

ИСТМИКО-ЦЕРВИКАЛЬНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ

Клинические рекомендации (протокол лечения)

Год утверждения: 2021

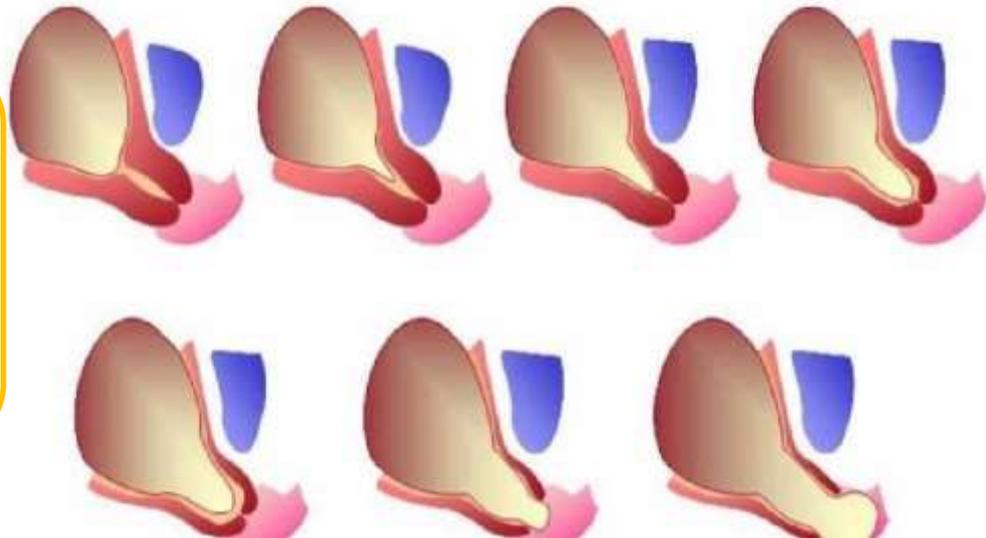
Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава РФ

О34.3 Истмико-цервикальная недостаточность, требующая предоставления медицинской помощи матери.

Истмико-цервикальная недостаточность (ИЦН)

- Укорочение длины шейки матки (ШМ) ≤ 25 мм и/или дилатация цервикального канала (ЦК) ≥ 10 мм (на всем протяжении) ранее 37 недель беременности без клинической картины угрожающего выкидыша/ преждевременных родов (ПР)

• Этапами развития ИЦН являются структурные изменения ШМ, часто с пролабированием плодного пузыря в ЦК или во влагалище и преждевременным разрывом плодных оболочек (ПРПО).

