

©И. А. Жабченко

ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины»

АЛГОРИТМ АКУШЕРСКИХ ДЕЙСТВИЙ ПРИ ИСТМИКО-ЦЕРВИКАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

АЛГОРИТМ АКУШЕРСКИХ ДЕЙСТВИЙ ПРИ ИСТМИКО-ЦЕРВИКАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ. В статье представлены современные взгляды на проблему формирования истмико-цервикальной недостаточности (ИЦН) у беременных женщин, ее роль в перинатальных потерях, а также освещены сопутствующие проблемы (дисбиоз влагалища, прогестероновая недостаточность). Предложен алгоритм диагностических и лечебно-профилактических действий врача при ИЦН, включающий патогенетически обоснованную двухэтапную санацию половых путей с использованием селективного пробиотика «Вагисан», поддержку кислой pH во влагалище, нормализацию уровня прогестерона с помощью препарата «Лютеина», введение акушерского разгружающего пессария или серкляж.

АЛГОРИТМ АКУШЕРСКИХ ДІЙ ПРИ ІСТМІКО-ЦЕРВИКАЛЬНІЙ НЕДОСТАТНОСТІ. У статті представлено сучасні погляди на проблему формування істміко-цервікальної недостатності (ІЦН) у вагітних жінок, її роль у перинатальних втратах, а також освітлені супутні проблеми (дисбіоз піхви, прогестеронова недостатність). Запропоновано алгоритм діагностичних і лікувально-профілактичних дій лікаря при ІЦН, що включає патогенетично обґрунтовану двохетапну санацію статевих шляхів з використанням селективного пробіотика «Вагісан», підтримку кислої рН піхви, нормалізацію рівня прогестерону за допомогою препарату «Лютеїна», введення акушерського пессарія або серкляж.

ALGORITHM OF OBSTETRIC ACTIONS AT ISTHMICOCERVICAL INSUFFICIENCY. In the article modern looks are presented to the problem of forming of isthmocervical insufficiency (ICI) for expectant mothers, her role in perinatal losses, and also concomitant problems (vaginal disbioses, progesterone insufficiency) are lighted up. The algorithm of diagnostic and medical and preventive actions of doctor offers at ICI including nosotropic reasonable twostage sanation of genital tracts with the use of selective probiotic «Vagisan», support of sour pH in a vagina, normalization of level of progesterone by means of preparation of «Luteina», introduction of obstetric off-loading pessary or serclage.

Ключевые слова: истмико-цервикальная недостаточность, беременность, дисбиоз влагалища, алгоритм действий, санация, пробиотик, микронизированный прогестерон.

Ключові слова: істміко-цервікальна недостатність, вагітність, дисбіоз піхви, алгоритм дій, санація, пробіотик, мікронізований прогестерон.

Key words: isthmocervical insufficiency, pregnancy, vaginal disbioses, algorithm of actions, sanation, probiotic, progesterone.

Шейка матки (ШМ) во время беременности является уникальной структурой, созданной, прежде всего, для удержания плода в полости матки до его полной зрелости. Эту функцию ШМ может выполнять только при полной ее состоятельности, которая обеспечивается нормальной клеточной структурой, отсутствием активации микрофлоры влагалища и цервикального канала (ЦК), генетически детерминированной способностью соединительной ткани, адекватными обменными и пролиферативными процессами в организме во время беременности.

ШМ является фиброзным органом, в котором содержание соединительной ткани (СТ), по данным различных авторов, составляет 75–80 % [1–3]. Основными структурными компонентами СТ являются клеточные элементы (разновидности фибробластов, гистиоциты, лаброциты) и экстрацеллюлярный матрикс (ЭЦМ), состоящий из коллагеновых и эластиновых волокон, а также из внеклеточных веществ (фибрилин, эластин, тенаксин, гликопротеины, протеогликаны). При ИЦН содержание СТ в ткани ШМ снижается до 40 %, что приводит к раннему укорочению и размягчению ШМ, развитию ее функциональной несостоятельности [2]. Таким образом, есть все основания считать развитие ист-

мико-цервикальной недостаточности (ИЦН) проявлением недифференцированной дисплазии СТ, в основе которой лежат нарушение синтеза коллагена, чрезмерная его деградация, образование патологических форм коллагена, нарушения структуры коллагеновых волокон и морфогенеза компонентов ЭЦМ, возникающие у пациентов с определенной генетической склонностью под влиянием неблагоприятных факторов внешней среды [1, 2]. В строме ШМ во время беременности наблюдается деструкция коллагеновых волокон, образуются новые кровеносные сосуды, появляются новые клетки, схожие по морфологическим характеристикам на децидуальные; строма инфильтрируется лимфоцитами, лейкоцитами, моноцитами [4, 5].

