

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
"Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-
Ясенецкого" Министерства здравоохранения Российской Федерации

РЕЦЕНЗИЯ НА РЕФЕРАТ

Кафедра Акушерства и гинекологии КРО
(наименование кафедры)

Рецензия Мирошникова Екатерина Викторовна к.м.н., доцент
(ФИО, ученая степень, должность рецензента)

на реферат ординатора 1 года обучения по специальности Акушерство и гинекология
Мартанова Екатерина Сергеевна
(ФИО ординатора)

Тема реферата Натощно-цервикальная недостаточность: современные подходы

Основные оценочные критерии

№	Оценочный критерий	положительный/отрицательный
1.	Структурированность	+
2.	Актуальность	+
3.	Соответствие текста реферата его теме	+
4.	Владение терминологией	+
5.	Полнота и глубина раскрытия основных понятий темы	+
6.	Логичность доказательной базы	+
7.	Умение аргументировать основные положения и выводы	+
8.	Источники литературы (не старше 5 лет)	+
9.	Наличие общего вывода по теме	+
10.	Итоговая оценка	5,0

Дата: 31 10 20 19 год

Подпись рецензента

Мирошникова Е.В.
(подпись)

Мирошникова Е.В.
(ФИО рецензента)

Подпись ординатора

Мартанова Е.С.
(подпись)

Мартанова Е.С.
(ФИО ординатора)

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
"Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого"
Министерства здравоохранения Российской Федерации



Реферат на тему : «Истмико-цервикальная недостаточность: современный подход»

Выполнила : ординатор 1-го года кафедры
Акушерства и гинекологии ИПО
Мартынова Е.С.

Красноярск, 2019 год

Содержание

1. Актуальность
2. Определение
3. Эпидемиология и патогенез
4. Факторы риска
5. Современная диагностика
6. Тактика ведения женщин с ИЦН
7. Лечение
8. Заключение

Актуальность

Невынашивание беременности является актуальной проблемой акушерства в связи с высокой перинатальной смертностью и заболеваемостью. Два из трех случаев смерти ребенка в перинатальном периоде связаны с недоношенностью. Частота невынашивания беременности остается стабильной, составляя в различных регионах 10 - 25%. Среди факторов, приводящих к невынашиванию беременности, не последнее место занимает истмико-цервикальная недостаточность (ИЦН). Удельный вес данной патологии у пациенток с невынашиванием составляет 30 - 40%. Риск преждевременных родов при развитии ИЦН увеличивается в 16 раз. Учитывая достаточно высокую частоту ИЦН, ранняя диагностика, профилактика и эффективное лечение данной патологии позволит существенно снизить показатели перинатальной смертности, в первую очередь, за счет снижения числа глубоко недоношенных детей.

Определение

Истмико-цервикальная недостаточность (ИЦН) характеризуется укорочением длины шейки матки (ШМ) менее 25 мм и/или дилатацией цервикального канала более 10 мм (на всём протяжении) ранее 37 нед беременности без клинической картины преждевременных родов (ПР).

Патогномоничным анамнестическим признаком ИЦН является быстрое, малоболезненное укорочение и раскрытие шейки матки во II или начале III триместра беременности, приводящее к позднему выкидышу или преждевременным родам.

Этапами развития ИЦН являются структурные изменения шейки матки, часто с пролабированием плодного пузыря в цервикальный канал или во влагалище и преждевременным разрывом плодных оболочек (ПРПО)

Термин «цервикальная недостаточность» широко используют в англоязычной литературе; для отечественной практики более применим термин истмико-цервикальная недостаточность (ИЦН)

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ

ИЦН возникает из-за функционального или структурного дефекта ШМ вследствие различных этиологических факторов. Истинная ИЦН сопровождает 1% беременностей, у женщин с повторяющимися поздними выкидышами — 20%

Ключевой фактор формирования ИЦН — дефект синтеза коллагена, обеспечивающего до 85% веса ткани ШМ. Исследования цервикального коллагена у небеременных с ранее выявленной ИЦН обнаружили сниженную концентрацию гидроксипролина в сравнении с женщинами с нормальным строением ШМ. Причины возникновения указанного нарушения пока не установлены.

Не менее 80% ИЦН ассоциированы с интраамниальной инфекцией, поскольку барьерная функция цервикальной слизи при расширении и укорочении ШМ нарушается. Кроме того, инфекционно-воспалительный процесс в полости матки сам может выступать патогенетическим фактором ИЦН.

ФАКТОРЫ РИСКА ИСТМИКО-ЦЕРВИКАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Факторы риска ИЦН многочисленны и разнообразны.

Оценка факторов риска обязательна у женщин, уже имевших потери беременности во II триместре и/или ранние ПР (III-B)4, причём как у планирующих зачатие, так и у беременных.

При этом управляемые факторы риска подлежат обязательной коррекции, начиная с прегравидарного этапа и ранних сроков наступившей беременности.

Функциональные нарушения

Гиперандрогенизм (у каждой третьей пациентки с ИЦН), в том числе в связи с адреногенитальным синдромом и синдромом поликистозных яичников

- Недостаточность прогестерона, в том числе недостаточность лютеиновой фазы цикла

Генитальный инфантилизм

Анатомические факторы

Врождённые пороки развития матки (двурогая, седловидная матка, наличие внутриматочной перегородки)

Индивидуальные анатомические особенности (этот фактор риска следует считать относительным — многие женщины с врождённым укорочением ШМ рожают в срок)