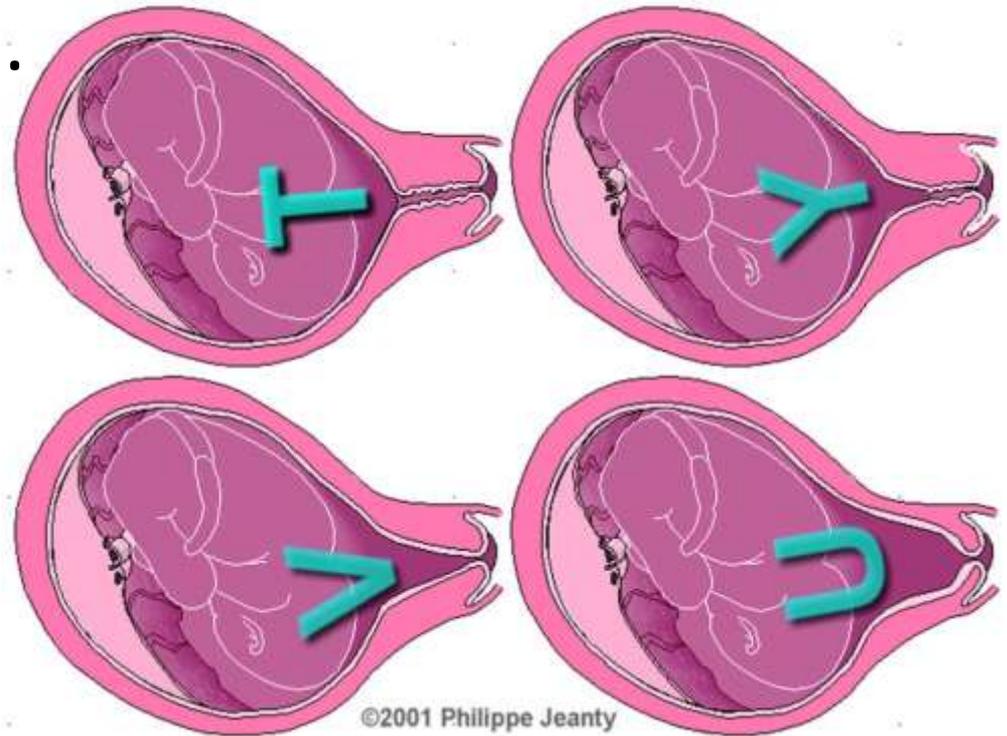


Этиология

- Ключевой фактор формирования функциональной ИЦН - дефект синтеза коллагена, обеспечивающего до 85% веса ткани ШМ.
- Инфекционно-воспалительный процесс в полости матки (интраамниальная инфекция).

Классификация ИЦН по этиопатогенезу

- Анатомическая ИЦН.
- Функциональная ИЦН.
- Врожденная ИЦН.

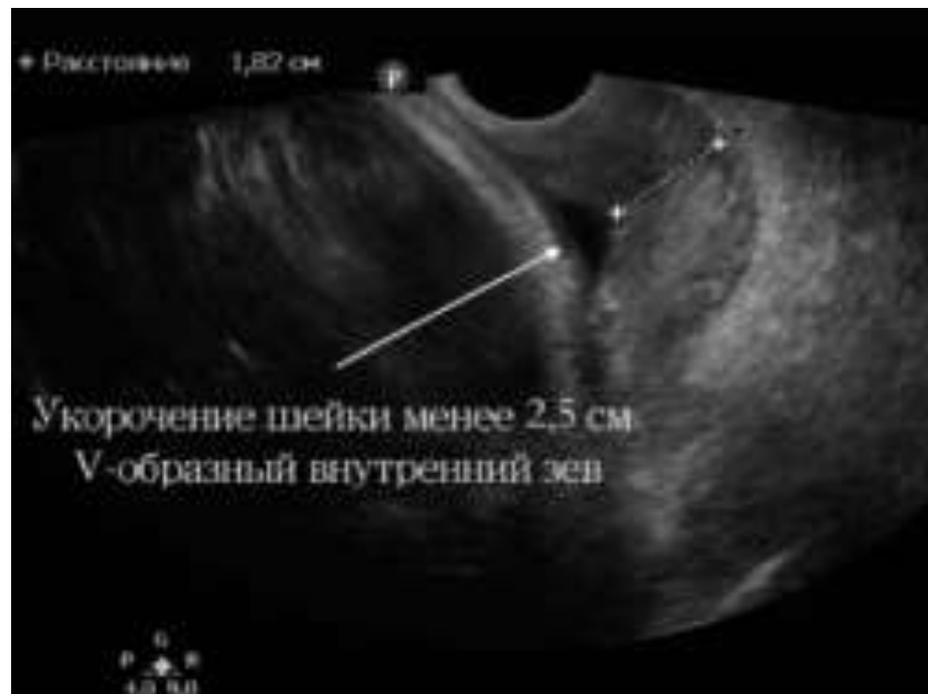


Клиника

- Для ИЦН характерно малоблезненное или безболезненное укорочение ШМ и дилатация ЦК, сопровождающееся пролабированием плодного пузыря в ЦК.
- Клиническая картина ИЦН различна: от полного отсутствия симптомов до появления слизистых, слизисто-кровяных выделений из половых путей, схваткообразных болей внизу живота с последующим возможным выкидышем или ПР.

Критерии диагноза

- Бессимптомное укорочение ШМ ≤ 25 мм и/или дилатация ЦК ≥ 10 мм (на всем протяжении) по данным УЗ-цервикометрии ранее 37 недель беременности без клинической картины угрожающего выкидыша/ ПР.



Факторы риска

Факторы риска ИЦН многочисленны и разнообразны.

Оценка факторов риска обязательна у женщин, уже имевших потери беременности во II триместре и/или ранние ПР (III-V)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.

