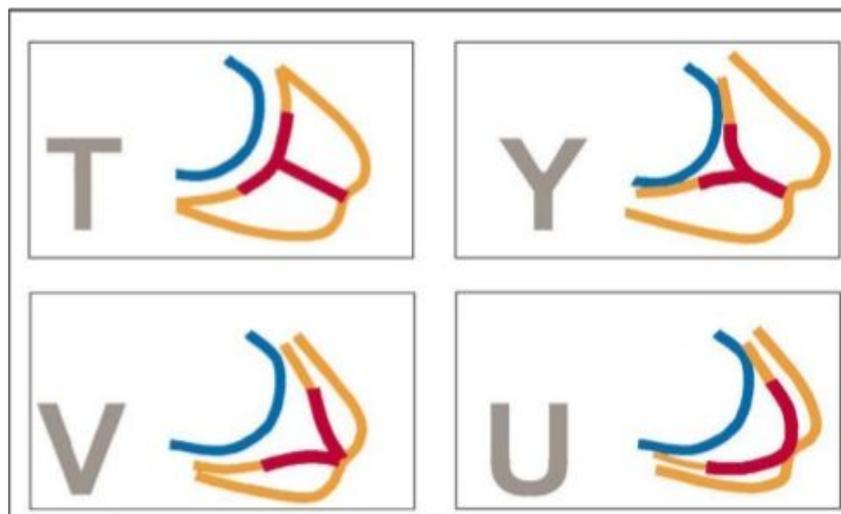
- Приобретённая ИЦН

-Органическая(посттравматическая)

-Функциональная

По форме внутреннего зева

(сонографическая):



ЭТИОПАТОГЕНЕЗ

Органическая ИЦН формируется в результате:

- предшествующих травм шейки матки при родах (разрывы);
- выскабливаниях (при аборте, выкидыше или при диагностике некоторых заболеваний);
- при лечении патологии шейки матки методом конизации или диатермокоагуляции;
- прерывания беременности на поздних сроках.

В результате травмы нормальная мышечная ткань в составе шейки заменяется на рубцовую, которая является менее эластичной и более ригидной, вследствие этого, шейка теряет способность как сокращаться, так и растягиваться и, соответственно, не может полностью сократиться и удержать содержимое матки внутри.



ЭТИОПАТОГЕНЕЗ

Функциональная ИЦН возникает при:

- эндокринных нарушениях (гипофункция яичников, гиперандрогения). Обусловлена нарушением соотношения мышечной и соединительной ткани и изменением реакции структурных элементов шейки матки на гуморальное воздействие.
- нейрогенных нарушениях-в развитии функциональной недостаточности ИЦН играет роль раздражения альфа рецепторов и тормоз бета-рецепторов. Активация альфа-рецепторов ведет к сокращению шейки и расширению перешейка. В результате таких изменений шейка матки становится слишком мягкой и податливой во время беременности и раскрывается по мере увеличения давления со стороны растущего плода.
- дисплазии соединительной ткани;
- повышении содержания релаксина в сыворотке крови (при многоплодной беременности, индукции овуляции гонадотропинами).



ПАТОГЕНЕЗ ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Механизм прерывания беременности при ИЦН (независимо от вида)-укорочение и размягчение шейки, когда плодное яйцо не имеет физиологической опоры в нижнем сегменте матки. По мере развития беременности при повышении внутриматочного давления плодные оболочки выпячиваются в расширенный канал шейки матки, инфицируются и вскрываются.



КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

ИЦН не имеет яркой клинической картины (значительная часть пациенток жалоб не предъявляет).

Течение может быть представлено такими симптомами, как:

- тазовое давление
- спазмы предменструального типа или боли в спине
- изменение объема, цвета или консистенции выделений из влагалища

Объем может увеличиться; цвет может меняться от прозрачного, белого или светло - желтого до розового, или кровянистых выделений.

Эти симптомы могут начинаться от 14 до 20 недель беременности и присутствовать в течение нескольких дней или недель.

- схватки отсутствуют или незначительны.



ДИАГНОСТИКА НА ПРЕДГРАВИДАРНОМ ЭТАПЕ

- 1) подробный сбор анамнеза;
- 2) общеклиническое обследование;
- 3) ультразвуковое исследование (УЗИ);
- 4) гистеросальпингография (ГСГ);
- 5) определение уровня гормонов (17-КС, эстрадиол, прогестерон);
- 6) вирусологическое, бактериологическое и бактериоскопическое обследование.



