

**ВЛИЯНИЕ ИСТМИКО-ЦЕРВИКАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ
НА ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ, РОДОВ И ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА**

Моисеенко Е. О., Пяткова Н. П., Эйныш Е. А.

Научный руководитель: к.м.н., доцент кафедры акушерства и гинекологии Е. А. Эйныш

**Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь**

Введение

Проблема невынашивания беременности остается актуальной в современном акушерстве, важным фактором, приводящим к прерыванию беременности, является истмико-цервикальная недостаточность (ИЦН). Во II–III триместрах беременности ИЦН приводит к самопроизвольному выкидышу или преждевременным родам в 30–40 % случаев. С целью ранней диагностики ИЦН используются вагинальное и ультразвуковое исследования (УЗИ). УЗИ является более информативным, и в современном акушерстве биометрические параметры репродуктивного тракта беременных женщин принято считать наиболее распространенными диагностическими критериями ИЦН [1, 2, 3].

Цель

Анализ особенностей течения беременности, родов, послеродового периода у беременных женщин с ИЦН.

Материалы и методы исследования

Проведен ретроспективный анализ 67 историй родов. Изучено течение беременности, родов и послеродового периода у 32 женщин с ИЦН, родоразрешенных в родильном доме УЗ «ГОКБ» в период с 2007 по 2010 гг. и у 35 беременных без ИЦН. В обе группы вошли женщины детородного возраста от 18 до 37 лет. Были проанализированы клиничко-анамнестические данные, протоколы родов и операций кесарева сечения, результаты УЗИ. Статистическая обработка данных выполнялась при помощи пакета прикладных программ «Statistika» 6.0. Для количественных признаков вычислялась медиана, 5, 95 квартили, для качественных признаков вычислялась доля, ошибка доли ($P \pm Ps$), статистические различия вычислялись с помощью критерия Манна-Уитни, критерия χ^2 , точного критерия Фишера.

Результаты исследования и их обсуждение

Средний возраст в группе беременных женщин с ИЦН составил $28,9 \pm 4,3$ лет, в контрольной группе — $25,8 \pm 4,9$ лет. Из анамнеза в группе беременных женщин с ИЦН и в контрольной группе было выявлено: роды были у всех женщин обеих групп, в том числе высокий паритет родов — у 5 ($15,6 \pm 6,4$ %) и 2 ($5,7 \pm 3,9$ %), аборт — у 12 ($37,5 \pm 8,5$ %) и 13 ($37,1 \pm 8,2$ %), диатермоэлектрокоагуляция по поводу патологических изменений шейки матки — у 7 ($21,9 \pm 7,3$ %) и 5 ($14,3 \pm 5,9$ %), травмы шейки матки в родах — у 2 ($6,3 \pm 4,3$ %) и не встречались в контрольной группе, эрозия шейки матки — у 17 ($53,1 \pm 8,8$ %) и 21 ($60,0 \pm 8,3$ %), дисплазия шейки матки — у 4 ($12,5 \pm 5,8$ %) и 2 ($5,7 \pm 3,9$ %), нарушения менструального цикла — у 5 ($15,6 \pm 6,4$ %) и 2 ($5,7 \pm 3,9$ %), инфекции, передающиеся половым путем (ИППП) — у 5 ($15,6 \pm 6,4$ %) и 2 ($5,7 \pm 3,9$ %), хронический аднексит — у 7 ($21,9 \pm 7,3$ %) и 7 ($20,0 \pm 6,8$ %), хронические экстрагенитальные инфекционно-воспалительные заболевания — у 12 ($37,5 \pm 8,6$ %) и 5 ($14,3 \pm 5,9$ %), $\chi^2 = 5,97$, $p = 0,02$, неинфекционные соматические заболевания (нарушение жирового обмена, дисметаболическая миокардиодистрофия, бронхиальная астма, артериальная гипертензия) — у 13 ($40,6 \pm 8,7$ %) и 12 ($34,3 \pm 8,0$ %), патология щитовидной железы — у 5 ($15,6 \pm 6,4$ %) и 4 ($11,4 \pm 5,4$ %), миопия — у 8 ($25,0 \pm 7,7$ %) и 9 ($25,7 \pm 7,4$ %), варикозное расширение вен нижних конечностей — у 4 ($12,5 \pm 7,7$ %) и 4 ($11,4 \pm 5,4$ %), другие

заболевания, характеризующиеся дисплазией соединительной ткани (пролапс митрального клапана, недостаточность клапанов сердца, CLC-синдром, нефроптоз) — у 16 (50,0 ± 8,8%) и 15 (42,9 ± 8,4%) соответственно.

