

© Олексієнко І.В., Чайка Г.В., Заславська М.Г., Пролигіна І.В.

УДК: 616.146-00864-07-08

Олексієнко І.В., Чайка Г.В., Заславська М.Г., Пролигіна І.В.

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

СУЧАСНИЙ ПОГЛЯД НА ЕТІОЛОГІЮ, ДІАГНОСТИКУ ТА ЛІКУВАННЯ ІСТМІКО-ЦЕРВІКАЛЬНОЇ НЕДОСТАТНОСТІ ШИЙКИ МАТКИ (ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ)

Резюме. У статті представлено сучасні погляди на проблему формування істміко-цервікальної недостатності у вагітних жінок. Особлива увага в статті приділяється етіології, методам діагностики та лікуванню істміко-цервікальної недостатності під час вагітності.

Ключові слова: невиношування вагітності, передчасні пологи, істміко-цервікальна недостатність, трансвагінальна цервікометрія.

Вступ

Важливим показником репродуктивного здоров'я є невиношування вагітності, яке залишається актуальною проблемою протягом багатьох десятиліть і має чітко виражену тенденцію до зростання [6].

Серед етіологічних чинників невиношування вагітності велике значення має істміко-цервікальна недостатність. Істміко-цервікальна недостатність має місце у 15-40 % жінок, які страждають на звичне невиношування. Біля 30% випадків передчасних пологів пов'язано з істміко-цервікальною недостатністю [6, 10]. Незалежно від походження істміко-цервікальна недостатності, на даний момент не має чітких та ранніх діагностичних критеріїв даного ускладнення [21, 26].

За останні 10 років збільшилася кількість мимовільних абортів у 4-6 разів. Протягом року у 50 000 жінок вагітність мимовільно переривається достроково. У I триместрі частота невиношування вагітності може досягати 50 %, у II - 20 %, у III - 30 %. Прямі репродуктивні втрати від невиношування вагітності в Україні щорічно нараховують 36-40 тисяч ненароджених бажаних дітей [9]. Можливість втрати вагітності після одного викидня становить 13-17 %, після двох - 36-38 %, при звичному невиношуванні - до 45 % [18]. Діти, які народилися в 23-27 тижнів гестації, обумовлюють до 50 % перинатальної смертності [14]. Питома вага недоношених дітей у структурі мертвонародження складає понад 50 %, до 80 % - ранньої неонатальної смертності. Щорічно у світі народжується 13 млн недоношених дітей, які в структурі малюкової смертності посідають перше місце. Серед безлічі причин, які призводять до передчасного переривання вагітності в II-III триместрах, особливу роль відіграє істміко-цервікальна недостатність. Проблема неспроможності шийки матки при вагітності відома з XIX століття як причина 15-40 % пізніх мимовільних абортів і до 30 % передчасних пологів [17]. Причина тому, що у зв'язку з вкороченням і розм'якшенням шийки матки, розширенням внутрішнього зіву і каналу шийки матки плодове яйце позбавляється фізіологічної опори в нижньому сегменті матки. При збільшенні внутрішньоматкового тиску в міру розвитку вагітності плодові оболонки випинаються в розширений канал

шийки матки, інфікуються і розриваються, після чого відбувається вигнання плодового яйця з порожнини матки [15].

Істміко-цервікальна недостатність є патологічним станом перешийка і шийки матки, при цьому вони не здатні протистояти внутрішньоматковому тиску і утримувати в порожнині матки плодове яйце, що росте, до моменту настання своєчасних пологів [2].

Причини невиношування вагітності складні і різноманітні. Серед основних етіологічних чинників невиношування вагітності велике значення має істміко-цервікальна недостатність як одна з головних причин переривання вагітності в терміні 16-28 тижнів [27]. Частота цієї патології в популяції вагітних становить 15-20 % [4], а серед жінок із звичним невиношуванням - 18-37 % [15, 3].

Розрізняють вроджену, набуту, органічну і функціональну істміко-цервікальну недостатність. До факторів ризику органічної істміко-цервікальної недостатності належать: травми шийки матки в анамнезі, які не відновлені хірургічно; оперативні пологи через природні пологові шляхи, до яких відноситься переривання вагітності на пізніх термінах, штучні аборти, лікувально-діагностичні маніпуляції на шийці матки та інвазивні методи лікування патології шийки матки (конізація, ампутація шийки матки); плідоруйнівні операції, акушерські щипці; пологи великим плодом; пологи в тазовому передлежанні.

