



# Истмико-цервикальная недостаточность при дисплазии соединительной ткани

Ткачева А.И.  
лечебный факультет  
4 курс 16 группа

## Актуальность:

Репродуктивные потери вследствие преждевременных родов являются социально значимой проблемой. К прерыванию беременности в поздние сроки ведет преждевременное созревание шейки матки, которое получило название истмико-цервикальная недостаточность.

ИЦН является причиной преждевременных родов до 33-34 недель беременности в 8,9% случаев.



# Истмико-цервикальная недостаточность -

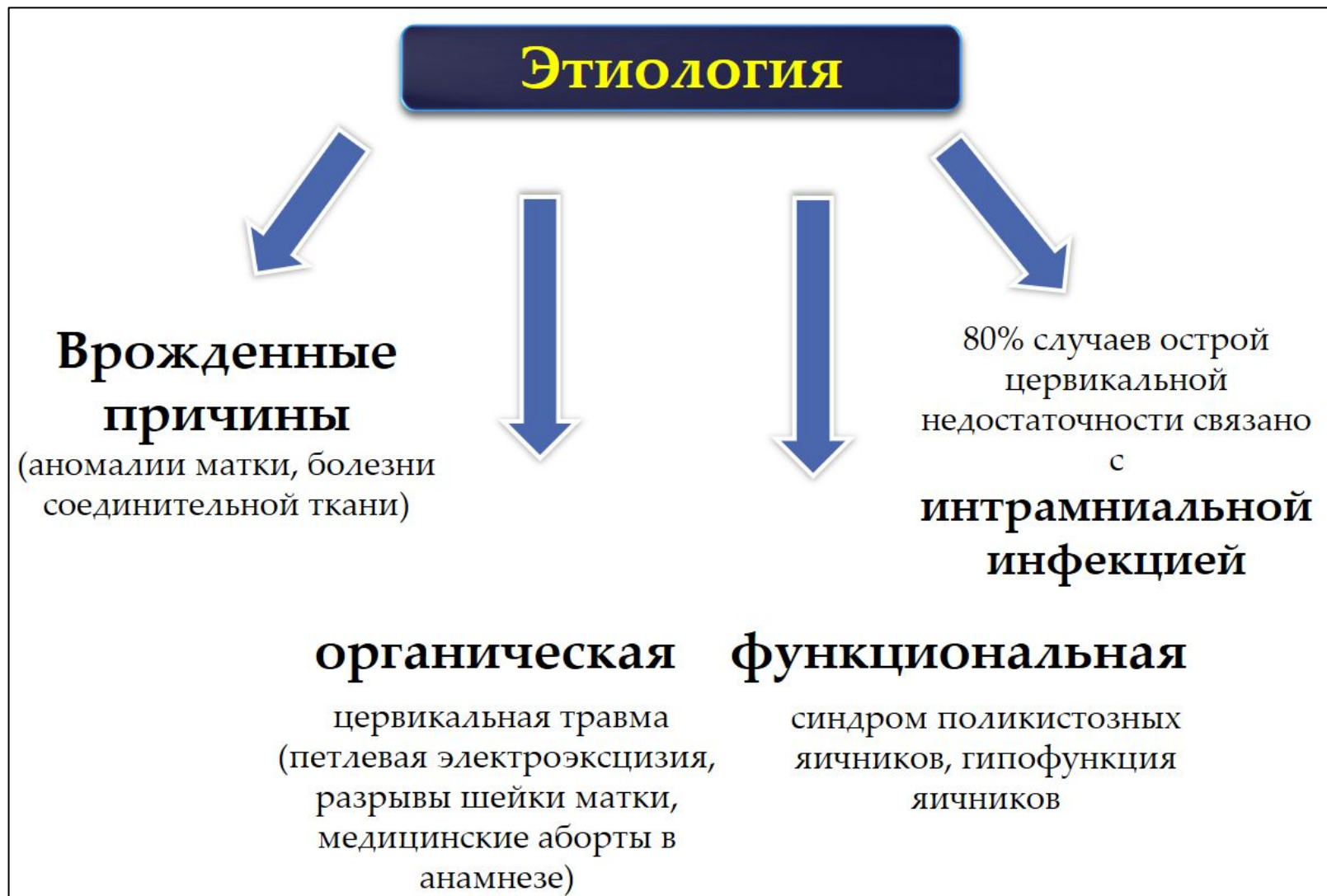
это невозможность сохранения беременности до момента доношенного родоразрешения из-за функционального или структурного дефекта шейки матки.