Анатомические факторы

- Врождённые пороки развития матки (двурогая, седловидная матка, наличие внутриматочной перегородки)
- Приобретённые деформации ШМ
- Индивидуальные анатомические особенности ШМ (относительный ФР)



Нормальная



Седловидная



Матка с перегородкой



Двурогая

Функциональные нарушения

A decorative graphic consisting of a white circle surrounded by a ring of overlapping, semi-transparent colors including red, orange, yellow, green, cyan, and purple.

- Гиперандрогенизм

A decorative graphic consisting of a white circle surrounded by a ring of overlapping, semi-transparent colors including red, orange, yellow, green, cyan, and purple.

- Недостаточность прогестерона, в том числе недостаточность лютеиновой фазы цикла

A decorative graphic consisting of a white circle surrounded by a ring of overlapping, semi-transparent colors including red, orange, yellow, green, cyan, and purple.

- Генитальный инфантилизм

Генетические и врождённые факторы

- Наследственность
- Дисплазия соединительной ткани, в том числе при синдромах Эллерса–Данлои Марфана
- Полиморфизм ряда генов, ответственных за метаболизм соединительной ткани и выработку медиаторов воспаления
- Контакт с диэтилстильбэстролом во внутриутробном периоде (в настоящее время такие пациентки крайне редки)

Особенности акушерско-гинекологического анамнеза

- Поздний самопроизвольный выкидыш (особенно при быстром и малоболезненном клиническом течении)
- Преждевременные роды в анамнезе
- 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)

Инфекционно-воспалительные и дисбиотические состояния

- Дисбиоз половых путей (бактериальный вагиноз) и вагинальные инфекции любого генеза
- Воспалительные заболевания мочевых путей
- Хронический эндометрит

Диагностика ИЦН во время беременности

- Ощущение давления, распираания, 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

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

- Ключевой метод диагностики — **ультразвуковой**.
- Методом выбора измерения ШМ является трансвагинальное ультразвуковое исследование (ультразвуковая цервикометрия). При отсутствии технической возможности провести трансвагинальную ультразвуковую цервикометрию могут быть использованы трансабдоминальное и трансперинеальное сканирование.
- Направлять беременную пациентку группы высокого риска позднего выкидыша и ПР на УЗИ ШМ (УЗ-цервикометрия) с 15-16 до 24 недель беременности с кратностью 1 раз в 1-2 недели с целью своевременной диагностики укорочения ШМ

Рутинная трансвагинальная цервикометрия целесообразна у всех женщин в ходе ультразвукового скрининга II триместра.

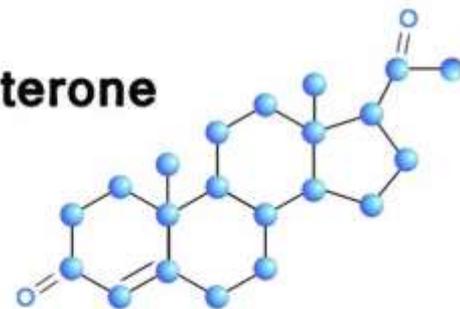
Профилактика ИЦН

- Предотвращение абортов
- Активное приглашение пациентки на обследование в сроки скрининговых обследований и профосмотров для своевременной диагностики и лечения заболеваний ШМ
- Приоритет щадящих и органосохраняющих подходов при выборе лечения заболеваний ШМ
- Выявление и коррекция управляемых факторов риска ИЦН и их коррекция на прегравидарном
- 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

Лечение ИЦН

- Прогестагены
- Акушерский пессарий
- Серкляж

Progesterone



Медикаментозные методы лечения

- Пациентке с одноплодной беременностью с поздним выкидышем или ПР в анамнезе рекомендовано введение акушерского разгружающего pessaria с 12 до 37 недели гестации в комбинации с препаратами прогестерона 200мг/сут. вагинально до 34 недель.
- При наложении швов на ШМ (серкляже) рекомендована антибиотикопрофилактика препаратами широкого спектра действия с целью предотвращения инфекционновоспалительных осложнений

