

- пунктура). М: Логос, 1997. - 314 с.
6. Уметалиев Ю.К., Белов Г.В. Использование импульсного низкочастотного электростатического поля в восстановительном периоде после обширных операций на брюшной полости // Медицина Кыргызстана, 2009, №1.- С. 35.
 7. A randomized comparison of post-operative pain, quality of life, and physical performance during the first 6 weeks after abdominal or vaginal surgical correction of descensus uteri. / Roovers JP, van der Bom JG, van der Vaart CH, et al. // *Neurourology and Urodynamics*. 2005;24(4):334-40.
 8. Banz VM, Jakob SM, Inderbitzin D. Improving outcome after major surgery: pathophysiological considerations. *Anesth Analg*, 2010 Aug 24.
 9. Dicker R., Greenspan J., Strauss et al. Complication of abdominal and vaginal hysterectomy among women of reproductive age // *Am. J. Obstet. Gynec.*-1998.-Vol.144.- P.481.
 10. Jhanji S, Pearse RM. The use of early intervention to prevent postoperative complications // *Curr Opin Crit Care*. 2009;15(4):349-354.
 11. Kehlet H. Multimodal approach to control postoperative pathophysiology and rehabilitation. *Br J Anaesth*. 1997;78(5):606-617.
 12. Randomised clinical trial of physiotherapy after open abdominal surgery in high risk patients / Mackay MR, Ellis E, Johnston C. // *Aust J Physiother*. 2005;51(3):151-9.
 13. Yamaguchi K. Evaluation of gastrointestinal motility by computerized analysis of abdominal auscultation findings. / K. Yamaguchi, T. Yamaguchi, T. Odaka, H. Saisho // *J Gastroenterol Hepatol*. - 2006 Mar.- Vol. 21, №3. – P. 510-514.

УДК 614.253.52

ИСТМИКО-ЦЕРВИКАЛЬНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ

Иманказиева Ф.И., Джумалиева А.Д., Керимкулова Д.

Кафедра акушерства и гинекологии КРСУ

Жатын моюнчасынын алсыздыгы

Ф.И. Иманказиева, А.Д. Джумалиева, Д. Керимкулова

Кыргыз-Орус Славян университети

Корутунду: Жатын моюнчасынын алсыздыгы бар 26 кошбойлуу аялдын төрөт баяндары ретроспективдүү анализден өткөн. Жатын моюнчасынын алсыздыгынын негизги себептери: төрөт кабылдопору, бойдон алдыруулар, жатын моюнчасынын жабыркоосу. Жатын моюнчасынын алсыздыгы көпчүлүк учурда айылдан төрөп келген кошбойлуларда кездешет.

Негизги сөздөр: Жатын моюнчасынын алсыздыгы, кошбойлуу аял.

Isthmo-cervical insufficiency

F.I. Imankazieva, A.D. Jumalieva, D. Kerimkulova

Kyrgyz-Russian Slavic University

Abstract. 26 stories delivery retrospectively analyzed with the aim of identifying the causes of isthmio-cervical insufficiency. Etiologic factor in this study is injury of the cervical: abortion, pathological delivery, tears of cervix. Isthmo-cervical insufficiency suffered mainly the inhabitants of the rural areas.

Key words: Isthmo-cervical insufficiency, pregnancy, delivery

Патология шейки матки: истмико-цервикальная недостаточность нередко является причиной преждевременного прерывания беременности. [7]

Шейка матки имеет две части надвлагалищную и влагалищную, которая у нерожавшей женщины приближается к форме усеченного конуса, у рожавшей имеет цилиндрическую форму.

Во время беременности в шейке матки происходят физиологические изменения. В ранние сроки гестации эти изменения незаметны, в последующем шейка матки в размере увеличивается за счет усиления кровообращения и развития застойных явлений. Наружный зев у нерожавших женщин имеет округлую форму, у рожавших вид поперечной щели.

В небеременной матке различают: от дна до макроскопически распознаваемого внутреннего зева – полость матки, от внутреннего зева до места перехода слизистой тела в слизистую шейки матки – истмус и цервикальный канал выстланный

цилиндрическим эпителием.[1,5,7,8] В течение репродуктивного цикла истмический отдел матки претерпевает циклические изменения: в фолликулярной фазе расширяется, в прогестероновой – сужается. [5,6]

В зависимости от этиологических факторов различают 3 типа истмико-цервикальной недостаточности:

- Органическая (структурная, травматическая)
- функциональная
- врожденная

Наиболее часто встречается первый тип истмико-цервикальной недостаточности, который возникает в результате повреждения истмического отдела и шейки матки во время искусственных абортов, родов крупным плодом, при оперативных родах (наложение акушерских щипцов, ручное отделение плаценты), неправильном наложении