Среди этиологических факторов невынашивания беременности большое значение имеет ИЦН, как одна из главных причин прерывания беременности в сроке 16–28 недель. Следует отметить, что частота данной патологии в популяции беременных составляет, по данным разных авторов, 15–20 %, а среди женщин с привычным невынашиванием – 18–37 % [6–11]. Кроме случаев с явно выраженными клиническими признаками ИЦН и данных анамнеза с указанием на наличие привычного невынашивания, особенно в по-

здние сроки беременности, в настоящее время возросло количество беременных, которых можно отнести к группе риска по развитию данной патологии. Среди них – женщины с многоводием (на фоне хронического инфицирования), многоплодием (увеличение частоты успешного экстракорпорального оплодотворения с развитием многоплодной беременности), макросомией плода, врожденной недифференцированной дисплазией соединительной ткани (нарушение органической структуры шейки матки за счет патологии коллагена и, как следствие, снижение запирающей функции внутреннего зева) [1, 2, 4, 6, 7, 9].

С целью диагностики состояния ШМ во время беременности в контексте выявления ИЦН наиболее значимыми методами являются пальпаторная оценка состояния ШМ при вагинальном исследовании беременной (расположение ШМ, ее длина, консистенция, состояние наружного зева – наличие старых разрывов, степень его раскрытия) и ультразвуковая диагностика трансвагинальным доступом [8, 9, 10, 12]. В дополнение к указанной методике с целью ранней диагностики пациенток с высоким риском развития ИЦН правомочно применение *ультразвукового цервикального стрессового теста*: при трансвагинальном УЗИ рукой осуществляется умеренное надавливание на дно матки по ее оси в направлении влагалища в течение 15–30 секунд. *Положительным* считается тест при: уменьшении длины ШМ на 2 и более мм; расширении внутреннего зева ШМ до 5 и более мм (E. R. Guzman et al.).

Основными принципами профилактики ИЦН являются: восстановление целостности ШМ при ее травматизации сразу после родов, аборт, диагностических выскабливаний; коррекция выявленной ИЦН на этапе прегравидарной подготовки (иссечение и ушивание старых разрывов, использование дермальных филлеров на основе гиалуроновой кислоты, которая эффективно восполняет утраченный объем и повышает гидрофильность тканей); профилактика сексуально-трансмиссивных инфекций; поддержка оптимального pH половых путей; своевременное выявление факторов риска развития ИЦН и минимизация их влияния; прогестероновая поддержка беременности на фоне ИЦН [11, 14–18].

Начинать любые действия у беременных с патологией ШМ следует с определения особенностей микробиоценоза влагалища и ЦК, чувствительности найденных микробных агентов к антибиотикам и проведения адекватной санации согласно приказу МЗ Украины № 906 от 27.12.2006 р. об утверждении клинического протокола по акушерской помощи «Перинатальные инфекции» [19]. Заболевания шейки матки инфекционного генеза у беременных этиопатогенетически связаны с микробиоценозом влагалища, pH его содержимого. Кислая среда вагинального секрета (pH = 4,0–4,4) и колонизация влагалища и влагалищной части ШМ лактобактериями на 85–90 % – это стержневые механизмы обеспечения нормального биоценоза и благоприятного течения беременности. Именно поэтому лучшим и очень доступным методом контроля состояния функциональной защитной системы влагалища счита-

ется pH-метрия с помощью специальных индикаторных полосок [15].

Беременность резко ограничивает количество разрешенных к использованию препаратов, особенно на ранних ее сроках. Однако хорошо известно, что моноинфекция встречается в современных условиях очень редко (8–27,5 %, по данным разных авторов), поэтому возникает потребность в антимикробных препаратах, соответствующих требованиям: безвредность во время беременности; бактерицидное воздействие на широкий спектр возбудителей, одновременно уменьшающее количество лекарств, назначаемых беременной; минимальное всасывание с поверхности влагалища, что дает снижение алергизации организма беременной и обеспечение безопасности для плода; высокая эффективность; удобство применения; доступность для пользователей. В целях дальнейшего восстановления биоценоза влагалища после санации половых путей беременным следует проводить заселение нормальной микрофлорой путем назначения специфических биологических препаратов. К таким препаратам относятся пробиотики – вещества, содержащие живые высушенные клетки молочнокислых бактерий. Наиболее эффективны культуры с высокой антагонистической активностью в отношении широкого спектра патогенных микроорганизмов. Однако многие существующие пробиотики местного применения содержат лакто- и бифидобактерии кишечного происхождения, которые не способны эффективно приживаться во влагалище из-за низких адгезивных свойств по отношению к вагинальным эпителиоцитам. В результате этого лечение может привести к недолговременному клиническому эффекту. Поэтому патогенетически обоснованным является дифференцированное назначение на втором этапе санации пробиотиков специфического действия (отдельно для микрофлоры влагалища, кишечника, мочевых путей).

