

ИСТМИКО-ЦЕРВИКАЛЬНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ КАК ОДНА ИЗ ПРИЧИН ПОЗДНИХ САМОПРОИЗВОЛЬНЫХ ВЫКИДЫШЕЙ: ПРОГНОЗИРОВАНИЕ, ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА

Алтайский государственный медицинский университет, г. Барнаул

Раченкова Татьяна Викторовна

Научный руководитель: Дударева Ю. А., д. м. н., профессор кафедры акушерства и гинекологии с курсом ДПО, SPIN-код: 3042-5411.

Введение

В настоящее время распространенность истмико-цервикальной недостаточности при беременности составляет 0,8-1% [1]. По данным различных авторов ИЦН в 15-40% является причиной самопроизвольного прерывания беременности во II триместре [2, 5].

Согласно клиническим рекомендациям ИЦН – это укорочение длины шейки матки ≤ 25 мм и/или дилатация цервикального канала ≥ 10 мм (на всем протяжении) ранее 37 недель беременности без клинической картины угрожающего выкидыша/преждевременных родов [1].

В зависимости от этиологии различают анатомическую, врожденную и функциональную ИЦН. Причинами врожденной и анатомической ИЦН являются врожденные аномалии развития матки, а также деформации вследствие разрывов шейки матки в родах, оперативного лечения заболеваний шейки матки и внутриматочных манипуляций, сопровождающихся расширением цервикального канала. Морфофункциональная структура шейки матки представлена соединительной тканью и гладкой мускулатурой, содержащей фибробласты, эпителий и кровеносные сосуды. Однако, основным структурным элементом шейки матки является коллаген I типа,

обеспечивающий 85% веса шейки матки [3]. Дисбаланс между мышечной и соединительной тканями шейки матки приводит к развитию функциональной ИЦН [4].

Цель исследования: улучшить исходы беременности путем прогнозирования и профилактики позднего самопроизвольного выкидыша на фоне истмико-цервикальной недостаточности.

Материалы и методы

Нами проведен анализ 50 случаев беременностей (основная группа), осложненных ИЦН, в сроке гестации 10-21,6 недель с поздним самопроизвольным выкидышем. Критерием включения являлось выявленное при ультразвуковом исследовании, проведенном при госпитализации, укорочение шейки матки <25 мм и/или дилатация цервикального канала ≥ 10 мм.

В контрольную группу вошли 30 беременных с физиологическим течением беременности, которая закончилась срочными родами.

Критерии исключения: хориоамнионит, неразвивающаяся беременность, экстрагенитальная патология в стадии декомпенсации, многоплодная беременность, пороки развития плода, беременность, наступившая в результате ВРТ, врожденная и анатомическая ИЦН, отказ от участия в исследовании.

В ходе исследования были использованы следующие методы: анализ клинико-anamnestических данных, параклинические методы (УЗИ плода, цервикометрия), лабораторные исследования (общеклинические исследования) с последующей статистической обработкой полученных данных (оценка достоверности различий между процентными долями в двух группах проводилась с помощью критерия хи-квадрат Пирсона, при значениях частот менее 5 – точного критерия Фишера).

Результаты

При анализе распространенности экстрагенитальной патологии в основной и контрольной группе выявлено, что железодефицитная анемия

встречалась чаще у пациенток основной группы, по сравнению с контрольной. Так частота анемии в основной группе составила 26%, тогда как в контрольной группе не было пациенток с данным заболеванием ($p=0,002$). Также заболевания ЖКТ статистически чаще встречались у женщин основной группы (12%), тогда как в контрольной группе случаев заболеваний ЖКТ у пациенток выявлено не было ($p=0,049$). Пациентки основной группы в 3,0 раза чаще страдали ожирением различной степени в сравнении с контрольной группой (10% и 3% соответственно), однако без статистически значимых различий ($p=0,227$). При анализе акушерского анамнеза выявлено, что исследуемые группы были сопоставимы по паритету. Акушерский анамнез в основной группе, по сравнению с контрольной, чаще был отягощен самопроизвольными выкидышами, 42% и 20% соответственно ($p=0,036$), в том числе неразвивающимися беременностями, част, и 50,0% в контрольной группе. Частота преждевременных родов и поздних преждевременных родов в основной группе составила 22,0%, тогда как ПР отсутствовали в анамнезе пациенток контрольной группы ($p=0,006$). Чаще в анамнезе пациенток основной группы присутствовали медицинские аборт, в сравнении с контрольной, 40% и 17% соответственно ($p=0,029$). В структуре медицинских абортов в основной группе доля прерываний беременности путем мануальной вакуумной аспирации плодного яйца составила 30,0%. При анализе частоты нарушений биоценоза влагалища установлено, что данное состояние осложняло беременность у пациенток основной группы почти в 2 раза чаще, 64,0% и 33,0% соответственно ($p=0,008$).

После ранжирования по значимости, согласно величине статистики Фишера-Снедекора, более 25 факторов, влияющих на развитие поздних самопроизвольных выкидышей на фоне ИЦН и поэтапной статистической обработки данных, были определены те из них, которые являются наиболее значимыми факторами риска. Таковыми являются анемия, неразвивающаяся беременность в анамнезе, патология ЖКТ,

самопроизвольный выкидыш в анамнезе, нарушение микробиоценоза влагалища, ожирение и преждевременные роды.

Заключение

Таким образом, риск формирования ИЦН повышен у женщин с такой соматической патологией, как анемия и латентный дефицит железа, заболевания ЖКТ и ожирение, с невынашиванием беременности и преждевременными родами в анамнезе, а также с нарушением биоценоза влагалища, осложняющим течение настоящей беременности.

Список литературы:

1. Клинические рекомендации «Истмико-цервикальная недостаточность», 2023. Утверждены Минздравом РФ.
2. Борщева А.А., Перцева Г.М., Алексеева Н.А. Истмико-цервикальная недостаточность в структуре причин невынашивания беременности. Медицинский вестник Юга России. 2020; 11(1): 34-40. <https://doi.org/10.21886/2219-8075-2020-11-1-34-40>
3. Селихова М.С., Костенко Т.И., Карапетян С.А. Генетические аспекты проблемы истмико-цервикальной недостаточности. Вестник ВолгГМУ. 2021; 1 (77). [https://doi.org/10.19163/1994-9480-2021-1\(77\)-17-20](https://doi.org/10.19163/1994-9480-2021-1(77)-17-20).
4. Жабченко И., Занько С. Истмико-цервикальная недостаточность: классификация, этиопатогенез, диагностика, методы профилактики и коррекции (клиническая лекция). Репродуктивная медицина. 2020; 1 (42): 35-47. <https://doi.org/10.37800/rm2020-1-4>.
5. Долгушина В.Ф., Алиханова Е.С. Клинико-лабораторные и иммунологические критерии прогноза преждевременных родов при истмико-цервикальной недостаточности. Бюллетень медицинской науки. 2021; 2(22): 13-21. https://doi.org/10.31684/25418475_2021_2_13. – EDN KGGGNB.

Как цитировать:

Раченкова Т. В. Истмико-цервикальная недостаточность как одна из причин поздних самопроизвольных выкидышей: прогнозирование, лечение и профилактика. *Scientist (Russia)*. 2024; 2 (28): 26-29.