швов на шейку матки после разрывов. Второй тип истмико-цервикальной недостаточности – функциональная недостаточность чаще связана с дефицитом половых гормонов, структурными особенностями, присущими инфантилизму женщин [2]. У такой группы женщин наблюдается гипопункция яичников, обнаруживается гипоплазия шейки или всей матки. Нередки случаи, когда функциональная истмико-цервикальная недостаточность обнаруживаются и у женщин с гиперандрогенией. [4]

В развитии функциональной истмико-цервикальной недостаточности играют роль α и β - рецепторы шейки матки. При повышении уровня эстрогенов α -рецепторы активизируются и вызывают сокращение миометрия и далее расширение перешейка. При повышении концентрации прогестерона активность β -рецепторов усиливается и миометрий расслабляется. [4,6] Отсюда следует, что активация α -рецепторов и торможение β -рецепторов ведет к функциональной недостаточности шейки матки. Истмико-цервикальная недостаточность функционального характера наблюдается при нарушении пропорционального соотношения между мышечной и соединительной тканью. Так, гистологическое исследование ткани шейки матки показало увеличение содержания мышечной ткани до 50% (в норме не более 15%), что является причиной самопроизвольного прерывания беременности, так как во время гестации происходит раннее размягчение шейки матки [4] и досрочное прерывание беременности.

Врожденная истмико-цервикальная недостаточность встречается редко и большинство исследователей относят ее к функциональной. [1,2,4,6]

В механизме прерывания беременности можно выделить следующие этапы:

- Под действием гормонов беременности происходит ускорение и размягчение влагалищной части шейки матки.
- По мере развития беременности плодные оболочки выпячиваются в цервикальный канал инфицируются и вскрываются.
- Безболезненный поздний выкидыш или быстрые преждевременные очень ранние (или ранние) роды.

Такой механизм прерывания беременности характерен как для функциональной, так и для органической истмико-цервикальной недостаточности.

Вне беременности с целью лечения истмико-цервикальной недостаточности проводится пластика шейки матки методом расслоения ее или различными другими модификациями [6]. Для сужения канала шейки матки также используются электрокоагуляция, электроконизация, тепловая каутеризация. Такие операции нередко вызывают вторичное бесплодие, невозможность или ограничение родоразрешения через естественные родовые пути, в связи с этим хирургическое лечение истмико-цервикальной недостаточности является обоснованным именно во время беременности. [4,3,6]

Для лечения истмико-цервикальной недоста-

точности во время беременности применяются хирургические и нехирургические методы терапии. К последним относится: метод наложения на шейку матки колец, изготовленных из пластмассы, или силикона, из металла, содержащих ионы меди, серебра, обладающих бактерицидными свойствами [6]. Для предупреждения преждевременных родов используются также акушерские пессарии (из органического стекла или из полиэтилена высокого давления). Однако, несмотря на некоторые преимущества этих методов – бескровность, проведение метода в амбулаторных условиях, часто возникают пролежни на месте нахождения пессария или кольца, кроме того длительное нахождение их может способствовать возникновению восходящей инфекции [1,4].

С целью коррекции истмико-цервикальной недостаточности во время беременности используются различные хирургические способы:

- Наложение циркулярных швов в области внутреннего зева с рассечением слизистой (метод Shirodkar) и без рассечения (метод MC Donald) влагалища.
- Наложение швов на шейку матки с прокалыванием слизистой в четырех местах (метод Herve))
- Зашивание внутреннего зева после иссечения слизистой вокруг наружного зева (метод Szendi).
- Наложение П-образного шва в области внутреннего зева (метод Н.М. Мамедалиевой).

Следует отметить, что наиболее широко используется последний предложенной Н.М. Мамедалиевой и Л.И. Любимовой метод наложения П-образного шва в области внутреннего зева. Этот метод доступен для выполнения в самых обычных родовспомогательных учреждениях, является менее травматичным.

Прежде чем произвести коррекцию истмико-цервикальной недостаточности как вне, так и во время беременности необходимо провести обследование.

Во время беременности проводится:

- общеклиническое обследование
- УЗИ
- определение 17-кетостероидов
- дегидроэпиандростерона
- вирусологическое
- бактериологическое
- бактериоскопическое исследование.

Помимо анамнестических данных, обследование включает осмотр и пальпаторное исследование шейки матки, позволяющей визуализировать состояние наружного зева, выявить локализацию старых разрывов, определить размягчение и укорочение шейки матки и проходимость цервикального канала.

Длина шейки матки, по данным ультразвукового исследования, равная 2,8-3 см во время беременности свидетельствует об угрозе прерывания, расширение цервикального канала на 0,7-1,0 см является достоверным признаком истмико-цер-

викальной недостаточности [3,5] и требует проведения эффективных лечебных мероприятий. Вне беременности во второй фазе цикла к рентгенологическим признакам истмико-цервикальной недостаточности относится расширение истмуса на 0,4-0,6 см и более [1,4,7,].