В случае применения пробиотиков у беременных с ИЦН удобно и патогенетически обосновано использование препарата «Вагисан» («Галенска лаборатория Ядран», Хорватия). Учитывая наличие определенной этапности в коррекции ИЦН (санация половых путей перед лечением – серкляж/введение пессария – санация и регенерация после серкляжа/введения пессария) на фоне обязательного применения различных форм препаратов микронизированного прогестерона (пероральная/сублингвальная, интравагинальная), существенно упрощает задачу восстановления и поддержки нормального состава вагинального биотопа наличие двух форм препарата (пероральной и вагинальной). Это позволяет не прерывать курс терапии и чередовать их в зависимости от необходимости, аналогично формам микронизированного прогестерона.

В состав пероральной формы препарата входят пробиотические штаммы *Lactobacillus rhamnosus GR-1™* и *Lactobacillus reuteri RC-14™* в суммарном количестве не менее 10^9 живых бактерий; вагинальная форма «Вагисана» содержит те же микроорганизмы, но уже в большей концентрации (в суммарном количестве не менее 2×10^9 живых бактерий), фруктоолиго-

сахариды (ФОС) и молочную кислоту. Активную жизнедеятельность лактобактерий поддерживают именно ФОС, выступая питательным субстратом для них. Молочная кислота снижает уровень pH влагалищного содержимого, тем самым угнетая рост и адгезию патогенных бактерий и способствуя восстановлению нормоценоза. Препарат способствует быстрому увеличению количества лактобактерий во влагалище, т. к. пробиотические штаммы *Lactobacillus rhamnosus GR-1™* и *Lactobacillus reuteri RC-14™* восстанавливают естественную кислую среду во влагалище (pH 3,8–4,5), продуцируют бактериоцины, перекись водорода, обладают антиграммотрицательной и антиграмположительной активностью, способны разрушать биопленки патогенных микроорганизмов.

Применение микронизированного прогестерона при ИЦН имеет принципиальное значение и обусловлено двумя основными причинами: необходимостью снижения тонуса матки при короткой ШМ и созданием благоприятных условий для формирования адекватного эпителиального слоя во влагалище за счет его утолщения и увеличения эластичности клеток промежуточного слоя, что создает необходимую среду для существования и размножения лактобактерий. Как уже было отмечено, возможность чередования по необходимости различных форм препарата позволяет не прерывать курс гормонотерапии на период санации и тем самым способствовать пролонгированию беременности. В нашей практике ведения беременных с ИЦН хорошо зарекомендовал себя препарат «Лютеина» (Адамед, Польша), выпускаемый в сублингвальной и вагинальной формах.

Впоследствии с целью поддержания кислой среды во влагалище показано ежедневное использование увлажняющего средства для интимной гигиены «Вагисан» на основе молочной кислоты, экстрактов календулы и ромашки аптечной. Средство обеспечивает противовоспалительное, антимикробное, успокаивающее действие, увлажняет и защищает слизистую оболочку, поддерживает кислую среду во влагалище.

Существующие методы лечения ИЦН направлены, как правило, на механическое усиление запирающей функции внутреннего зева шейки матки, и применяются уже на фоне выраженной клинической картины (раскрытие наружного и внутреннего зева, укорочение шейки матки, клинические проявления угрозы прерывания беременности и т. д.). Известные инвазивные методы лечения ИЦН (наложение циркулярного шва на шейку матки в различных модификациях) [20] требуют тщательной подготовки, госпитализации женщины в акушерско-гинекологический стационар, применения наркоза, являются психологически травмирующим фактором для беременной, что может, в свою очередь, усугубить течение угрожающего аборта на фоне ИЦН.