Приобретённые деформации ШМ

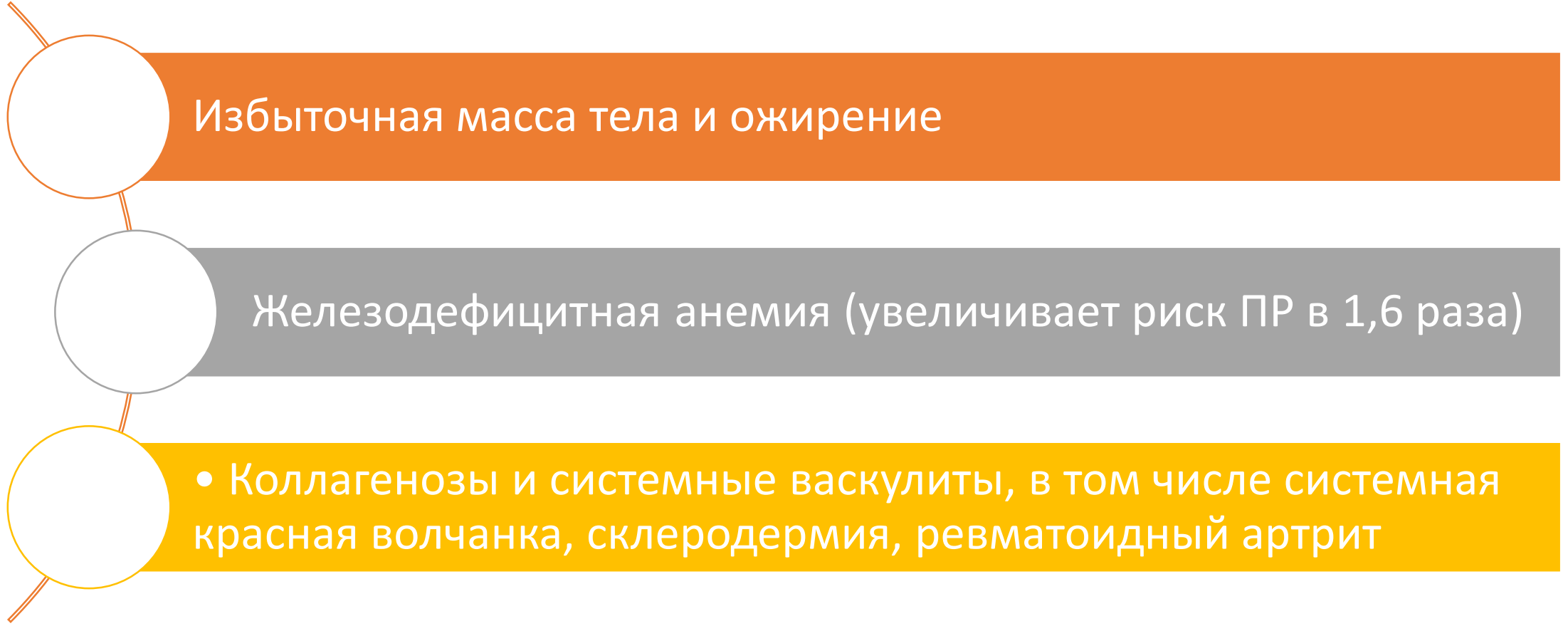
Особенности настоящей беременности

- Многоплодие
- Многоводие

Генетические и врождённые факторы

- Наследственность: треть беременных с ИЦН имеют родственниц первой линии с таким же осложнением гестации
- Дисплазия соединительной ткани, в том числе при синдромах Эллерса–Данлои Марфана
- Полиморфизм ряда генов, ответственных за метаболизм соединительной ткани и выработку медиаторов воспаления, может быть ассоциирован с ИЦН
- Контакт с диэтилстильбэстролом во внутриутробном периоде (в настоящее время такие пациентки крайне редки)

Экстрагенитальные заболевания



Избыточная масса тела и ожирение

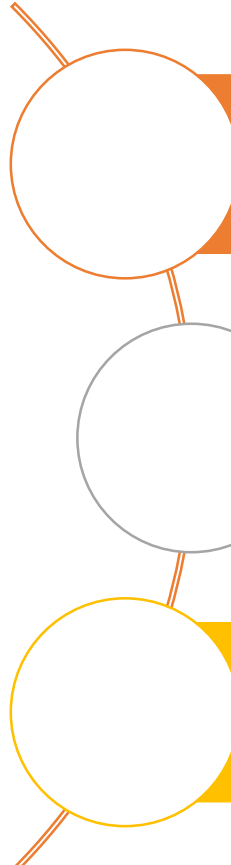
Железодефицитная анемия (увеличивает риск ПР в 1,6 раза)

- Коллагенозы и системные васкулиты, в том числе системная красная волчанка, склеродермия, ревматоидный артрит

Особенности акушерско-гинекологического анамнеза

- Поздний самопроизвольный выкидыш (особенно при быстром и малоболезненном клиническом течении)
- ПР, в первую очередь самопроизвольные (индуцированные ПР — также фактор риска ИЦН)
- ПРПО (ранее 32 нед) при предыдущей беременности
- Укорочение ШМ менее 25 мм до 27 нед предшествующей беременности
- Два и более вмешательств с расширением цервикального канала; механическое расширение ШМ (дилатация и кюретаж, гистероскопия) — наиболее частая причина у женщин, не имевших укорочения ШМ во время предыдущей беременности

Инфекционно-воспалительные и дисбиотические состояния



Дисбиоз половых путей (бактериальный вагиноз) и вагинальные инфекции любого генеза (при этом особое значение уделяют преобладанию *G. vaginalis* во влагалищном биотопе как одному из ключевых факторов риска бактериального вагиноза)

Воспалительные заболевания мочевых путей

Хронический эндометрит

Диагностика ИЦН вне беременности

- Не доказана информативность таких тестов, как оценка ширины цервикального канала при гистеросальпингографии, лёгкость введения расширителей Гегара (размер 9) без сопротивления, сила, необходимая для извлечения наполненного катетера Фолея вне беременности, и т.д.
- Часть диагнозов ИЦН основана на исключении других причин ПР или анамнестических данных наличия потерь беременности во II триместре
- Косвенно на последующее развитие ИЦН могут указывать состояния, сопровождающиеся потерей ткани шейки матки, — ампутация, высокая конизация шейки матки, когда общая длина ШМ не превышает 2 см. В подобных случаях рассматривается вопрос о целесообразности проведения лапароскопического серкляжа вне беременности

NB! В настоящее время достоверных методов диагностики ИЦН вне беременности не существует.

Диагностика ИЦН во время беременности

- Ощущение давления, распирания, колющие боли во влагалище («простреливающая боль»)
- Дискомфорт внизу живота и в пояснице
- Слизистые выделения из влагалища, могут быть с прожилками крови

В подавляющем большинстве случаев ИЦН может протекать бессимптомно, что и обуславливает необходимость тщательного УЗ-контроля шейки матки во время беременности

Осмотр шейки матки в зеркалах используется для получения дополнительной информации об анатомии ШМ, состоянии наружного зева, характере выделений из цервикального канала и влагалища, забора материала для проведения микробиологического исследования, ПЦР-диагностики, микроскопии вагинального отделяемого, при подозрении на ПРПО — проведения теста на элементы околоплодных вод

Оценка длины шейки матки во время беременности

- Для диагностики ИЦН пальцевое исследование ШМ не показано ввиду низкой информативности и увеличения риска досрочного завершения беременности.
- **NB!** Ключевой метод диагностики — ультразвуковой. Методом выбора измерения ШМ является трансвагинальное ультразвуковое исследование (ультразвуковая цервикометрия). В ряде случаев при отсутствии технической возможности провести трансвагинальную ультразвуковую цервикометрию могут быть использованы трансабдоминальное и трансперинеальное сканирование. Измерение длины ШМ при трансабдоминальном сканировании может быть использовано в качестве начальной оценки, но следует иметь в виду, что этот способ имеет тенденцию увеличивать длину ШМ, особенно при её укорочении.
- В качестве альтернативы возможно трансперинеальное сканирование: датчик помещают на промежность и передвигают вплоть до полной визуализации наружного и внутреннего отверстия цервикального канала. Размещение датчика происходит дальше от ШМ, чем при трансвагинальном сканировании, что ухудшает цервикальную визуализацию. В 95% наблюдений разница между измерениями при трансвагинальном и трансперинеальном сканировании составляет ± 5 мм, что чрезвычайно критично для достоверности диагностического критерия «менее 25 мм».