Прогестаген

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

Акушерский пессарий

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

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

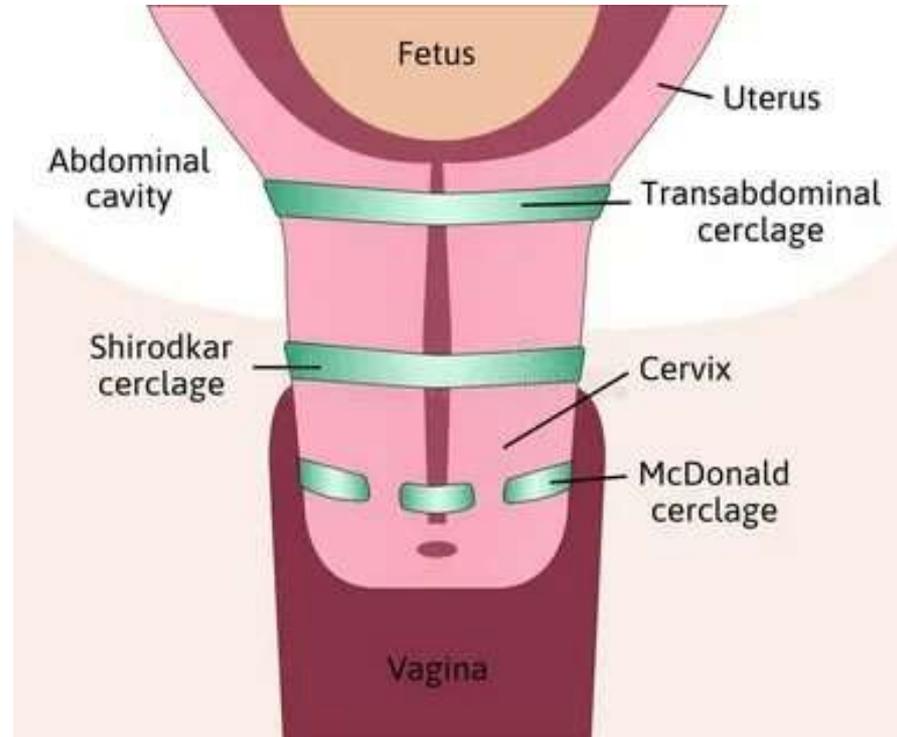
Хирургические методы лечения

- Для наложения серкляжа на шейку матки на прегравидарном этапе (предпочтительнее) или в сроках беременности с 10 до 14 недель рекомендовано направлять пациентку с ИЦН, обусловленной наличием тканевого дефицита ШМ (конизация, трахелэктомия), при невозможности наложении швов на ШМ (серкляже) во время беременности, на проведение пластики ШМ лапароскопическим (предпочтительнее) или лапаротомным доступом.

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

Виды

- Профилактический серкляж (elective, основанный на анамнестических данных)
- Лечебный серкляж (emergent, основанный на результатах цервикометрии)
- Экстренный серкляж (rescue, при угрозе ПР)



