

АО «Медицинский университет Астана»
Кафедра акушерства и гинекологии интернатуры

Презентация

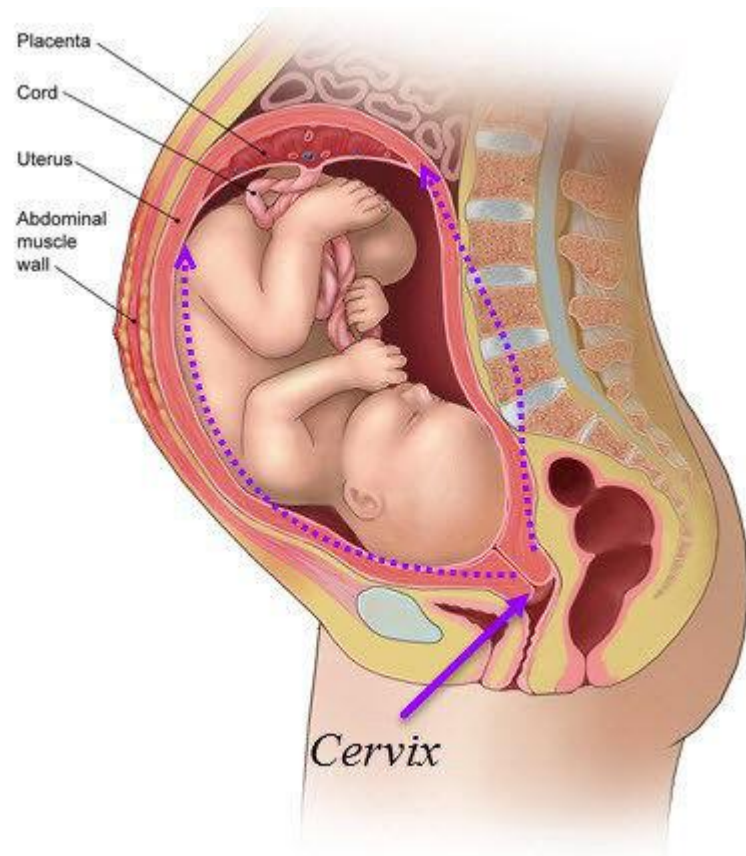
*Тема: Истмико-цервикальная
недостаточность (ИЦН). Короткая шейка
матки. Диагностика. Лечение.*

Выполнила: Ильясова А.М., 660 группа АиГ
Проверила: Тулетова А.С.

Астана 2017г.

Истмико-цервикальная недостаточность (ИЦН)

– это патологическое состояние, характеризующееся недостаточностью перешейка и шейки матки, приводящая к самопроизвольному прерыванию беременности во II и III триместрах беременности. Иными словами, это такое состояние шейки матки при беременности, при котором она начинает истончаться, становясь мягкой, укорачиваться и раскрываться, теряя способность удерживать плод в матке в сроках до 36 недель. ИЦН является частой причиной невынашивания беременности в сроках с 16 до 36 недели.



Формы ИЦН

- ❖ **Врожденная истмико-цервикальная недостаточность** - связана с врожденными пороками развития матки (двурогая матка, седловидная матка). Данная форма требует детальной диагностики и оперативного лечения еще до наступления беременности.
- ❖ **Приобретенная истмико-цервикальная недостаточность** - может иметь как органическую (чаще всего посттравматическую), так и функциональную природу возникновения.

Причины ИЦН

В соответствии с причинами ИЦН делятся на:

- **органическую ИЦН** – в результате предшествующих травм шейки матки при родах (разрывы), выскабливаниях (при аборте/выкидыше или для диагностики некоторых заболеваний), при лечении заболеваний, например, эрозии или полипа шейки матки методом конизации (иссечения части шейки) или диатермокоагуляции (прижигании). В результате травмы нормальная мышечная ткань в составе шейки заменяется на рубцовую, которая менее эластичная и более ригидная (более твердая, жесткая, неэластичная). В результате этого шейка теряет способность как сокращаться, так и растягиваться и, соответственно, не может полностью сократиться и удержать содержимое матки внутри.