Скрининговая ультразвуковая цервикометрия

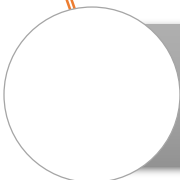
Рутинная скрининговая цервикометрия у беременных общей популяции с экономической точки зрения наиболее целесообразна в сравнении с отсутствием скрининга как такового и его применением только в группе риска ПР (у женщин с предшествующими потерями в анамнезе).

В связи с этим рутинная трансвагинальная цервикометрия целесообразна у всех женщин в ходе ультразвукового скрининга II триместра.

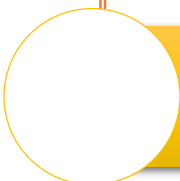
Рутинный трансвагинальный скрининг в обязательном порядке следует проводить



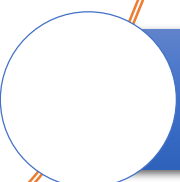
у женщин с одноплодной беременностью и предшествующими спонтанными ПР



У пациенток группы риска ИЦН целесообразно неоднократное (через 1–2 нед) трансвагинальное УЗИ в период от 15–16 до 24 нед



Рутинный трансвагинальный скрининг не рекомендован женщинам с цервикальным серкляжем, ПРПО, многоплодной беременностью и предлежанием плаценты



В учреждениях периодически должен проводиться аудит качества выполнения ультразвуковой цервикометрии

Технология трансвагинальной ультразвуковой цервикометрии

- Ультразвуковую цервикометрию следует проводить в положении женщины лёжа
- Мочевой пузырь должен быть пустым — полный мочевой пузырь «удлиняет» ШМ • Датчик помещают в передний свод влагалища¹⁵
- Следует минимизировать давление датчика на ШМ (оно способно само по себе дополнительно «укоротить» ШМ). Чтобы правильно сориентироваться, в начале цервикометрии следует немного надавить датчиком на ШМ, а затем, отодвинув датчик, свести давление к минимуму
- До начала измерения желательно выявить спонтанные сокращения ШМ, наблюдая примерно 30 сек
- Длину сомкнутой части цервикального канала следует измерять по прямой линии, проведённой от внутреннего зева к наружному, причём эта ось может не совпадать с осью тела женщины
- Увеличение ультразвукового изображения необходимо, причём изображение ШМ должно занимать не менее 50–75% площади экрана ультразвукового прибора
- Продолжительность исследования должна составлять 3–5 мин
- Необходимо выполнить несколько измерений (минимум три) за 5-минутный период; в качестве окончательного результата выбирают наименьшее значение

Критерии постановки диагноза

Бессимптомное укорочение длины сомкнутых стенок цервикального канала менее 25 мм

Дилатация цервикального канала более 10 мм на всём протяжении

Первичная профилактика ИЦН включает следующие этапы

Предотвращение абортс путём своевременного назначения эффективной контрацепции, в случае необходимости — приоритет медикаментозного опорожнения матки над хирургическим вмешательством

Активное приглашение пациентки на обследование в сроки скрининговых обследований и профосмотров акушером-гинекологом для своевременной диагностики и лечения заболеваний ШМ

Приоритет щадящих и органосохраняющих подходов при выборе лечения заболеваний ШМ

Выявление управляемых факторов риска ИЦН и их коррекция на прегравидарном этапе (нормализация массы тела, лечение инфекций, передаваемых половым путём, коррекция гормональных нарушений)

Выполнение УЗИ при беременности строго в регламентированные сроки с выполнением рутинной цервикометрии

Бережное ведение родов, своевременное ушивание разрывов ШМ

Хирургическая коррекция врождённых пороков развития ШМ и матки

- Вторичная профилактика ИЦН — влияние на управляемые факторы риска, которые необходимо корректировать уже на этапе прегравидарной подготовки

- **NB!** У пациенток с самопроизвольным прерыванием беременности во II триместре и/или ранними ПР оценка факторов риска обязательна

ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ЖЕНЩИН С ИСТМИКО- ЦЕРВИКАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Риск ИЦН необходимо снижать уже на этапе прегравидарной подготовки

Этап беременности

Стратегия у беременных с проявлениями истмико-цервикальной недостаточности в анамнезе

1. У женщин с проявлениями ИЦН в анамнезе необходимо выполнить бактериологическое исследование мочи, а при выделении патогенов — определить их чувствительность к антибиотикам.
2. Пациентку обследовать для исключения бактериального вагиноза (бактериоскопия, pH-метрия) во время первого визита по поводу беременности
3. Согласно Приказу 572н, беременным с привычным невынашиванием необходимо также выполнить микроскопическое и микробиологическое исследование отделяемого женских половых органов на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы (с определением их чувствительности к антибиотикам), ПЦР на *Chlamydia trachomatis*
4. Женщинам, имеющим в анамнезе три и более потери беременности во II триместре или ранние ПР (без установленной конкретной причины, кроме ИЦН), должен быть предложен цервикальный серкляж в 12–14 нед гестации после проведения скрининга на синдром Дауна

Стратегия у беременных с проявлениями истмико-цервикальной недостаточности в анамнезе

5. У женщин с ПР в анамнезе и неэффективностью вагинального цервикального серкляжа при предшествующих беременностях следует рассмотреть возможность наложения абдоминального серкляжа
6. Женщинам с трахелэктомией в анамнезе следует рассмотреть возможность наложения абдоминального серкляжа
7. Если у беременной с высоким риском ИЦН (одна или две потери беременности во II триместре и/или ранние ПР в анамнезе) выявлены противопоказания к серкляжу или беременная не дала согласия на данное вмешательство, необходима динамическая цервикометрия каждые 7 дней

*Стратегия у беременных с короткой шейкой:
длина менее 25 мм и/или расширение
цервикального канала более 10 мм на всём
протяжении*

- При выявлении бактериального вагиноза необходимы лечение и последующая коррекция микробиоценоза влагалища
- Показано применение 200 мг прогестерона вагинально с момента постановки диагноза до 34 нед беременности (согласно инструкции по применению, до срока 22 нед препарат применяют по показанию «угрожающий аборт или предупреждение привычного аборта», с 22 до 34 нед — по показанию «предупреждение преждевременных родов у женщин с укорочением шейки матки»)
- Женщине следует снизить физическую активность и прекратить курить
- У пациенток с отягощённым анамнезом (потери беременности в поздние сроки, ПР) следует рассмотреть целесообразность применения серкляжа

Стратегия у беременных безотягощённого анамнеза с выявленным в ходе рутинной цервикометрии укорочением шейки матки