Получивший в последние годы широкое признание метод введения акушерского разгружающего пессария (АРП) является неинвазивным, не требует специальной подготовки и участия смежных специалистов (анестезиолога), наносит меньшую психологическую травму беременной. Одним из основных

преимуществ данного метода является возможность его успешного применения на этапе доклинических проявлений ИЦН (по данным УЗИ, анамнеза, наличие указанных выше факторов риска) и его профилактический эффект [21–23], а также возможность его применения в амбулаторных условиях. Механизм действия АРП сводится к следующему: уменьшение нагрузки на несостоятельную шейку вследствие смещения давления плодного яйца; частичное перераспределение внутриматочного давления на переднюю стенку матки вследствие вентрально-косоого расположения пессария; физиологическая сакрализация шейки матки благодаря фиксации в смещенном кзади центральном отверстии акушерского пессария; замыкание шейки матки стенками центрального отверстия пессария; сохранение слизистой пробки, снижение половой активности позволяет уменьшить вероятность инфицирования; улучшение психоэмоционального состояния пациентки. Суммарное воздействие АРП приводит к замыканию шейки матки, перераспределению давления плодного яйца, сакрализации шейки, лучшему формированию укороченной и частично открытой шейки матки [22]. Введение АРП облегчается при использовании увлажняющего геля «Вагисан» на основе молочной кислоты, что позволяет также поддерживать нормальную pH влагалища у беременных с ИЦН.

Подытоживая изложенную информацию, при выявлении ИЦН можно предложить следующий

АЛГОРИТМ ДЕЙСТВИЙ АКУШЕРА-ГИНЕКОЛОГА:

- **Диагностические действия (осмотр, пальпация ШМ, УЗД + цервикальный стрессовый тест, определение уровня pH влагалища, концентрации прогестерона в крови, бактериологическое обследование).**
- **Двухэтапная санация половых путей с использованием патогенетически обоснованного местного антимикробного препарата (10 дней) и селективного пробиотика «Вагисан» (вагинальные капсулы на основе штаммов *Lactobacillus rhamnosus GR-1™* и *Lactobacillus reuteri RC-14™* 7 дней).**
- **Прогестероновая поддержка (микронизированный прогестерон «Лютеина» сублингвально 50–100 мг дважды в сутки).**
- **Введение акушерского пессария (с использованием увлажняющего геля «Вагисан» на основе молочной кислоты) или серкляж.**
- **Длительная поддержка pH влагалища (пероральные капсулы пробиотика «Вагисан» до 1 мес.; средство для ежедневной интимной гигиены на основе ромашки, календулы и молочной кислоты «Вагисан»).**
- **Прогестероновая поддержка (микронизированный прогестерон «Лютеина» в вагинальной форме дважды в сутки по 50–150 мг).**
- **Периодический контроль эффективности (pH влагалища, при необходимости – бактериоскопическое/бактериологическое обследование; УЗД).**
- **Удаление пессария в 37–38 нед. с последующей санацией перед родами по тем же принципам.**