ДИАГНОСТИКА НА ПРЕДГРАВИДАРНОМ ЭТАПЕ

Балльная оценка степени ИЦН по шкале Бернат

Длина шейки матки		Проходимость наружного зева для расширителя Гегара №6		Внутренний зев по данным гистеросальпингографии	
>2 см	< 2 см	проходим	непроходим	< 0,5 см	>0,5 см
1 балл	2 балла	1 балл	2 балла	1 балл	2 балла

Сумма баллов от 4 до 6 указывает на необходимость хирургической коррекции ИЦН во время беременности.



ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

Для проведения дифференциальной диагностики между функциональной и органической ИЦН используют адреналино-прогестероновую пробу, которая заключается в подкожном введении 0,1% раствора адреналина 0,5 мл.

При сужении перешейка изменения в нем обусловлены в вегетативной нервной системе. Если же сужения не происходит, то внутримышечно вводится 1 мл 12,5% раствора оксипрогестерона капроната и через 4 дня производится повторная гистеросальпингография.

При сужении истмуса имеет место гормональная недостаточность. Если же сужения не происходит, то женщине вновь вводится подкожно 0,5 мл 0,1% раствора адреналина, и через 4-5 мин производится рентгеновский снимок.

При сужении истмуса после адреналино-прогестероновой пробы ИЦН обусловлена нейро-эндокринными нарушениями. Отсутствие сужения свидетельствуют об органической ИЦН.



ДИАГНОСТИКА ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

- 1) общеклиническое обследование;
- 2) УЗИ;
- 3) гистеросальпингография
- 4) гормональное обследование (17-КС, ДЭА);
- 5) вирусологическое, бактериологическое и бактериоскопическое обследование.



ДИАГНОСТИКА ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Балльная оценка степени ИЦН по шкале Штембера

Клинический признак	Оценка в баллах		
	0	1	2
Длина влагалищной части шейки	норма	укорочена	менее 1,5
Состояние цервикального канала	закрыт	частично проходим	пропускает палец
Расположение шейки матки	сакрально	центрально	направлена кпереди
Консистенция шейки матки	плотная	размягчена	мягкая
Расположение прилежащей части плода	над входом в таз	прижата к входу в таз	сегментом во входе таз

Сумма баллов больше 5 требует коррекции во время беременности.

Диагноз ставится на основании-УЗ данных,осмотра в зеркалах и влагалищного исследования.



ВАРИАНТЫ ФОРМЫ ВНУТРЕННЕГО ЗЕВА

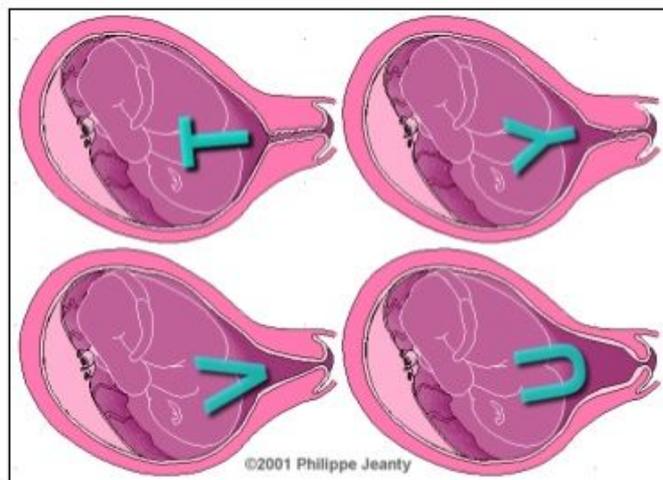
(диагностика ИЦН по УЗИ -
с 15-16 недель гестации)



T - образная



Y - образная



V - образная



U - образная

ТАКТИКА НА ПРЕДГРАВИДАРНОМ ЭТАПЕ

Предгравидарная подготовка к беременности с доказанной ИЦН:

- бактериологическое исследование с последующей антибактериальной терапией с учетом возбудителя;
- противовирусная терапия;
- применение иммуномодуляторов;
- физиотерапия (переменное магнитное поле низкой частоты, токи надтональной частоты, интерференционные токи);
- гормональная подготовка с помощью циклической гормонотерапии;
- выявление и лечение хронического эндометрита.



ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ НА ПРЕДГРАВИДАРНОМ ЭТАПЕ

При грубых анатомических изменениях, обусловленных старыми разрывами (если это единственная причина невынашивания):

- операция Lasha-иссечение овального лоскута ткани с целью удаления рубцовой ткани на месте разрыва-восстановление фиброзно-мышечной целостности шейки.
- операция по Ельцову-Стрелкову-реконструктивно-пластическая, состоит из 5 этапов:
 - рассечение шейки;
 - расслоение шейки;
 - формирование канала шейки;
 - формирование наружного зева;
 - окончательное формирование шейки.

При наступлении беременности после пластических операций целесообразно родоразрешение путем кесарева сечения.



ТАКТИКА ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Выделяют консервативные и хирургические методы лечения.

К консервативным методам относят соблюдение постельного режима, применение акушерского pessaria, гормональную и токолитическую терапию.

Существует два хирургических способа коррекции- трансвагинальный и трансабдоминальный.



КОНСЕРВАТИВНЫЕ МЕТОДЫ

Показания для применения акушерского пессария:

- ИЦН более 20 недель гестации
- Профилактика несостоятельности шва при хирургической коррекции
- Отягощенный анамнез(поздний самопроизвольный выкидыш, преждевременные роды, привычное невынашивание)
- Угроза невынашивания данной беременности и прогрессирование изменения шейки
- Рубцовая деформация шейки
- Многоплодная беременность

Противопоказания:

- Рецидивирующие кровянистые выделения во 2-3 триместре
- Пролабирование пузыря



ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ

Хирургическая коррекция истмико-цервикальной недостаточности обычно осуществляется в период от 13 до 27 недель беременности.

Показания:

- наличие в анамнезе самопроизвольных выкидышей и преждевременных родов(2-3 триместр);
- прогрессирующее(по клинике) недостаточности шейки матки(изменение консистенции, появление дряблости, укорочение, постепенное увеличение «зияния» наружного зева и всего канала шейки матки, а также раскрытие внутреннего зева;
- УЗ-признаки ИЦН.

Противопоказания

- заболевания и патологические состояния, являющиеся противопоказанием к сохранению беременности(патология печени, почек, инфекционные, психические и генетические заболевания);
- повышенная возбудимость матки, не исчезающая под действием медикаментов;
- беременность, осложненная кровотечением;
- пороки развития плода, неразвивающаяся беременность по данным объективного исследования(УЗИ, генетическое исследование);
- 3,4 степень чистоты влагалищной флоры и наличие патологической флоры в отделяемом канала шейки матки.