- Беременным без факторов риска ИЦН (спонтанные ПР или потери беременности во II триместре в анамнезе) при случайном выявлении
- Укорочения ШМ при трансвагинальном УЗИ в 16–24 нед лечение следует начинать с приема вагинального прогестерона
- При дальнейшем укорочении шейки матки должен быть рассмотрен вопрос о наложении серкляжа или акушерского pessaria
- Экстренный серкляж может быть выполнен женщинам с дилатацией ШМ до 4 см без схваток в сроки до 24 нед беременности
- По данным исследований, серкляж не обеспечивает достоверно значимых преимуществ для женщин с выявленным укорочением ШМ по УЗИ, не имеющих факторов риска ИЦН, — например, ПР в анамнезе

Стратегия у беременных с короткой шейкой матки и отягощённым анамнезом

- Профилактику с применением вагинального прогестерона следует предлагать женщинам с поздними самопроизвольными выкидышами и со спонтанными ПР (в том числе с ПРПО) в сроках 16–34 нед, если при трансвагинальном УЗИ в 16–24 нед текущей гестации диагностировано укорочение ШМ
- Профилактический цервикальный серкляж для сохранения одноплодной беременности следует предлагать женщинам с анамнезом поздних выкидышей или спонтанных ПР до 34 нед (в том числе обусловленных травмами ШМ или произошедших после ПРПО), если при трансвагинальном УЗИ в 16–24 нед данной гестации диагностировано укорочение ШМ, то есть длина ШМ 25 мм и менее
- Согласно приказа Минздрава России от 1 ноября 2012 г. №572н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю “акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)”», наложение серкляжа пациентке с ИЦН возможно в срок до 26 нед. С женщиной следует обсудить преимущества и риски профилактического применения прогестерона и наложения цервикального серкляжа; важно учесть её предпочтения.

NB! Все случаи серкляжа в сроках от 22 до 26 нед должны быть проведены в акушерском стационаре III уровня.

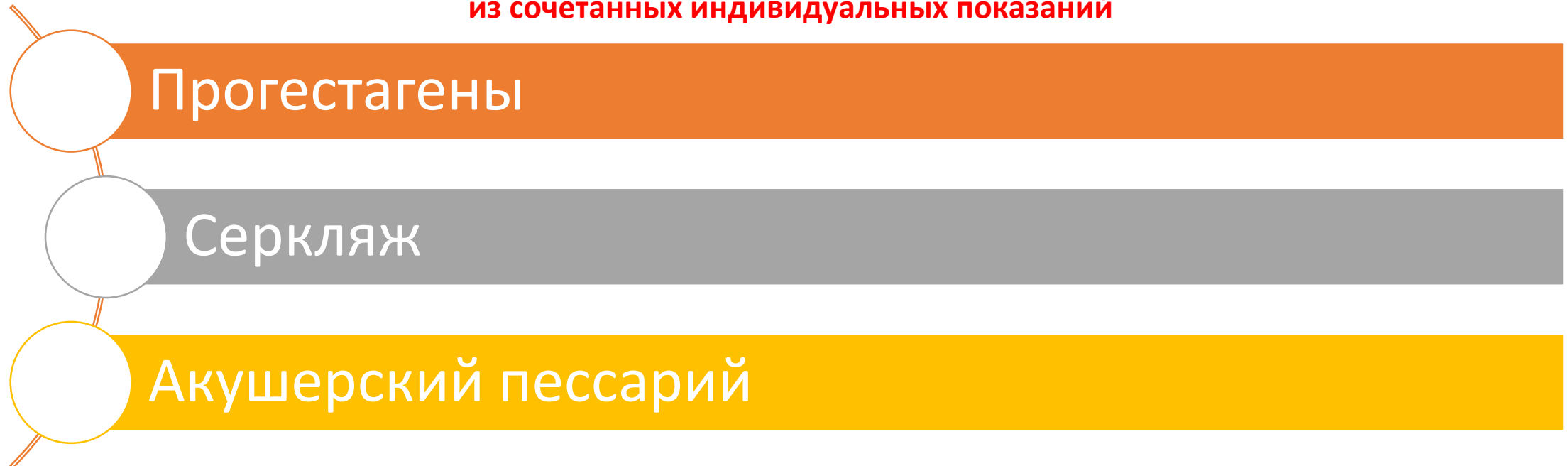
ЛЕЧЕНИЕ ИСТМИКО-ЦЕРВИКАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

В настоящее время существуют только три метода коррекции ИЦН с доказанной эффективностью

Любой из перечисленных методов можно успешно применять в формате монотерапии

Не рекомендовано совместное использование серкляжа и акушерского pessaria ввиду повышенного риска осложнений

Возможно сочетание медикаментозной терапии препаратами прогестерона с акушерским pessarium, исходя из сочетанных индивидуальных показаний



Прогестерон

Показания

Беременным без поздних самопроизвольных выкидышей и ПР в анамнезе при выявлении при УЗИ длины сомкнутой части цервикального канала менее 25 мм — с момента постановки диагноза по 34-ю неделю беременности для снижения риска ПР. Беременным, имеющим в анамнезе поздний самопроизвольный выкидыш или ПР в 16–34 нед (исключая многоплодную беременность, преждевременную отслойку плаценты), при выявлении при УЗИ длины сомкнутой части цервикального канала менее 25 мм

Методика использования

- Для профилактики ПР интравагинальное введение прогестерона более эффективно и имеет меньше побочных эффектов, чем внутримышечное. Профилактика ПР препаратами прогестерона (желательно интравагинальное введение препарата) у женщин с длиной ШМ 25 мм и менее уменьшает частоту прерывания беременности в сроки ранее 33 нед на 45%, значительно снижает частоту респираторного дистресс-синдрома и неонатальную заболеваемость. Суточная доза микронизированного прогестерона, используемая для профилактики ПР в сроках до 34 нед, обозначенная в инструкции и международных рекомендациях, составляет 200 мг

Серкляж

NB! Ключевой критерий принципиальной возможности наложения швов на ШМ — отсутствие признаков хориоамнионита!