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Влияние неспецифического кольпита и цервицита на интеграцию вируса папилломы человека 16 типа в геном у больных с фоновыми заболеваниями и предраком шейки матки / [Якимова Т. П., Карташов С. М., Белодед О. А., Удербаяева Г. Ж.] // Здоровье женщины. – 2005. – № 2 (22). – С. 97–99. Акушерство: национальное руководство / под ред. Э. К. Айламазяна, В. И. Кулакова, В. Е. Радзинского, Г. М. Савельевой. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 1200 с.
2. Куковенко Е. М. Возможности трансвагинального ультразвукового исследования и цервикогистероскопии в диагностике полипов цервикального канала / Е. М. Куковенко, С. Э. Саркисов // Ультразвуковая и функциональная диагностика. – 2003. – № 1. – С. 41–46.
3. Суханова А. А. Патогенез, профілактика, діагностика і лікування фонових і передракових процесів шийки матки у вагітних : автореф. дис. канд. мед. наук : 14.01.01. / А. А. Суханова. – К., 2010. – 35 с.
4. Руководство по эффективной помощи при беременности и рождении ребенка / [М. Энкин, М. Кейрс, Д. Нейлсон и др.] ; пер. с англ. под ред. А. В. Михайлова. – СПб.: Петрополис, 2003. – 480 с.
5. Савицкий Г. А. Биомеханика физиологической и патологической родовой схватки // Г. А. Савицкий, А. Г. Савицкий. – СПб.: Элби-СПб, 2003. – 287 с.
6. Акушерство: национальное руководство / под ред. Э. К. Айламазяна, В. И. Кулакова, В. Е. Радзинского, Г. М. Савельевой. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 1200 с.
7. Акушерство та гінекологія : у 4 т. : національний підручник / кол. авт., за ред. акад. НАМН України, проф. В.М. Запорожана. Т. 1: Акушерство / [В. М. Запорожан, В. К. Чайка, Л. Б. Маркін та ін.] ; за ред. акад. НАМН України, проф. В. М. Запорожана. – К.: ВСВ «Медицина», 2013. – 1032 с.
8. Васеленко В. А. Истмико-цервикальная недостаточность: все еще клинко-диагностическая проблема? / В. А. Васеленко, И. Ю. Гордиенко // Ультразвуковая перинатальная диагностика. – 2005. – № 18. – С. 21–30.
9. Профілактика та лікування найближчих та віддалених наслідків пологових травм м'яких тканин родового каналу / [Жабченко І. А., Бондаренко О. М., Коваленко Т. М., Букшицька Т. Д.] // Здоровье женщины. – 2006. – № 2. – С. 95–98.
10. Романенко Т. Г. Багатоплідна вагітність та істміко-цервікальна недостатність / Т. Г. Романенко, І. П. Мельничук // Здоровье женщины. – 2014. – № 6 (92). – С. 33–40.
11. Цвігун М. В. Невиношування вагітності – один із наслідків перенесених оперативних втручань на шийці матки у жінок репродуктивного віку / М. В. Цвігун // Здоровье женщины. – 2014. – № 8 (94). – С. 44–46.
12. Коханевич Є. В. Алгоритм лікування вагітних з патологією шийки матки / Є. В. Коханевич, А. А. Суханова // Жіночий лікар. – 2010. – № 6 (32). – С. 16–18.
13. Мониторинг патологии шейки матки у беременных / Н. Н. Волошина, О. Ю. Петрова, Т. П. Кузнецова [и др.] // Здоровье женщины. – 2007. – № 2 (30). – С. 63–67.
14. Инструкция по применению акушерского разгружающего pessaria для профилактики невынашивания беременности у женщин с истмико-цервикальной недостаточностью / С. Н. Занько, В. Г. Дородейко, А. Ю. Журавлев. – Витебск, 1999. – 15 с.
15. Предупреждение репродуктивных потерь: стратегия и тактика. Избранные материалы Образовательного семинара «Инновации в акушерстве и гинекологии с позиций доказательной медицины». Информационный бюллетень / под ред. проф. В. Е. Радзинского. – М.: Редакция журнала Status Praesens, 2014. – 24 с.
16. Применение неинвазивного метода профилактики и лечения истмико-цервикальной недостаточности / [Жабченко И. А., Коломийцева А. Г., Скрипченко Н. Я., Букшицкая Т. Д.] // Труды Крымского государственного медицинского университета им. С. И. Георгиевского «Проблемы, достижения и перспективы развития медико-биологических наук и практического здравоохранения». – 2007. – Т.143, ч. III. – С. 76–79.
17. Туманова Л. Е. Микроэкология влагалища и цервикального канала у беременных с патологией шейки матки / Л. Е. Туманова, О. В. Коломиец // Здоровье женщины. – 2005. – № 2 (22). – С. 46–48.
18. Щербина М. О. Нові шляхи оптимізації ведення жінок з істміко-цервікальною недостатністю / М. О. Щербина, Му'Авія Салем Альмарадат // Збірник наукових праць Асоціації акушерів-гінекологів України. – К.: Поліграф плюс, 2014. – С. 315–317.
19. Наказ МОЗ України № 906 27.12.2006 р. «Про затвердження протоколу з акушерської допомоги «Перинатальні інфекції». – К., 2006.
20. Ониськів Б. О. Лікування істміко-цервікальної недостатності у жінок з невиношуванням вагітності / Б. О. Ониськів, Б. М. Бегош, В. С. Шадріна // Невиношування вагітності (збірник наукових праць). – К., 1997. – С. 323–324.
21. Дубоссарская З. М. Дискуссионные вопросы патологического течения беременности и родов при дисплазии соединительной ткани (обзорная статья) / З. М. Дубоссарская, Ю. А. Дубоссарская, В. Т. Нагорнюк // Збірник наукових праць Асоціації акушерів-гінекологів України. – К.: Поліграф плюс, 2014. – С. 125–129.
22. Журавлев А. Ю. Исходы беременности при консервативной и хирургической коррекции истмико-цервикальной недостаточности / А. Ю. Журавлев, С. Н. Занько // Медико-соціальні проблеми сім'ї. – 2006. – Т.11, № 2. – С. 44–46.
23. Маркін Л. Б. Функціональна істміко-цервікальна недостатність як прояв недиференційованої дисплазії сполучної тканини / Л. Б. Маркін, У. Є. Прокіп // Збірник наукових праць Асоціації акушерів-гінекологів України. – К.: Поліграф плюс, 2014. – С. 231–232.

Получено 13.02.15