Основними причинами функціональної істміко-цервікальної недостатності є гіперандрогенія, дисплазія сполучної тканини, підвищений вміст релаксину в сироватці крові, підвищене навантаження на шийку матки під час вагітності (багатоплідність, багатоводдя, великий плід) [11].

Функціональна істміко-цервікальна недостатність, обумовлена інфантилізмом, гормональною та плацентарною недостатністю. Розвиток функціональної істміко-цервікальної недостатності пов'язаний з порушеннями пропорційного співвідношення м'язової та сполучної тканин матки, а також із змінами реакції матки на нейрогуморальні подразники [7, 11].

У патогенезі передчасного переривання вагітності при істміко-цервікальній недостатності значна роль відводиться інфекційному фактору. При внутрішньоутробному інфікуванні спостерігається складний комплекс патогенетичних механізмів розвитку істміко-цервікальної недостатності, пов'язаних як з безпосередньою дією інфекційного агента, так і з його наслідками, такими як імунологічні, гормональні, судинні, обмінно-метаболічні порушення [8].

Демографічна ситуація в Україні на даний момент є несприятливою. У зв'язку із цим перед акушер-гінекологами і перинатологами стає завдання збереження кожної бажаної вагітності й народження здорової дитини [14].

Шийка матки в організмі жінки являється складним та гетерогенним органом, який підлягає значним змінам протягом вагітності та пологів [16].

Властивості шийки матки залежать від співвідношення сполучної та м'язової тканини. В структурі шийки матки переважає волокниста сполучна тканина, яка складається із позаклітинної матриці, що представлена колагеном, еластином та протеогліканами, та клітинною частиною, що складається із гладкої мускулатури, фібробластів, епітелію та кровоносних судин [1].

Серед біохімічних компонентів, що відіграють важливу роль у функціонуванні шийки матки відіграють такі білки як колаген та еластин, а також глікопротеїни та вуглеводневі компоненти, які приймають активну участь у процесах диференціації та взаємного розпізнавання клітин, міжклітинних контактів, адгезії, є рецепторами гормонів, медіаторів. Зміна кількісного вмісту глікопротеїнів та їх вуглеводних компонентів впливає на структурно-функціональні характеристики шийки матки [5, 12, 23].

Зміни, які відбуваються в шийці матки, впливають на зміни слизу цервікального каналу, що дозволяє використовувати його у діагностичних цілях [20, 25].

Вкорочення шийки матки, підтвержене за допомогою трансвагінальної ехоцервікометрії, є раннім маркером загрози втрати вагітності - пізнього викидня, передчасних пологів [24]. Впродовж останніх років при різних клінічних ситуаціях було продемонстровано ефективність різноманітних методів лікування істміко-цервікальної недостатності, в тому числі використання вагінального шляху введення мікронізованого прогестерону, акушерського розвантажуючого песарію та серкляжа [22]. Акушерський песарій є неінвазивним, легким та недорогим методом лікування ІЦН, однак не завжди ефективний. На сьогодні проведена недостатня кількість досліджень для визначення ефективності акушерського песарію порівняно з іншими лікувальними методиками, зокрема зі серкляжем.

Для своєчасного формування групи підвищеного ризику передчасних пологів серед пацієнток багатьма вченими проводиться пошук прогностичних критеріїв загрози передчасних пологів. Трансвагінальний моні-

торинг несе цінну інформацію про стан шийки матки (довжина, внутрішній зів, цервікальний канал) і сприяє своєчасному формуванню групи підвищеного ризику передчасних пологів. Впровадження трансвагінального ультразвукового дослідження для оцінки шийки матки під час вагітності вперше запропонували J. Brown зі співавторами у 1986 році. На даний час трансвагінальна ехографія є практично безальтернативним методом дослідження, що використовується для характеристики шийки матки і дозволяє оцінити істинну довжину шийки матки на всьому протязі, а також стан внутрішнього зіву, маючи суттєві переваги перед пальцевим дослідженням шийки матки і трансабдомінальною ехографією. Отже, застосування трансвагінального ультразвукового дослідження для оцінки шийки матки під час вагітності є надійним прогностичним критерієм у комплексній діагностиці загрози передчасних пологів [2].