Профилактический серкляж (elective, основанный на анамнестических данных)

Профилактическое вмешательство для снижения риска ПР у пациенток с поздними выкидышами и ПР в анамнезе

Показания

- Две и более потерь во второй половине беременности (после исключения других этиологических факторов)
- При повторных потерях беременности, если каждый последующий эпизод происходил в более ранние сроки, чем предыдущий

Обследование

- Общий анализ крови (количество лейкоцитов не более 15 000/мл)
- С-реактивный белок (менее 5 нг/дл)
- УЗИ для исключения пороков развития плода, ПРПО, подтверждения гестационного срока
- Согласно Приказу 572н, беременным с привычным невынашиванием необходимо выполнить микроскопическое и микробиологическое исследование отделяемого женских половых органов на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы (с определением их чувствительности к антибиотикам), ПЦР на *Chlamydia trachomatis*

Профилактический серкляж (elective, основанный на анамнестических данных)

Условия

Исключить: регулярную родовую деятельность, ПРПО, активацию хронических вирусных инфекций, дисбиотические и инфекционные изменения в половых путях

Убедиться в отсутствии: субфебрилитета (температура тела менее 37,5 °C); болезненности матки и признаков внутриматочной инфекции; страдания плода

Получить информированное согласие женщины

Методика применения

Серкляж выполняют обычно в 12–14 нед, в отдельных случаях — до 26 нед беременности

Все операции в сроках более 22 нед должны быть проведены в учреждениях III уровня

Регионарная анестезия обычно предпочтительна, но в каждой ситуации вид аналгезии следует выбирать индивидуально, поскольку в отдельных ситуациях (например, при экстренном серкляже) показано общее обезболивание

Лечебный серкляж (emergent, основанный на результатах цервикометрии)

- Терапевтическая мера для снижения риска ПР у пациенток с укорочением ШМ до 25 мм и менее

Показания

Прогрессирующее уменьшение длины ШМ по данным как минимум двух последовательно выполненных ультразвуковых цервикометрий
Наружный зев цервикального канала сомкнут

Обследования и условия

Как для профилактического серкляжа

Вмешательство выполняют в 14–24 нед, в отдельных случаях — до 26 нед беременности

Экстренный серкляж (rescue, при угрозе ПР)

Показания

Следует рассмотреть вопрос об экстренном серкляже при сочетании следующих факторов:

- Дилатация ШМ более 20 мм и менее 40 мм без видимых схваток
- Преждевременное сглаживание ШМ более чем на 50% от её исходной длины (но при длине ШМ не менее 15 мм)
- Пролабирование плодного пузыря

Обследования и условия

Как для профилактического серкляжа. Особое внимание необходимо уделить контролю характера выделений из влагалища (исключение ПРПО, воспаления и отслойки плаценты), проявлений хориоамнионита, так как риск осложнений в данной ситуации повышен. Обязательным является подписание пациенткой формы информированного согласия

Методика применения серкляжа

Серкляж может быть проведён вагинальным либо абдоминальным доступом

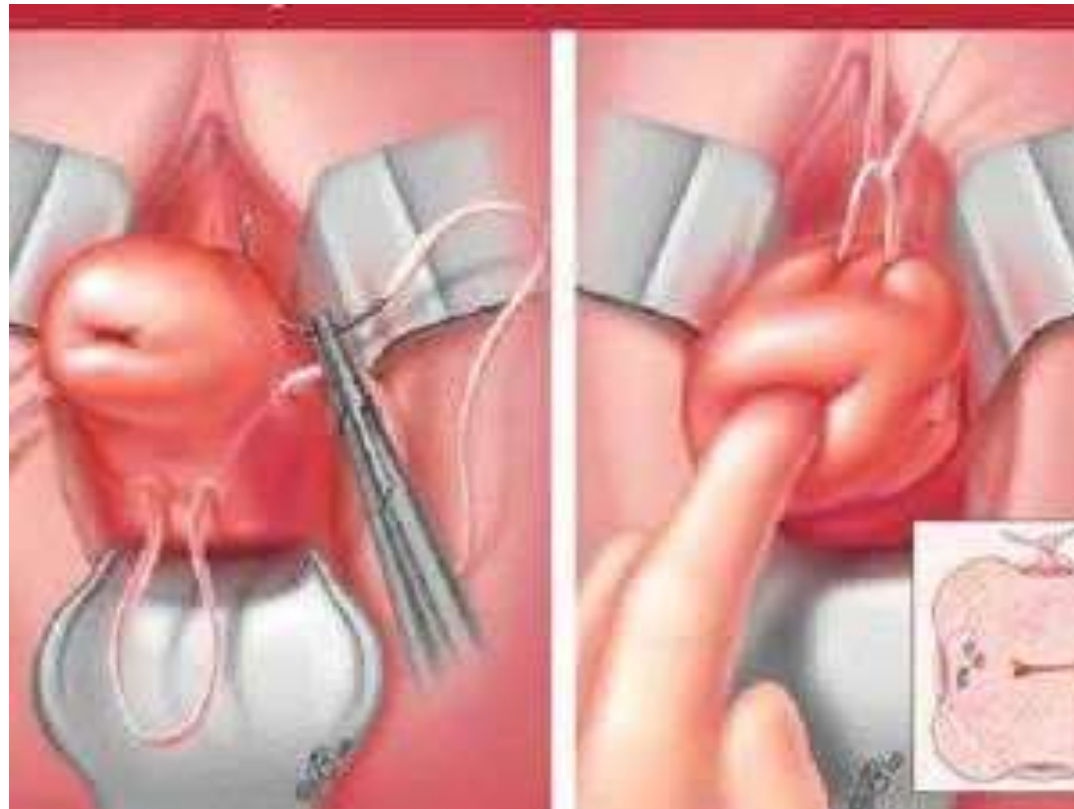
Вагинальный доступ является предпочтительным в связи с меньшим числом осложнений

Техника вагинального серкляжа предусматривает три основных метода:

- наложение шва без диссекции тканей (метод Макдональда);
- двойной П-образный внутрислизистый шов в области внутреннего зева (метод Любимовой в модификации Мамедалиевой);
- подслизистый шов (так называемый высокий цервикальный шов) с отслаиванием мочевого пузыря (метод Широкара), применяют крайне редко в связи с высокой травматичностью

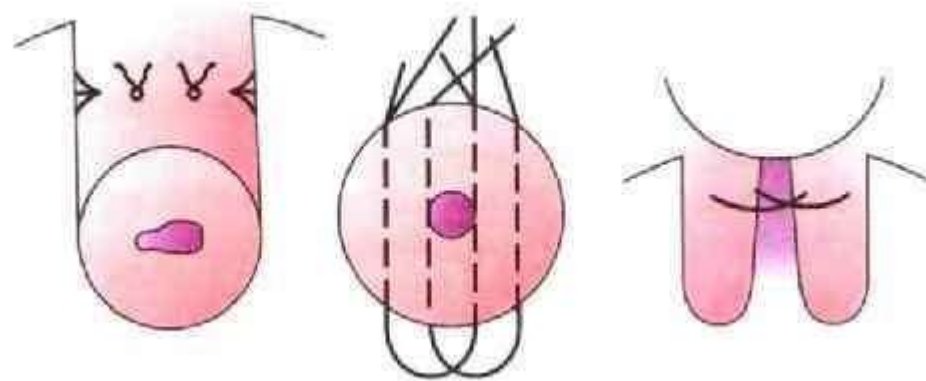
Метод Макдональда

Шов накладывают так близко, как это технически возможно, на стыке ШМ с влагалищем, без рассечения тканей



Метод А.И. Любимовой в модификации Н.М. Мамедалиевой

Шов накладывают на границе перехода слизистой оболочки переднего свода влагалища в экзоцервикс. Отступив на 0,5 см вправо от средней линии, ШМ прокалывают иглой с синтетической нитью через всю толщу, проводя выкол в задней части свода влагалища. Вторым стежком прокалывают слизистую оболочку и часть толщи ШМ, делая вкол на 0,5 см левее средней линии. Вторую синтетическую нить размещают симметрично: в правую латеральную часть ШМ через всю толщу, затем в передней части свода влагалища на 0,5 см левее средней линии.