Степень чистоты влагалищной среды может влиять на возникновение инфекционных осложнений, в связи с чем III-IV степень чистоты влагалищного содержимого является противопоказанием для коррекции истмико-цервикальной недостаточности.

Так известно, что патогенная вагинальная и интрацервикальная микрофлора способствует освобождению фосфолипазы A2 которая стимулирует синтез простагландинов и ведет к активации процессов созревания шейки матки и досрочному прерыванию беременности [6].

Следует отметить, что после хирургической коррекции истмико-цервикальной недостаточности шейки матки, анатомически шейка не приобретает характер функционально полноценного органа. В связи с этим для благоприятного исхода беременности имеет значение при наложении швов на шейку матки срок гестации, состояние шейки матки, объем и длительность токолитической и спазмолитической терапии, а при необходимости и антибактериальной терапии.

С целью выявления этиологических факторов истмико-цервикальной недостаточности нами ретроспективно проанализированы исход беременности по данным истории родов 26 женщин, которые находились в отделении патологии беременных в Чуйском областном родильном доме 2012 году. Исследуемые женщины находились в отделении патологии беременных по поводу угрозы прерывания беременности на фоне истмико-цервикальной недостаточности. Диагноз ИЦН был выставлен на основании анамнестических данных, объективного осмотра и результатов УЗ исследования. Швы на шейку матки наложены П-образные методом Мамедалиевой Н.М. в сроках гестации от 16 до 20 недель.

По данным анализа медицинской документации средний возраст женщин составил $34,2 \pm 0,7$ лет. Почти все женщины были повторнбеременными, среди них многорожавших было 38,4 %. Больше половины пациенток (62,3 %) имели в анамнезе искусственное прерывание беременности путем кюретажа, на патологические роды указывали 30,7% пациенток, деформация шейки матки за счет старых послеродовых разрывов была обнаружена у 19,3 % женщин. Таким образом, у обследуемой группы женщин этиологическим фактором истмико-цервикальной недостаточности являлась травматизация шейки матки. После наложения швов пациентки получали токолитическую и спазмолитическую терапию в среднем $5 \pm 1,3$ суток. Следует отметить, что из 26 женщин 8 (30,7 %) женщин получали антибактериальную терапию по поводу хронического пилонефрита. По социальному статусу: работающих

пациенток было 34,6%, которые были жительницы города; все остальные женщины были домохозяйки близлежащих районов. Почти у всех женщин беременность сопровождалась анемией, в том числе тяжелой степени у 19,2% пациенток.

Анализ исхода беременности показал, что у 24 (80%) женщин беременность завершилась срочными родами и рождением здоровых детей. У одной пациентки беременность закончилась очень ранними родами – ребенок умер, у второй исход беременности не известен.

Таким образом, своевременная диагностика и правильно выбранная методика лечения истмико-цервикальной недостаточности с учетом всех возможных патогенетических факторов невынашивания, позволяет доносить беременность до срока физиологических родов, а пациенток иметь здорового ребенка.

Выводы:

1. Истмико-цервикальная недостаточность встречается у 71,3% повторнбеременных женщин.
2. В данном исследовании этиологическим фактором ИЦН является травматизация шейки матки: искусственное прерывание беременности (62,3%), патологические роды (3,7%), разрывы шейки матки (19,3%).
3. Истмико-цервикальной недостаточностью страдали (16,9%) женщин сельского населения.
4. Данная беременность у пациенток протекала на фоне анемии, в том числе с тяжелой степенью в 19,2% случаев.

Литература:

1. Бернат В.Ф., Агаджанова А.А. Диагностика и реабилитационная терапия женщин с истмико-цервикальной недостаточностью // Профилактика, диагностика и лечение женщин с невынашиванием беременности. – М., 1998. – часть 1. – С. 94-98.
2. Ишпахтин Ю.И. Клинические проблемы акушерско-генетической патологии Часть 2: Пособие для врачей. – Владивосток, 1999. – 360 с.
3. Калимов Р.М. Критерии диагностики цервикальной недостаточности // Медицина Кыргызстана. – 2011. – №3 – С.32-35.
4. Кулаков В.И., Сидельникова В.М., Агаджанова А.А. Профилактика, диагностика и лечение невынашивания беременности Информационное письмо. – М., 2003. – 20 с.
5. Липман А.Д., Черемных А.Ю. Ультразвуковые критерии истмико-цервикальной недостаточности. // Акушерство и гинекология. – 1996. – №4. – С. 5-7.
6. Мамедалиева Н.М. Сравнительный анализ некоторых хирургических методов лечения истмико-цервикальной недостаточности: Автореф. дис.... канд.мед.наук. – М., 1981. – 22 с.
7. Сидельникова В.М. Привычная потеря беременности – М: Триада X, 2002. – 304 с.
8. Стрижаков А.Н., Давыдов А.И., Белоцерковцева Л.И. Клинические лекции по акушерству и гинекологии. – М.: Медицина, 2000. – 379 с.