Для діагностики істміко-цервікальної недостатності під час вагітності проводиться комплексне обстеження, яке включає збір анамнезу, огляд шийки матки за допомогою піхвових дзеркал і пальцеве піхвове дослідження, трансвагінальне ультразвукове дослідження.

Важливо враховувати при постановці діагнозу із анамнестичних даних наявність двох та більше епізодів переривання вагітності в другому триместрі, які не є результатом скоротливої діяльності матки чи відшарування плаценти; інструментальна дилатація шийки матки під час штучного переривання вагітності; безболісний пізній викидень або стрімкі передчасні пологи; наявність хірургічних втручань на шийці матки, розривів шийки матки другого або третього ступенів в анамнезі [16].

При оцінці інформативності довжини шийки матки необхідно враховувати спосіб її виміру, оскільки результати трансабдомінального ультразвукового дослідження відрізняються від результатів трансвагінального і перевищують їх у середньому на 0,5см [19].

В якості моніторингу за станом шийки матки при вагітності застосовується методика трансвагінальної цервікометрії. Вимірювання довжини шийки матки за даними УЗД дозволяє виділити групу підвищеного ризику розвитку передчасних пологів. При укороченні шийки матки до 25мм та більше в терміні 16-24 тижні, ризик передчасних пологів вважається підвищеним. Якщо шийка матки має довжину менше 25мм, то ризик передчасних пологів вважається високим, навіть при відсутності клінічних симптомів [14].

При ультразвуковому дослідженні ряд авторів рекомендує проводити цервікальний стресовий тест [19]. Метою даного тесту є раннє виявлення пацієнток з високим ризиком розвитку істміко-цервікальної недостатності при проведенні ультрасонографії. Другим по достовірності після трансвагінальної цервікометрії методом діагностики загрози передчасних пологів є тест на наявність фетального фібронектину в вагінальному секреті (наявність його говорить про можливий неспри-

ятливий прогноз щодо виношування) [14].

Серед методів лікування застосовують як оперативне, так і консервативне лікування. Протипоказами до хірургічного лікування є важкі форми захворювань серцево-судинної системи, печінки, нирок, інфекційні, психічні та генетичні захворювання; підвищена збудливість матки, не зникаюча під дією медикаментозних засобів; вагітність, ускладнена кровотечею; вади розвитку плода; III-IV ступінь чистоти вагінальної флори і наявність патогенної флори у виділеннях каналу шийки матки. Серед багатьох методів корекції істміко-цервікальної недостатності найбільш широко використовується запропонований в 1978 р. шов Любімової А.І. і Ма-медалієвої Н.М. подвійний П-подібний шов, що накладається на область внутрішнього вічка. Шов має багато переваг: мало травматичний, надійний, не викликає підвищення тону і скоротливої активності матки, достатній для виконання в звичайних пологових закладах, можна застосовувати в разі пролабування плодового міхура. Ефективність лікування становить близько 94 %. Оптимальним строком для накладання цього шва вважають терміни 10-16 тижнів, проте в кожному випадку цей термін визначається індивідуально, залежно від часу виникнення клінічних проявів істміко-цервікальної недостатності. Результати мікробіологічного дослідження показують, що при хірургічній корекції істміко-цервікальної недостатності після 20 тижнів вагітності, а також при пролабуванні плодового міхура частіше висівається умовно-патогенна флора в порівнянні з оперованими в 11 - 16 тижнів.

З вищезазначеного можна зробити висновок, що зі збільшенням ступеня розкриття маткового вічка про-

гноз для виношування та стану плода погіршується. У зв'язку з цим рекомендується проводити операцію при появі початкових ознак істміко-цервікальної недостатності і навіть профілактично.

При неможливості хірургічної корекції показана консервативна терапія, яка полягає в тривалому дотриманні постільного режиму, призначення медикаментозних засобів, спрямованих на зняття збудливості матки.

Нехірургічні методи (акушерський песарій, серкляж, кільце Гольджі) мають ряд переваг: вони безкровні, надзвичайно прості в застосуванні. Ці методи можуть бути використані при функціональній істміко-цервікальній недостатності, при підозрі на істміко-цервікальну недостатність, для профілактики істміко-цервікальної недостатності [13]. При виражених проявах істміко-цервікальної недостатності ці методи малоефективні.