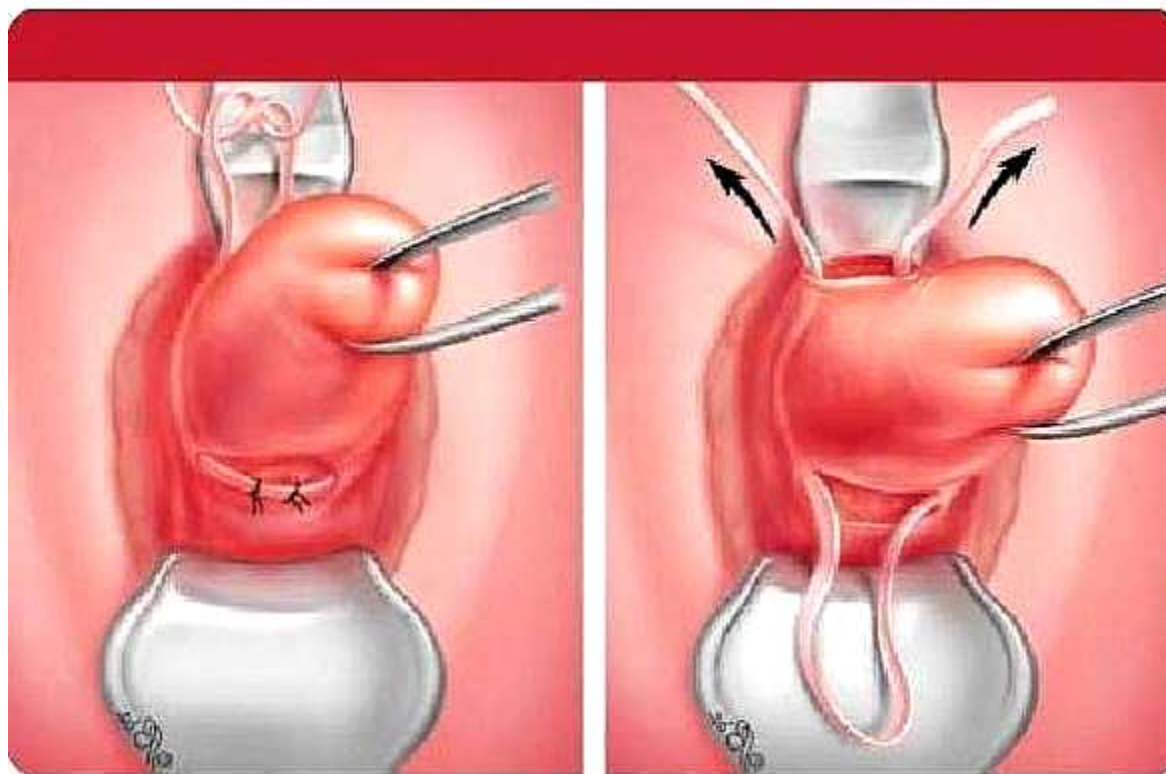


Метод Широдкара

Подслизистый шов накладывают выше перехода ШМ в своды влагалища после отслаивания мочевого пузыря и прямой кишки; это позволяет разместить шовный материал ближе к внутреннему зеву ШМ, чем при использовании других методов

Шов дозированно стягивают спереди и сзади, затем закрывают разрезы слизистой оболочки

Ввиду высокой травматичности (потребность в адекватной анестезии, значимый риск кровотечения из операционной раны, развития гематом, травмирования мочевого пузыря) метод Широдкара используется крайне редко.



Осложнения серкляжа

- Хориоамнионит
- ПРПО
- Смещение шва
- ПР
- Дистоция ШМ
- Разрыв ШМ
- Формирование шеечно-влагалищного свища
- Риск и характер осложнений зависит от того, наложен серкляж профилактически или экстренно (при выявлении пролабирования плодного пузыря)

Удаление серкляжа

- Серкляж должен быть удалён в 36–38 нед
- Вмешательство возможно без анестезии
- При начале родовой деятельности серкляж нужно удалить как можно раньше. Если это неосуществимо (например, вследствие прорезывания шва), серкляж удаляют после родов.
- При ПР и отсутствии реакции на токолиз и/или подозрении на воспалительные осложнения показано немедленное удаление серкляжа.
- В случае ПРПО при нормальных значениях СРВ (менее 5 нг/дл) и отсутствии клинических признаков хориоамнионита возможно отложенное удаление шва на период проведения курса профилактики РДС (48 ч) в сроке до 34 нед.
- При ПРПО антибиотики по показаниям рекомендованы на весь период до родов, однако в соответствии с Глобальной стратегией ВОЗ по сдерживанию устойчивости к противомикробным препаратам эти показания должны быть императивными, обоснованными наличием воспалительного или дисбиотического процесса с установленным возбудителем или их сочетанием и определением антибиотикорезистентности. После родов продолжение приёма антибактериальных средств не показано.

Трансабдоминальный серкляж

Трансабдоминальное наложение швов на ШМ является технически более сложным, чем трансвагинальная методика, сопровождается большим числом осложнений (раневая инфекция, кровотечение), в связи с чем трансабдоминальный серкляж показан только в особых случаях

Показания

Две попытки трансвагинального цервикального серкляжа потерпели неудачу

Анатомия ШМ не позволяет разместить вагинальный шов — например, после петлевой электроэксцизии ШМ (LLETZ) или конус-биопсии

Врождённая аномалия ШМ (например, удвоение ШМ) может затруднить вагинальный цервикальный серкляж

Пациентки после трахелэктомии (уровень доказательности — IV)

Хирургическая процедура

Это плановая процедура, проводимая только акушером-гинекологом с хирургической подготовкой

Предпочтительным является лапароскопический серкляж по сравнению с традиционным лапаротомным доступом