Либо преждевременное раскрытие шейки матки во 2 триместре беременности, приводящее к ее прерыванию.



Вход во влагалище

Последние десятилетия ознаменовались стремительным развитием молекулярно-биологических и биохимических наук, которые способствовали пересмотру существовавших ранее представлений об истмико-цервикальной недостаточности как гормонозависимом и/или ятрогенном состоянии.



# ИЦН и ДСТ

Функция шейки матки, являющейся фиброзным органом с высоким содержанием коллагена, регулируется в течение беременности процессами метаболизма коллагена и протеогликанов.

В связи с этим нарушение ее состоятельности может рассматриваться как проявление недифференцированной дисплазии соединительной ткани (НДСТ).

**Дисплазия соединительной ткани** — это генетически детерминированные состояния, характеризующиеся дефектами волокнистых структур и основного вещества соединительной ткани, приводящие к нарушению формообразования органов и систем.

Системность поражения соединительной ткани при недифференцированной дисплазии, генерализованный его характер, дает основание предполагать негативное воздействие НДСТ на запирающую функцию шейки матки во время беременности и формирование ИЦН, которая в 30-35% случаев является причиной преждевременных родов.

# ИЦН и ДСТ

Шейка матки во время беременности является структурой, выполняющей, прежде всего, запирающую функцию. Реализация этой функции возможна лишь при полной ее состоятельности, которая в том числе обеспечивается и генетически детерминированной способностью соединительной ткани, адекватностью обменных и пролиферативных процессов в организме во время беременности.

При ИЦН содержание соединительной ткани в шейке матки снижается до 40%, что приводит к раннему укорочению и размягчению шейки матки, развитию ее функциональной недостаточности. Таким образом, особую актуальность приобретает рассмотрение вопросов развития, диагностики и коррекции ИЦН у беременных с недифференцированной дисплазией соединительной ткани.



## Механизм прерывания беременности при ИЦН

При ИЦН невынашивание беременности связано с укорочением и размягчением шейки матки, зиянием внутреннего зева, в результате чего плодное яйцо не имеет опоры в нижнем сегменте. При увеличении внутриматочного давления, повышении ВБД на область функционально недостаточной шейки матки происходит прогрессирующее раскрытие внутреннего зева, пролабирование плодного пузыря и последующее вскрытие его. Роды быстрые и стремительные.





# ИЦН и ДСТ

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.

Диагноз чаще всего ставится ретроспективно.

Кроме того не определена роль дефицита магния, входящего в состав основного вещества соединительной ткани и участвующего в регуляции ее метаболизма. Известно, что в условиях недостаточности магния нарушается способность фибробластов продуцировать коллаген. Соответственно, гипомагниемия, имеющая место во время беременности, усугубляет наследственные или приобретенные дефекты соединительной ткани.

У беременных с ИЦН и НДСТ частота антигена В35 системы HLA-I, возможно связанного с дефицитом магния, выше популяционной (59,6 и 20,0%, соответственно) и свидетельствует о вероятной генетической предрасположенности к нарушению метаболизма соединительной ткани.





# Методы диагностики истмико-цервикальной недостаточности

## 1. Определение факторов и групп риска по развитию ИЦН

### 1.1. Факторы риска:

- врожденные аномалии развития матки
- функциональные нарушения
- травмы шейки матки в анамнезе
- повышенная нагрузка на шейку матки во время беременности
- анамнестические указания на малоболезненные быстрые прерывания беременности во II триместре или ранние преждевременные роды в анамнезе .