Висновки та перспективи подальших розробок

1. Однією з основних причин переривання вагітності в II триместрі є істміко-цервікальна недостатність.

2. Трансвагінальна цервікометрія - один з основних методів діагностики неспроможності шийки матки під час вагітності.

3. Для корекції істміко-цервікальної недостатності застосовуються як консервативні, так і хірургічні методи лікування.

Широке впровадження трансвагінальної цервікометрії у повсякденну практику антенатального догляду дозволить суттєво покращити перинатальні показники, оцінити віддалені результати застосування терапії на перебіг II і III триместрів вагітності та пологів.

Список літератури

- Абрамченко В. В. Фармакотерапія преждевременных родов. - М.: ИнтелТек, 2004. - 349 с.
- Ультразвукові критерії стану шийки матки в діагностиці загрози передчасних пологів при багатоплідній вагітності / А.В. Бойчук, В.І. Бойко, І.М. Нікітіна, Б.М. Бегош // Актуальні питання педіатрії, акушерства та гінекології. - №1, 2015. - С. 99-103.
- Ведение беременности у женщин с невынашиванием в анамнезе: пособие [для врачей] / [Краснопольский В.И., Серова О.Ф., Титченко Л.И. и др.]. - М., 2006. - 24 с.
- Гурбанова С. Р. Истмико-цервикальная недостаточность - признак недифференцированной дисплазии соединительной ткани / С.Р. Гурбанова, Г.М. Соболева // Мать и дитя: материалы 8-го Всерос. науч. форума. - М., 2006. - С. 71-73.
- Дернер К. Клиническая биохимия / Дернер К. - М.: Мир, 2001. - 480 с.
- Журавлев А. Ю. Частота истмико-цервикальной недостаточности по данным ультрасонографии в сроках гестации до 20 недель. Актуальные вопросы теоретической и практической медицины и фармации: тез. докл. 67 научной сессии ВГМУ. - Витебск, 2012. - С. 87.
- Истмико-цервикальная недостаточность: возможности диагностики и исход беременности / Т.А. Власова, Е.Г. Гуменюк, Е.Ю. Шакурова [и др.] // Мать и дитя: материалы X всероссийского научного форума. - М., 2008. - С. 41-42.
- Клінічний протокол з акушерської допомоги "Невиношування вагітності". - Наказ МОЗ України №624 від 03.11.2008.
- Кулаков В. И. Преждевременные роды / В.И. Кулаков, Л.Е. Мурашко. - М.: Медицина, 2002. - 172 с.
- Липман А. Д. Ультразвуковые критерии истмико-цервикальной недостаточности / А.Д. Липман, А.Ю. Черемных // Акушерство и гинекология. - 2006. - № 4. - С. 5-7.
- Мацынин А. Н. Клиническая оценка эффективности лечения истмико-цервикальной недостаточности / А.Н. Мацынин // Репродуктивное здоровье женщины. - 2003. - № 4 (16). - С. 31-33.
- Нифантьев Э. И Основы прикладной химии: учеб. пособие / Э.И. Нифантьев, Н.Г. Парамонова. - М.: Гуманит. изд. Центр ВЛА-ДОС, 2002. - 144 с.
- Опыт лечения невынашивания беременности с помощью акушерского pessaria / И.Н. Комарцева, А.А. Марчак, Т.А. Максимова [и др.] // Амбулаторная хирургия. Стационаророзаменяющие технологии. - 2004. - № 3 (15). - С. 44-45.
- Руднева О. Д. Преждевременные роды: джунгли контраверсий // Здоровье женщины. - 2013. - № 6 (82). - С. 42-46.
- Руководство по амбулаторно-поликлинической помощи в акушерстве и гинекологии; под ред. В.И. Кулакова, В. Прилепской, В.Е. Радзинского. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. - С. 131-135.
- Серова О. Ф. Иммунологические ас-