- **функциональную ИЦН**, которая развивается по двум причинам: вследствие нарушения нормального соотношения соединительной и мышечной тканей в составе шейки матки или при нарушении ее восприимчивости к гормональной регуляции. В результате таких изменений шейка матки становится слишком мягкой и податливой во время беременности и раскрывается по мере увеличения давления со стороны растущего плода. Функциональная ИЦН может встречаться у женщин с нарушением функции яичников или может быть врожденной. К сожалению, механизм развития этого вида ИЦН еще недостаточно изучен. Считается, что в каждом отдельном случае он индивидуален и имеет место сочетание нескольких факторов.

Причины ИЦН

И в том и в другом случае шейка матки не способна сопротивляться давлению растущего плода изнутри матки, что приводит к ее раскрытию. Плод опускается в нижний отдел матки, плодный пузырь выпячивается в канал шейки матки (пролабирует), что часто сопровождается инфицированием плодных оболочек и самого плода. Иногда в результате инфицирования происходит излитие околоплодных вод.

Плод опускается все ниже и еще сильнее давит на шейку матки, которая открывается все больше и больше, что, в конечном счете, приводит к позднему выкидышу (с 13 до 20 недели беременности) или преждевременным родам (с 22 до 36 недель беременности).

Сдвиг гормонального баланса происходит в результате:

- Гиперандрогении – избытка группы мужских половых гормонов. В механизме участвуют андрогены плода. На 16-27 неделе он синтезирует мужские половые гормоны, которые вместе с материнскими андрогенами (они вырабатываются в норме) приводят к структурным трансформациям шейки матки за счет ее размягчения.
- Прогестероновой (яичниковой) недостаточности. Прогестерон – гормон, предупреждающий прерывание беременности.
- Беременности, наступившей после индукции (стимуляции) овуляции гонадотропинами.

Клиника и диагностика ИЦН

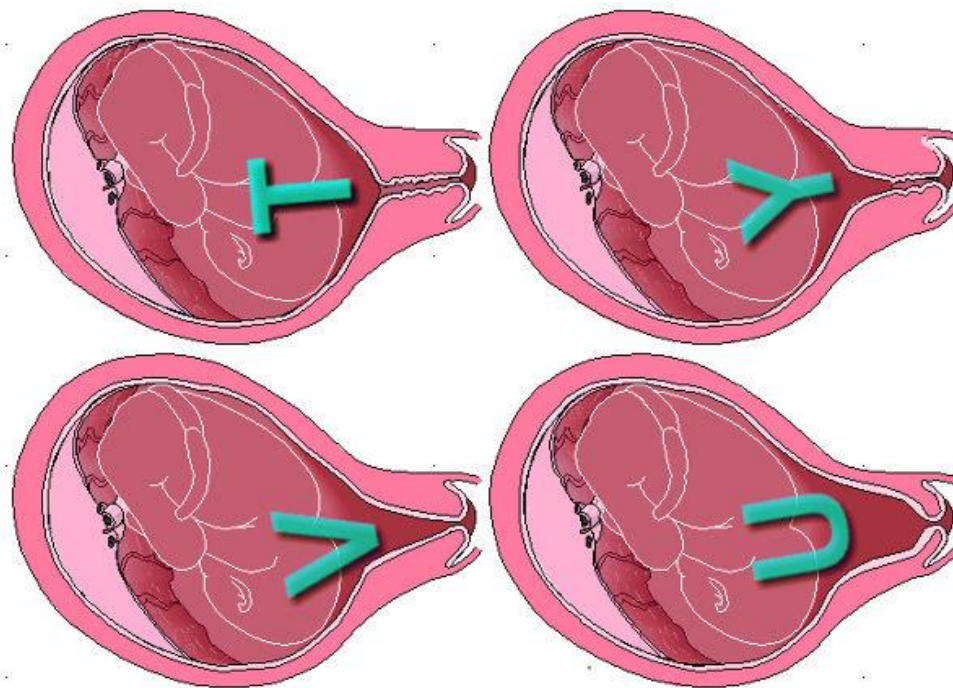
Именно из-за отсутствия выраженных симптомов истмико-цервикальная недостаточность часто диагностируется постфактум – после выкидыша или преждевременного прерывания беременности. Раскрытие цервикального канала протекает почти безболезненно или со слабовыраженной болью.