## 1.2. Группы риска:

### 1. Группа высокого риска развития ИЦН:

- в анамнезе 3 и более самопроизвольных выкидышей во II триместре беременности и/или преждевременных родов (до 34 недель беременности);
- ампутация шейки матки (трахелэктомия), высокая конизация шейки матки.

### 2. Группа среднего риска развития ИЦН:

- в анамнезе 1-2 самопроизвольных выкидышей во II триместре беременности и/или преждевременных родов;
- функциональные нарушения;
- врожденные аномалии;
- травмы шейки матки;
- многоплодная беременность.



## 2. Оценка состояния шейки матки

### 2.1. Бимануальное влагалищное исследование

Оценка степени ИЦН осуществляется по бальной шкале Штембера.

Таблица - Оценка степени ИЦН по шкале Штембера.

Клинический признак	Оценка в баллах		
	0	1	2
Длина влагалищной части шейки матки	Норма	Укорочена	Менее 1,5 см
Состояние канала шейки матки	Закрыт	Частично проходим	Пропускает палец
Расположение шейки матки	Сакральное	Центральное	Направлена кпереди
Консистенция шейки матки	Плотная	Размягчена	Мягкая
Расположение прилежащей части плода	Над входом в малый таз	Прижата ко входу в малый таз	Во входе в малый таз

Диагностическим критерием истмико-цервикальной недостаточности по данным бимануального влагалищного исследования является наличие 5 баллов и более.



# УЗИ

## 2.2. Ультразвуковое исследование

Ультразвуковые критерии истмико-цервикальной недостаточности, Врежим:

- укорочение шейки матки менее 25 мм;
- расширение цервикального канала более 1 мм

# Лечение

Лечение ИЦН направлено на восстановление запирающей функции шейки матки и зависит от наличия беременности:

Методы лечения ИЦН

1. Оперативное лечение (серкляж - хирургический шов)

1.1. Цервикальный серкляж

1.1.1.Профилактический серкляж

1.1.2.Терапевтический серкляж.

1.1.3.Неотложный серкляж

1.2. Трансабдоминальный серкляж



2. Консервативное лечение

2.1. Применение акушерского pessария (кольца Мейера)

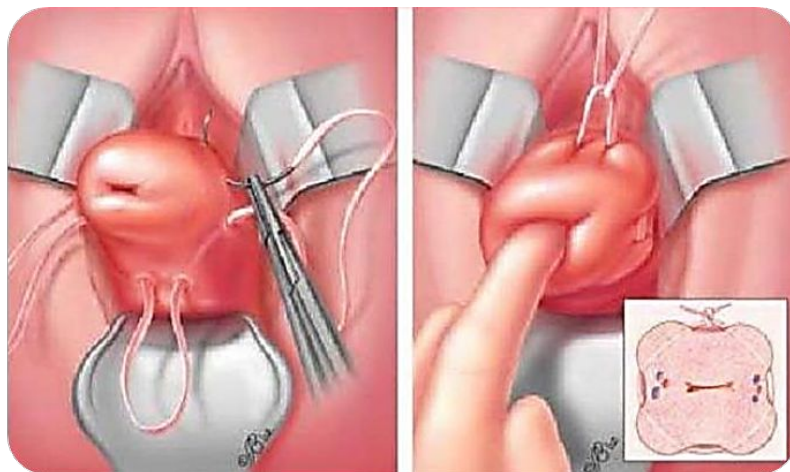
2.2. Гормональный серкляж (интравагинальный прогестерон)

Токолитическая терапия - для снижения сократительной активности матки (гинипрал-в-адреномиметик). С 16 нед-37 нед.

# Методы серкляжа:

1. **Метод Мак-Дональда** - наложение кисетного шва. Делают 5-6 уколов и стягивают швы спереди. Слизистую оболочку при этом не рассекают.
2. **Метод Широкар** - одинарный шов с предварительным рассечением слизистой оболочки.

Нет данных, указывающих на преимущество одной техники перед другой, так что выбор между методами должен быть оставлен на усмотрение хирурга.



Спасибо за внимание