Обследования

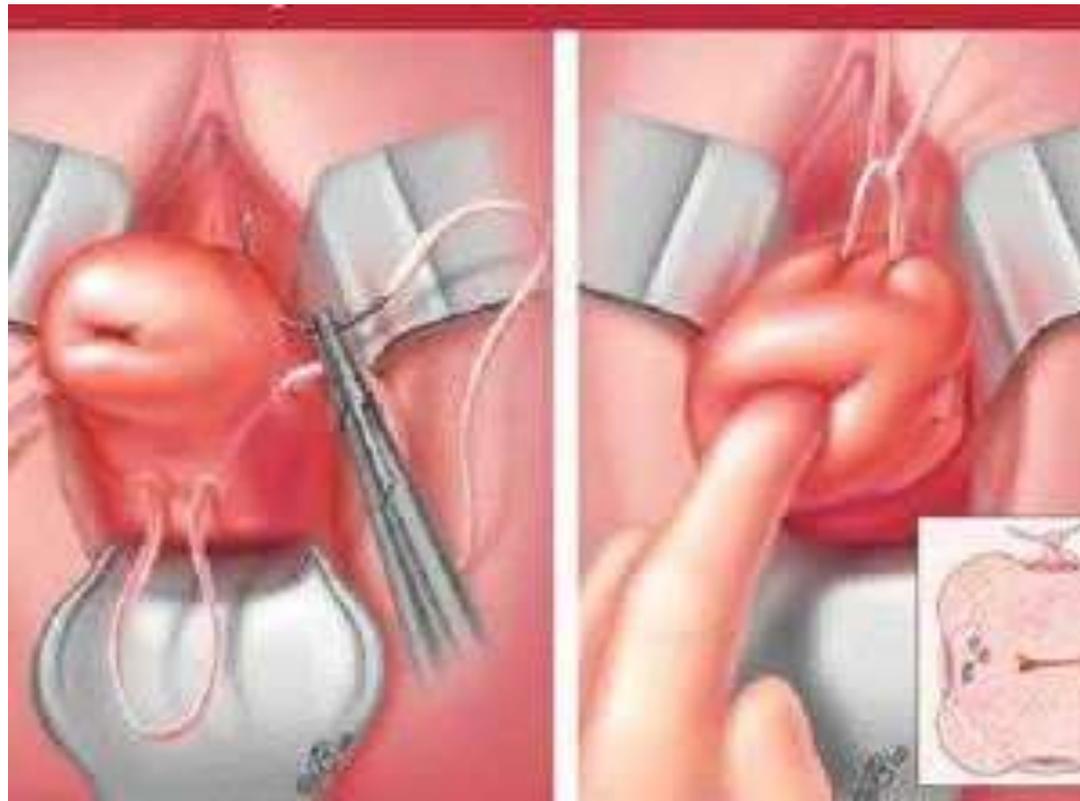
- Общий анализ крови (количество лейкоцитов не более 15 000/мл)
- С-реактивный белок (менее 5 нг/дл)
- УЗИ для исключения пороков развития плода, ПРПО, подтверждения гестационного срока
- Согласно Приказу 572н, беременным с привычным невынашиванием необходимо выполнить микроскопическое и микробиологическое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

Трансабдоминальный серкляж является технически более сложным, чем трансвагинальный серкляж, сопровождается большим числом осложнений (раневая инфекция, кровотечение), в связи с чем, трансабдоминальный серкляж показан только в особых случаях:

- при наличии не менее 2-х неудачных попыток трансвагинального серкляжа;
- анатомии ШМ, не позволяющей разместить вагинальный шов (например, после петлевой электроэксцизии ШМ (LLETZ) или конус-биопсии);
- после трахелэктомии