Единственным субъективным симптомом ИЦН является – увеличение объема и консистенции выделений. В этом случае нужно исключить подтекание околоплодных вод. С этой целью используют мазок на арборизацию, амниотест, которые могут давать ложные результаты. Более достоверным является тест Амнишур, позволяющий определять белки околоплодных вод. Нарушение целостности плодных оболочек и подтекание вод во время беременности опасно развитием инфицирования плода.

Признаки истмико-цервикальной недостаточности видны при влагалищном исследовании, проводимом при постановке на учет в 1 триместре беременности. При исследовании определяется:

- длина, консистенция шейки матки, расположение;
- состояние цервикального канала (пропускает палец или его кончик, в норме – стенки плотно сомкнуты);
- месторасположение предлежащей части плода (на более поздних сроках беременности).

Золотым стандартом для диагностики ИЦН является трансвагинальная эхография (УЗИ). Кроме изменения длины шейки на УЗИ при истмико-цервикальной недостаточности определяется форма внутреннего зева. Наиболее неблагоприятным прогностическим признаком ИЦН являются V- и Y-образные формы.



Лечение ИЦН

Консервативная терапия во время беременности сводится к следующим методам:

- Назначение токолитиков (препаратов, способствующих расслаблению матки) для уменьшения повышенного мышечного напряжения матки.
- Профилактика плацентарной недостаточности с применением:
 - сосудорасширяющих препаратов;
 - вазоактивных препаратов;
 - низкомолекулярных декстранов.
- Коррекция гормональных нарушений (назначение гормональных препаратов).
- Наложение акушерского пессария – специального пластикового кольца, устанавливаемого во влагалище, оказывающего поддержку шейке матки и препятствующего ее дальнейшему раскрытию.

Хирургическое лечение показано при:

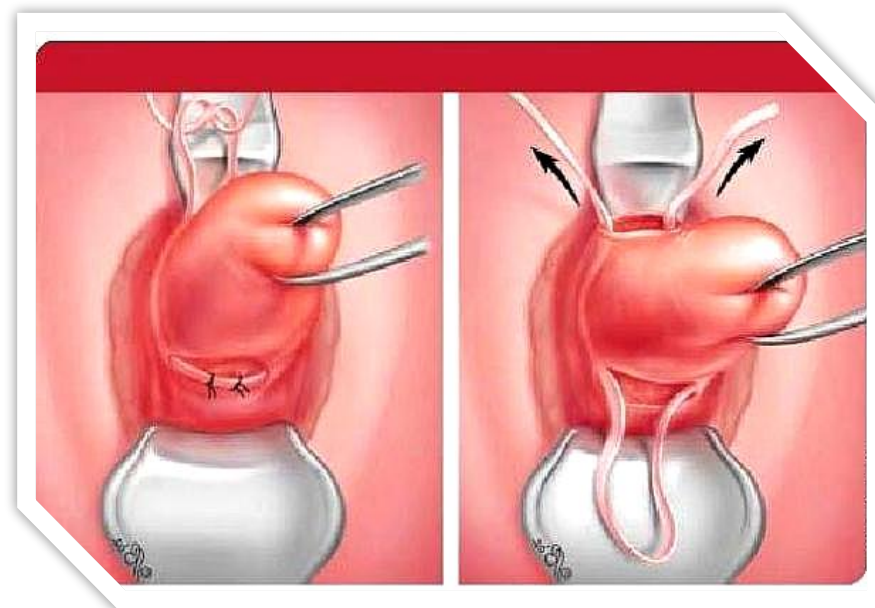
- наличии в анамнезе самопроизвольных прерываний беременностей (выкидышей) и ранних преждевременных родов;
- прогрессировании заболевания, подтвержденного с помощью влагалищного и ультразвукового исследования (УЗИ).

Операция проводится в срок от 14 до 25 недель при условии целого плодного пузыря и отсутствия признаков его выпадения и/или инфицирования.

Оперативное лечение состоит в ушивании шейки матки круговым или П-образным швом для предотвращения ее дальнейшего преждевременного раскрытия.