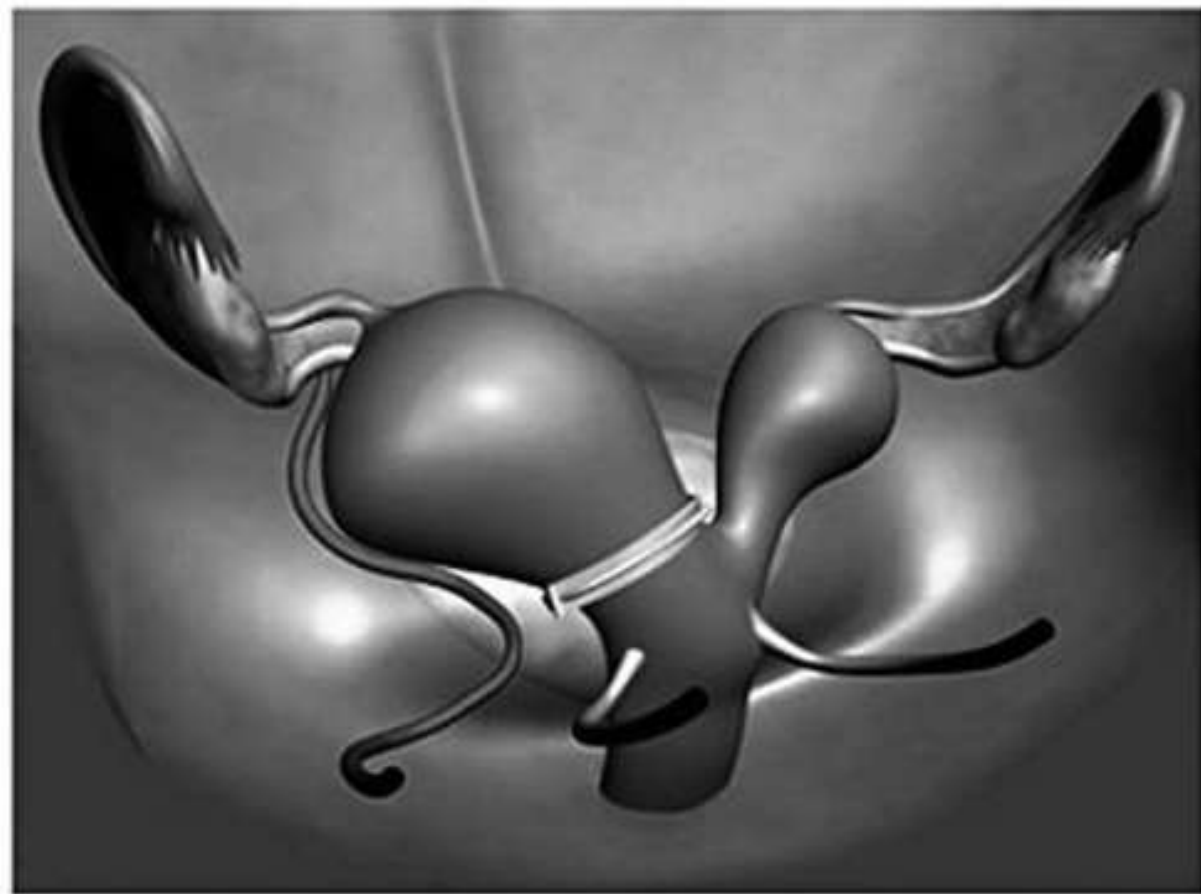
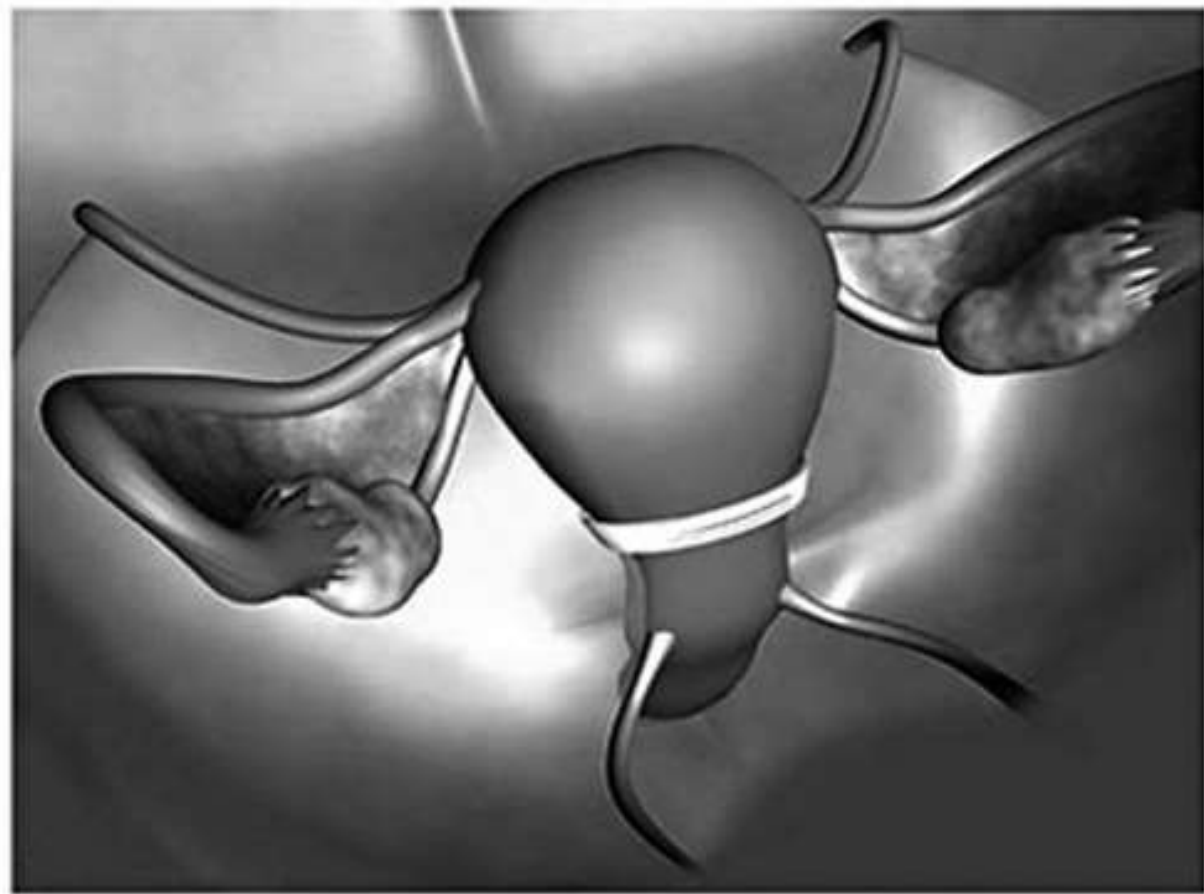
Серкляж лапароскопическим или лапаротомным доступом возможен вне беременности или в начале беременности

Шовный материал: нерассасывающаяся лента или гибкий тонкий зонд, накрученный на конусовидную иглу Майо №4 (обеспечивает большую эластичность)

Натяжение шовного материала нужно регулировать так, чтобы была возможность прохождения цервикального канала расширителя Гегара №5

Периоперационно следует провести антибиотикопрофилактику одной дозой антибиотика широкого спектра действия