- пекты невынашивания беременности / О.Ф. Серова, М.В. Федорова, А.Б. Полетаев // Вестник российской ассоциации акушер-гинекологов. - 2009. - № 3. - С. 25-29.
17. Сидельникова В.М. Не вынашивание беременности / Сидельникова В. М. - М., 2009. - 290 с.
 18. Сидельникова В. М. Привычная потеря беременности / Сидельникова В. М. - М.: Триада-Х, 2005. - 303 с.
 19. Ультразвуковая диагностика угрозы прерывания беременности и состояния шейки матки / И.Б. Мгалоблишвили, К.Р. Осидзе, М.Б. Мгалоблишвили [и др.] // Проблемы репродукции. - 2003. - № 3. - С. 43-47.
 20. Показатели цервикальной слизи - фактор определяющий выбор метода лечения патологии шейки матки / З.К. Хугаева, А.И. Ярема, С.В. Булгакова [и др.] // Актуальные вопросы практической медицины: сб науч тр. - М., 2009. - № 3.- С. 358-359.
 21. Althuisius S. M. Strategies for prevention - cervical cerclage / S. M. Althuisius, H.P. van Geijn // BJOG. - 2005. - Vol. 3, № 112 (1). - P. 51-56.
 22. Dharan V. B. Alternative treatment for a short cervix: the cervical pessary / V. B. Dharan // Semin. Perinatol. - 2009. - Vol. 33. - P. 338-342.
 23. Gemmill T. R. Overview of N-linked oligosaccharide structures found in various yeast species / T. R. Gemmill, R. B. Trimble // Biochemical Biophysica Acta. - 2009. - № 1426. - P. 227-237.
 24. Iams J. D. Care for women with prior preterm birth / J.D. Iams, V. Berghella // Am. J. Obstet. Gynecol. - 2010. - Vol. 203. - P. 89-100.
 25. Ogawa M. The role of cytokines in cervical ripening: correlations between the concentrations of cytokines and hyaluronic acid in cervical mucus and induction of hyaluronic acid production by inflammatory cytokines by human cervical fibroblasts / M. Ogawa, H. Hirano, H. Tsubaki // Am. J. Obstet. Gynecology. - 2008. - № 179. - P. 105-110.
 26. Owen J. Vaginal sonography and cervical incompetence / J. Owen, J.D. Iams, J.C. Hauth // Am. Obstetric. Gynecology. - 2003. - Vol. 2, № 188 (2).- P. 586-596.
 27. Transabdominal cerclage after comprehensive evaluation of women with previous unsuccessful transvaginal cerclage / R.H. Debbs, G.A. DeLa Vega, S. Pearson [et al.] // Am. J. Obstet. Gynecol. -2007. - Vol. 197, № 3. - P. 317-324.

Алексеевко И.В., Чайка Г.В., Заславская М.Г., Пролыгина И.В.
СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ЭТИОЛОГИЮ, ДИАГНОСТИКУ И ЛЕЧЕНИЕ ИСТМИКО-ЦЕРВИКАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ШЕЙКИ МАТКИ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

Резюме. В статье представлены современные взгляды на проблему формирования истмико-цервикальной недостаточности у беременных женщин. Особое внимание в статье уделено этиологии, методам диагностики и лечению истмико-цервикальной недостаточности во время беременности.

Ключевые слова: невынашивание беременности, преждевременные роды, истмико-цервикальная недостаточность, трансвагинальная цервикометрия.

Oleksiienko I.V., Chaika G.V., Zaslavskaya M.G., Prolygina I.V.
MODERN VIEW AT ETIOLOGY, DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF ISTHMIC-CERVICAL INCOMPETENCE OF THE CERVIX (LITERATURE REVIEW)

Summary. In the article modern looks are presented to the problem of forming of isthmicocervical insufficiency for expectant mothers. Particular attention is paid to the etiology, diagnosis and treatment isthmicocervical insufficiency during pregnancy.

Key words: miscarriage, premature labor, isthmic-cervical insufficiency, transvaginal ultrasonography.

Рецензент - д.мед.н., проф. Дзись Н.П.

Стаття надійшла до редакції 14.12.2015 р.

Олексієнко Ілона В'ячеславівна - магістрант кафедри акушерства та гінекології №1 Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова; +38 096 806-91-81; ilona.prolygina@yandex.ua

Чайка Григорій Васильович - д.мед.н., проф., зав. кафедрою акушерства та гінекології №1 Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова; +38 067 433-41-52

Заславська Маргарита Геннадіївна - студентка 5 курсу Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова; +38 093 954-27-27; margarita_zaslavskaya@yahoo.com

Пролыгіна Інна Валеріївна - к.мед.н., асистент кафедри акушерства та гінекології №2 Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова; +38 067 339-87-27; prolyginainna@yandex.ua