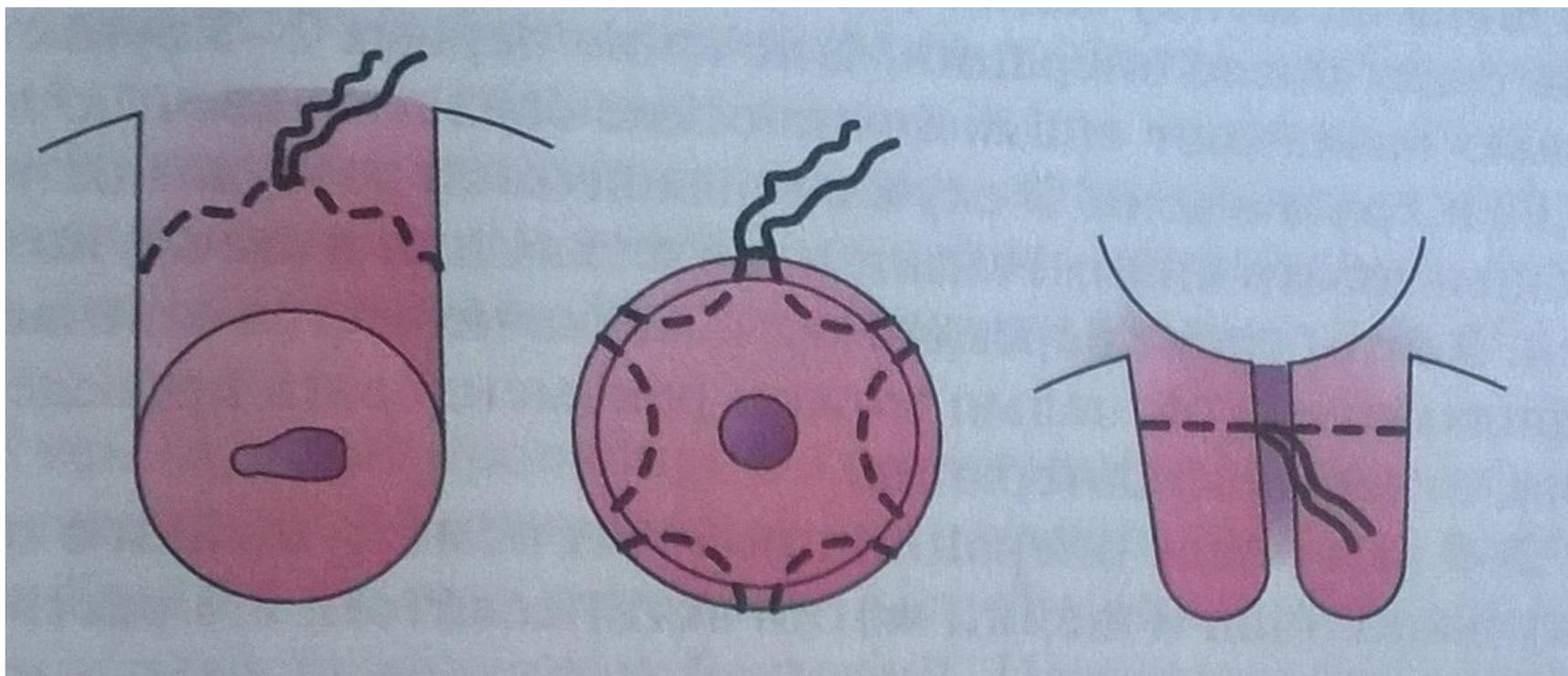
Виды хирургической коррекции

В настоящее время наибольшее распространение получили следующие методы хирургической коррекции ИЦН:

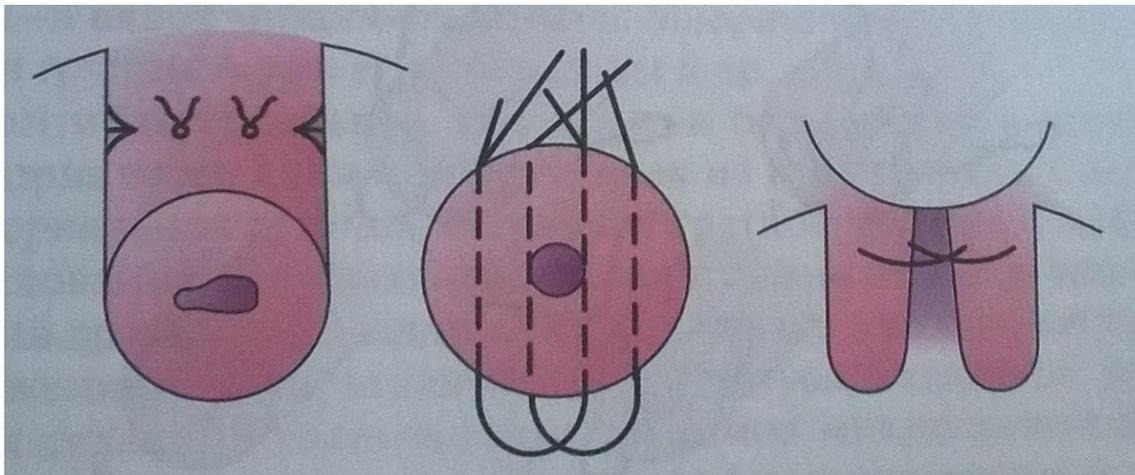
- метод Макдональда
- П-образные швы по методу А.И. Любимовой и Н. М. Мамедалиевой
- метод В.М. Сидельниковой



