

В.В. АБРАМЧЕНКО

Научно-исследовательский институт
акушерства и гинекологии
им. Д.О.Отта РАМН,
Санкт-Петербург

ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ИСТМИКО- ЦЕРВИКАЛЬНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ И ЕЕ ТЕРАПИЯ ДЮФАСТОНОМ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Одной из причин невынашивания беременности является истмико-цервикальная недостаточность, которая обуславливает 16-20% выкидышей во втором триместре беременности.

Роль истмико-цервикальной недостаточности (ИЦН) в спонтанном прерывании беременности до конца не выяснена. При этом существенное место занимают разработки различных модификаций хирургического лечения ИЦН, что привело к очень широкому применению хирургических вмешательств на шейке матки, в том числе и "профилактического" характера. Наложение кругового шва на шейку матки целесообразно только в тех случаях, когда имеется органический вариант данной патологии. Дифференциальная диагностика органической и функциональной ИЦН при беременности довольно трудна.

Недостаточность шейки матки является зачастую причиной повторных выкидышей, так называемого привычного невынашивания. ИЦН чаще всего проявляется в виде безболезненной, прогрессирующей дилатации и сглаживания шейки матки, возникающей, как правило, между 16-ой и 22-ой неделями беременности. ИЦН характеризуется повторными выкидышами во втором триместре беременности или в начале третьего, без болей, схваток или кровотечения и обычно сопровождается разрывом плодных оболочек или пролабированием плодного пузыря во влагалище. Общепринято деление ИЦН на органическую и функциональ-

ную. При функциональной ИЦН нет механического повреждения шеечно-перешеечного отдела матки. Выделяют также врожденную ИЦН.

Диагностика ИЦН включает динамическое наблюдение за состоянием шейки матки; как главный фактор авторы оценивают длину шейки матки, особенно с использованием ультразвукового метода оценки состояния шейки матки (с применением эндовагинального ультразвукового датчика).

В институте акушерства и гинекологии им. Д.О.Отта РАМН Н. В. Аганезова (1995) разработала новую методику диагностики органической ИЦН вне беременности с использованием регистрации тономоторной реакции мускулатуры матки на растяжение.

Нами было проведено лечение 23 беременных, страдающих невынашиванием на почве истмико-цервикальной недостаточности, причем у 12 она была расценена как функциональная и у 11 как органическая. В последнюю группу вошли те беременные, у которых по разным соображениям оперативное вмешательство было непоказанным (загрязненное патогенной флорой отделяемое цервикального канала, наличие некоторых экстрагенитальных заболеваний, хронической инфекции, деформации шейки матки, повышенная возбудимость матки, многоводие, гестоз и др.).

Консервативное лечение ИЦН у данного контингента беременных проводилось дюфастоном. При повышенной возбудимости



матки беременные в начале принимали одновременно 40 мг дюфастона, затем – по 10 мг каждые 8 часов. При сохранении возбудимости матки и признаков функциональной ИЦН по данным клиники и ультразвукового исследования состояния шейки матки трансвагинальным датчиком доза повышалась на 10 мг каждые 8 часов. Затем дозу дюфастона постепенно снижали по мере исчезновения признаков функциональной ИЦН.

Все женщины были повторно беременными и имели в прошлом 97 беременностей. Из них 68 беременностей закончились самопроизвольным выкидышем, 7 – родами, из них преждевременными у 2 и 22 – искусственным абортом. Таким образом, невынашивание беременности было в прошлом в 72,2%, а при редукции искусственных аборт – в 93,3%.

Частота недонашивания при предшествующих беременностях в среднем составляла 3 беременности, доходя у отдельных лиц до 6 беременностей.

Срок беременности ко времени начала лечения был от 13 до 16 недель у 10 женщин, от 17 до 20 недель – у 7 и от 21 до 25 недель – у 6 женщин.

Важно подчеркнуть один из существенных признаков эффективности лечения дюфастоном, выявленный нами – после 3-5 дней лечения препаратом отмечается сужение, в той или иной степени выраженное, внутреннего зева, бывшего до того свободно проходным для исследующего пальца. Наряду с этим отмечено повышение тургора тканей шейки матки. Лечение проводилось в амбулаторных условиях под контролем кольпоцитологии и ультразвукового исследования состояния шейки матки и рутинного влагалищного исследования до 33-35 недель беременности.

Эффективность лечения была следующей.

У 20 женщин наступили роды, в том числе у 18 в срок живыми

доношенными детьми.

У двух произошли преждевременные роды при сроке беременности 35 и 36 недель также живыми жизнеспособными детьми. В дальнейшем развитие детей до выписки из стационара протекало без особенностей. У детей женского пола ни в одном случае явлений маскулинизации не было отмечено.

У 3 беременных из 23 через 3-4 недели лечения наступил самопроизвольный выкидыш. Два случая из них относятся к попытке лечения препаратом беременных женщин с органической ИЦН за счет значительной травматической деформации шейки матки с выраженными повреждениями мышечной ткани, не отреагировавшей на гормональную терапию. В одном наблюдении была отмечена функциональная ИЦН с высокой сократительной активностью миометрия. Установить связь неблагоприятного исхода лечения со сроком беременности при начале лечения не удалось.

Данное сообщение следует рассматривать как предварительное.

Необходимы дальнейшие исследования, направленные на уточнение функциональной диагностики ИЦН при беременности, роли при этом гормонального фактора, уточнение методики лечения и оптимальных дозировок препарата дюфастон, возможности сочетания консервативного и оперативного методов лечения.

Однако уже теперь можно констатировать важный для практики факт высокой эффективности лечения дюфастоном привычного невынашивания на почве ИЦН, дающей возможность почти в 80% случаев добиться у женщин с отягощенным акушерским анамнезом рождения живых жизнеспособных детей.