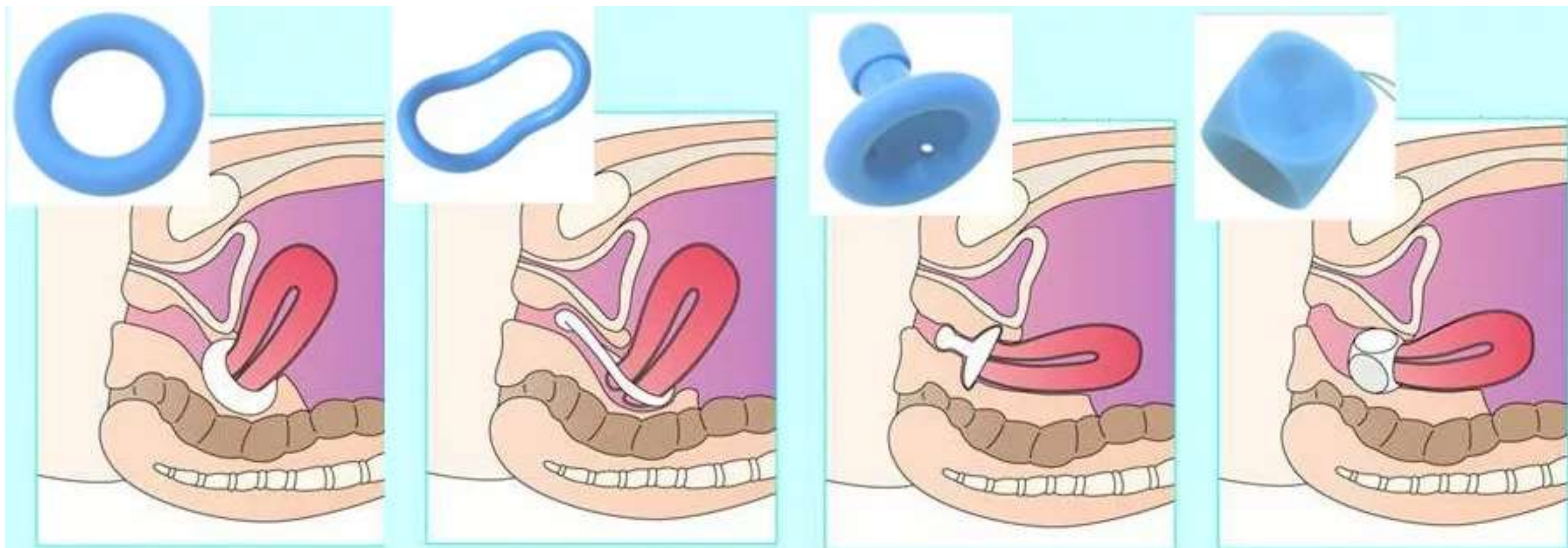
Снятие трансабдоминально наложенного шва на ШМ в большинстве случаев невозможно в связи с прорастанием этой области окружающими тканями, в связи с чем предпочтительно родоразрешение путём кесарева сечения, в том числе во II триместре беременности, даже в случае неблагоприятного перинатального исхода. Шов может оставаться на месте при последующих беременностях



Акушерский пессарий

Акушерский (цервикальный) пессарий делает маточно-цервикальный угол более тупым, тем самым уменьшая гидравлическое давление плодного пузыря на внутренний зев.

Подход может быть альтернативой серкляжу, однако сроки и условия его применения требуют дальнейших исследований.



Показания

- Беременные, имеющие в анамнезе поздний самопроизвольный выкидыш или ПР до 34 нед, если при УЗИ выявлено укорочение сомкнутой части цервикального канала до 25 мм и менее до 24 нед, за исключением перечисленных ниже противопоказаний

Противопоказания

- Начавшиеся ПР
- Преждевременная отслойка плаценты
- Условия наложения и дальнейшая тактика
- Срок выполнения вмешательства — 12–30 нед беременности, чаще всего 15–20 нед
- Место наложения — амбулаторное подразделение
- Перед наложением пессария необходимо провести бактериоскопическое исследование содержимого цервикального мазка, при необходимости выполнить санацию влагалища
- Нет необходимости периодического извлечения и промывания пессария

Показания для удаления пессария идентичны таковым при серкляже. При одноплодной беременности пессарий, введённый только на основании укорочения ШМ до 25 мм и менее, не уменьшает частоту ПР и не улучшает перинатальные исходы. К настоящему времени показана эффективность пессария в уменьшении частоты ПР при укорочении ШМ на фоне беременности двойней.

Многоплодная беременность

- При многоплодной беременности применение прогестерона трансвагинально снижает частоту ПР, неонатальной заболеваемости и смертности у женщин с короткой ШМ
- Многоплодная беременность и серкляж Серкляж при многоплодной беременности только на основании выявленного укорочения ШМ не рекомендован.
- Не доказаны преимущества elective профилактического серкляжа при многоплодной беременности даже при наличии ПР в анамнезе. Более того, серкляж может увеличивать риск ПР при длине шейки менее 25 мм у женщин с многоплодной беременностью
- NB! В настоящее время серкляж не может быть рекомендован для клинического применения при многоплодной беременности у женщин с короткой ШМ во II триместре.

Многоплодная беременность и акушерский пессарий

Выводы мультицентрового РКИ, изучившего влияние рутинного применения акушерского пессария у беременных с двойней, свидетельствуют, что подобная тактика не уменьшает число спонтанных ПР. Ретроспективное когортное исследование 2016 года: при укорочении ШМ у беременных двойней лечение вагинальным прогестероном, дополненное наложением акушерского пессария, увеличивает продолжительность гестации и снижает риски неблагоприятных неонатальных исходов. Метаанализы 2017 года продемонстрировали, что у женщин с многоплодной беременностью и короткой ШМ использование акушерского пессария сопровождается значительным снижением частоты спонтанных ПР во II триместре вплоть до 34 нед.

Заключение

Подводя итоги, можно сделать следующие выводы: своевременная диагностика ИЦН и рациональная этиотропная терапия с помощью медикаментозных и немедикаментозных средств, направленных на снятие симптомов угрозы прерывания беременности, способствуют пролонгированию беременности и благоприятным перинатальным исходам. Значительно непросто при этой патологии избежать преждевременных родов, так как они определяются не только ИЦН, но и степенью инфицирования, но можно пролонгировать беременность и получить более благоприятный исход беременности для плода.



Литература

1. Письмо Министерства здравоохранения РФ от 28 декабря 2018 г. N 15-4/10/2-7991 О клинических рекомендациях (протоколе лечения) "Истмико-цервикальная недостаточность"
2. Кулаков В.И., Серов В.Н., Адамян Л.В.. Руководство по охране репродуктивного здоровья. – М.: Триада-Х, 2001.
3. Сидельникова В.М. Профилактика преждевременных родов: мат. IX Всерос. науч. форума «Мать и дитя». – Москва, 2007.
4. Царегородцева М.В., Дикке Г.Б. Гибкий подход: Акушерские пессарии в профилактике невынашивания беременности. Status Praesens.
5. Кох Л.И., Сатышева И.В. Диагностика и результаты лечения истмико-цервикальной недостаточности. Акушерство и гинекология.