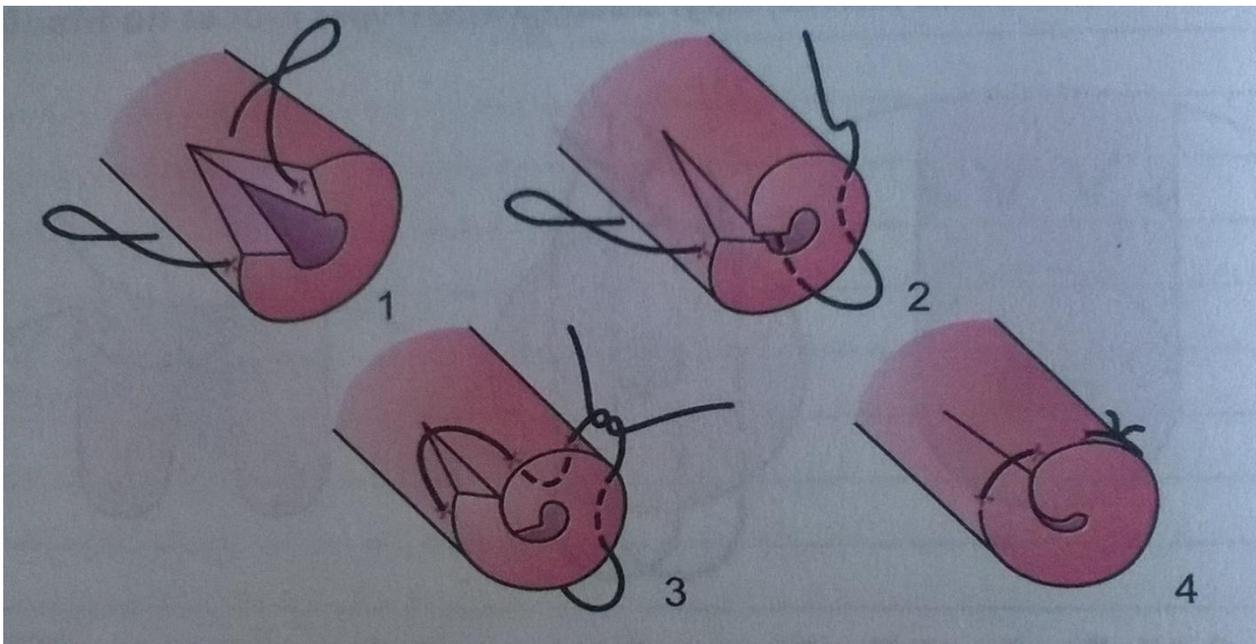
Метод зашивания шейки матки круговым кисетным швом по MacDonald.



П-образные швы на шейку матки по методу А.И. Любимовой и Н.М. Мамедалиевой.



Зашивание шейки матки по методу В.М. Сидельниковой.



ОСЛОЖНЕНИЯ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ

- Самопроизвольное прерывание беременности;
- Кровотечение;
- Разрыв амниотических оболочек;
- Некроз, прорезывание ткани шейки матки нитями;
- Образование пролежней, свищей;
- Хориоамнионит, сепсис;
- Круговой отрыв шейки матки (при начале родовой деятельности и наличии швов).



ВЕДЕНИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА

При отсутствии пролабирования пузыря(коррекция по методу Любимовой и MacDonald.

- Разрешается ходить через 2-3 часа после операции

В течение 2-3 дней после операции:

- Спазмолитики-свечи с папаверином;Но-шпа;
- При повышенной возбудимости матки-НПВС (Индометацин),электрофорез магния;
- Осмотр шейки в зеркалах и обработка антисептиками;
- Антибиотикотерапия при обширной эрозии и сдвигах в лейкоцитарной формуле;
- Антимикотики.

При неосложненном течении послеоперационного периода выписка на 5-7 день.Амбулаторный осмотр каждые 2 недели.



ВЕДЕНИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА:

При пролабировании пузыря(коррекция по методу Сидельниковой).

- Постельный режим-5-6 дней с приподнятым ножным концом;
- Антибиотики и Ig;
- Ежедневная санация влагалища;
- Для предотвращения сократительной деятельности матки на сроках более 26-27 недель-бета-миметики и Нифедипин;
- При повышении тонуса матки и сроках менее 26 недель-Индометацин, магnezия;
- Для профилактики преждевременных родов-еженедельно-17-ОПК.

Длительность лечения-2-3 недели в стационаре.

Показания к снятию швов

- срок беременности 37 недель;
 - подтекание/излитие околоплодных вод(на любом сроке), начало регулярной родовой деятельности;
 - прорезывание швов.
- 

СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!