При анализе осложнений данной беременности в группе беременных с ИЦН и контрольной группе была выявлена анемия беременных — у 17 (53,1 ± 8,8 %) и 6 (17,1 ± 6,4 %), $\chi^2 = 9,6$, $p = 0,002$, угрозы прерывания беременности в сроке 14–27 недель — у 29 (90,6 ± 5,1 %) и 6 (17,1 ± 6,4 %), $\chi^2 = 14,48$, $p = 0,001$, маловодие — у 6 (18,8 ± 6,9 %) и 6 (18,8 ± 6,9 %), плацентарная недостаточность — у 6 (18,8 ± 6,9 %) и 7 (20 ± 6,8 %), преждевременное излитие околоплодных вод — у 8 (18,8 ± 7,7 %) против 9 (25,7 ± 7,4 %). Полученные результаты подтверждаются данными литературы — ИЦН часто сочетается с угрозой прерывания беременности во втором триместре [3].

Диагноз ИЦН был поставлен в сроке 32 (14,35) недель. При вагинальном исследовании длина шейки матки составила 15,0 (10,25) мм. УЗИ диагностика ИЦН была проведена у 21 (65 ± 8,4 %) пациентки. При УЗИ длина шейки матки составила 24,0 (14,35) мм, ширина шейки матки — 24,5 (17,34) мм, диаметр внутреннего зева — 4,0 (4,19) мм. По данным УЗИ диаметр внутреннего зева, превышающий 0,5–0,8 см, увеличивает относительный риск невынашивания в 2,5 раза, длина шейки матки 2 см и менее является абсолютным признаком ИЦН и требует коррекции [2].

Пациенткам была проведена коррекция ИЦН путем введения акушерского пессария у 29 (90,6 ± 5,2 %) пациенток на сроке беременности 32 (14,35) недели, путем наложения шва на шейку матки на сроке беременности 29 недель — 1 (3,1 ± 3,0%), коррекция не была проведена 2 (6,25 ± 4,3 %) пациенткам, так как ИЦН была диагностирована в середине третьего триместра беременности.

Срок наступления родов у пациенток исследуемых групп составил 37,6 ± 1,2 недели и 39,0 ± 1,1 недели, $p = 0,0001$. Преждевременные роды произошли у 3 (9,4 ± 5,2 %) пациенток на сроке 34–36 недель беременности, масса доношенных детей составила 2500 г (2440, 2750 г), что согласуется с данными литературы — в третьем триместре ИЦН встречается в каждом третьем случае преждевременных родов [3].

Пациенткам, доносившим беременность, пессарий был снят в сроке — 37,0 ± 0,8 недель. Анализируя другие осложнения родов и послеродового периода статистически значимых различий получено не было: путем операции кесарева сечения родоразрешены 7 (21,9 ± 7,3 %) и 11 (31,4 ± 7,8 %) пациенток, кровопотеря в родах составила 290 мл (150, 1000 мл) и 300 мл (200, 800 мл) соответственно, масса плода — 3115 г (2400, 4090 г) против 3280 г (2620, 4680 г), асфиксия плода легкой степени — 1 (3,1 ± 3,0 %) против 2 (5,7 ± 3,9 %), эпизиотомия в родах — 6 (18,75 ± 6,9 %) против 11 (31,4 ± 7,8 %). Новорожденные с массой тела менее 2500 г родились у 2 (6,3 ± 4,3 %) пациенток с ИЦН.

Выводы

1. ИЦН статистически значимо чаще сочеталась с анемией беременных ($p = 0,002$) и хроническими экстрагенитальными инфекционно-воспалительными заболеваниями ($p = 0,002$).

2. У пациенток с ИЦН статистически значимо чаще беременность осложнялась угрозой ее прерывания ($p = 0,001$).

3. Диагноз ИЦН подтверждался УЗИ только у 21 (65 ± 8,4%) беременной и был выставлен на сроке беременности 32 (14,35) недели.

4. Роды в группе беременных с ИЦН произошли раньше, чем в контрольной группе ($p = 0,0001$). Наблюдалось 3 (9,4 ± 5,2 %) преждевременных родов и рождение недоношенных детей у пациенток с ИЦН во время беременности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Течение беременности и родов при коррекции ИЦН с помощью акушерского пессария / Ю. В. Журавлев [и др.] // Репродуктивная функция женщин Беларуси в современных экологических условиях: сб. науч. работ VI съезда акушеров-гинекологов и неонатологов Беларуси. — Минск, 1997. — С. 146–150.
2. Мазитов, С. Р. Измерение механического импеданса шейки матки в диагностике ее функциональной несостоятельности у беременных женщин / С. Р. Мазитов, В. Н. Сидоренко. — Минск: РНПЦ «Мать и дитя», 2005. — 10 с.
3. Сидельникова, В. М. Привычная потеря беременности / В. М. Сидельникова. — М., 2002. — 304 с.