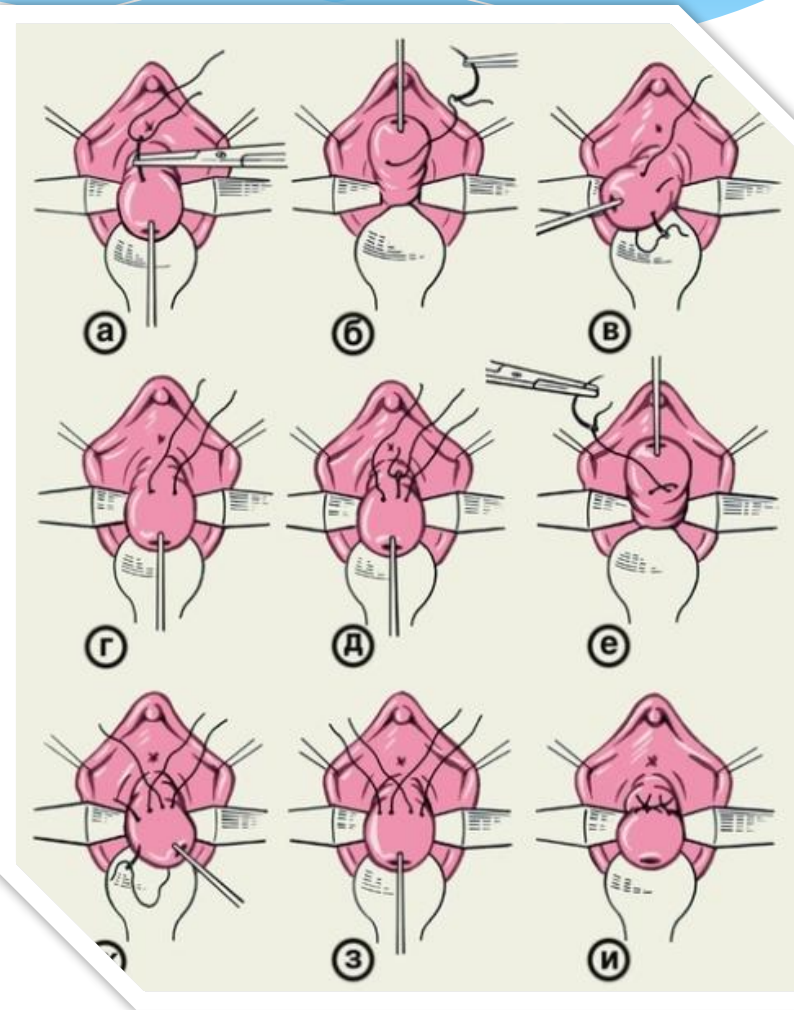
Наибольшее распространение получили методы хирургической коррекции ИЦН:

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.



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



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.

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.

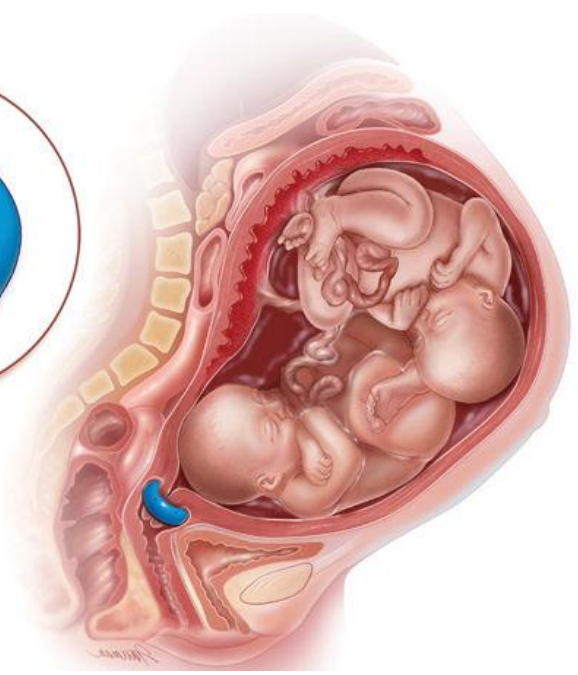
При наличии патогенной микрофлоры в посевах содержимого канала шейки матки назначают антибиотики с учетом чувствительности к ним выделенных микроорганизмов.

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.

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. Сидельникова В.М. Невынашивание беременности, 290 с, М., 2009.
4. Теория и практика эндокринной гинекологии. / Под ред. З.М. Дубоссарской. - Днепропетровск: ЛИРА, 2010. - 460 с.