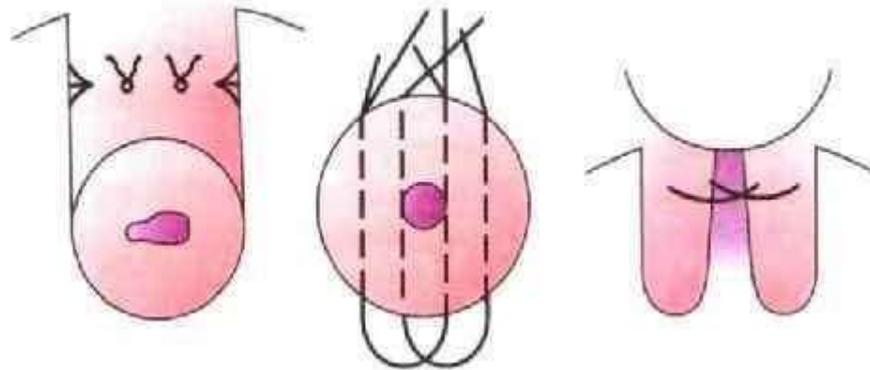
Метод Макдональда

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



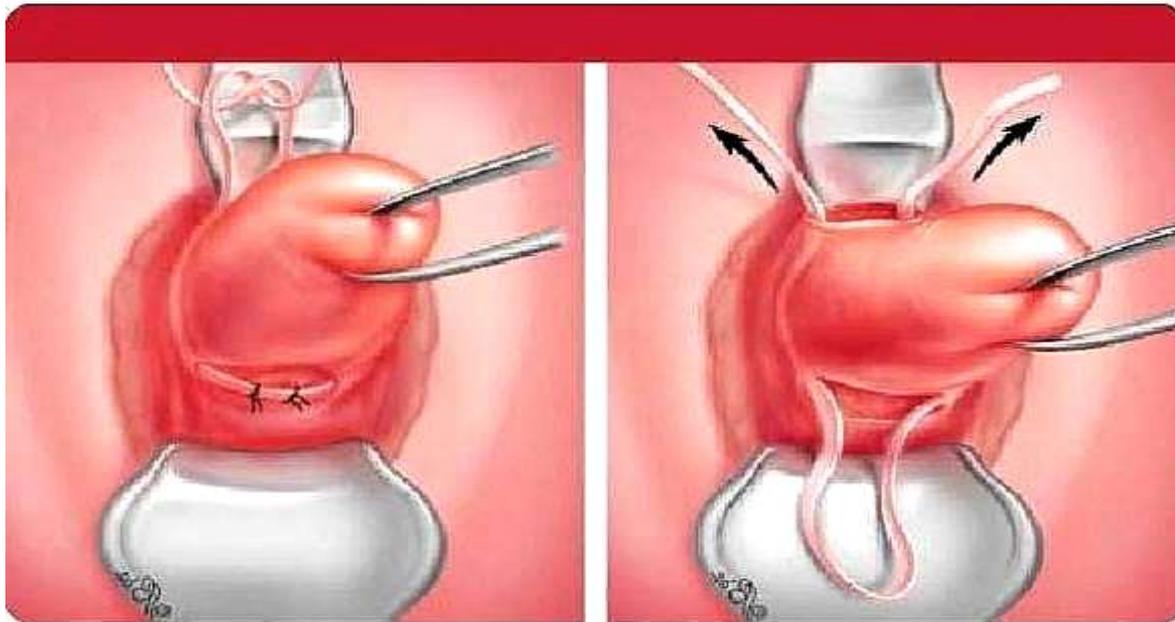
Метод А.И. Любимовой в модификации Н.М. Мамедалиевой

- 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 Широкара

- 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 Широкара используется крайне редко.



Осложнение серкляжа

- Хориоамнионит
- ПРПО
- Смещение шва
- ПР
- Дистоция ШМ
- Разрыв ШМ
- Формирование шейечно-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
- 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 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.

Литература

- 1. Brown R., Gagnon R., Delisle M.-F., MATERNAL FETAL MEDICINE COMMITTEE. Cervical insufficiency and cervical cerclage. *J Obstet Gynaecol Can.* 2013; 35(12): 1115-27.
- 2. Kagan K.O. S.J. How to measure cervical length. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2015; 45(3): 358-362.
- 3. Lee S.E., Romero R., Park C.-W., Jun J.K., Yoon B.H. The frequency and significance of intraamniotic inflammation in patients with cervical insufficiency. *Am J Obstet Gynecol.* 2008; 198(6): 633. e1 – 8.
- 4. Chan Y.Y., Jayaprakasan K., Tan A., Thornton J.G., Coomarasamy A., Raine-Fenning N.J. Reproductive outcomes in women with congenital uterine anomalies: a systematic review. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2011; 38(4): 371-82.
- 5. Johnstone F.D., Beard R.J., Boyd I.E., McCarthy T.G. Cervical diameter after suction termination of pregnancy. *Br Med J.* 1976; 1(6001): 68-9.
- 6. Kyrgiou M., Arbyn M., Martin-Hirsch P., Paraskevaidis E. Increased risk of preterm birth after treatment for CIN. *BMJ.* 2012; 345: e5847.
- 7. Anum E.A., Springel E.H., Shriver M.D., Strauss J.F. Genetic contributions to disparities in preterm birth. *Pediatr Res.* 2009; 65(1): 1-9.
- 8. Warren J.E., Silver R.M., Dalton J., Nelson L.T., Branch D.W., Porter T.F. Collagen 1Alpha1 and transforming growth factor-beta polymorphisms in women with cervical insufficiency. *Obstet Gynecol.* 2007; 110(3): 619-24.
- 9. De Vos M., Nuytinck L., Verellen C., De Paepe A. Preterm premature rupture of membranes in a patient with the hypermobility type of the Ehlers-Danlos syndrome. A case report. *Fetal Diagn Ther.* 14(4): 244-7.
- 10. Warren J.E., Silver R.M. Genetics of the cervix in relation to preterm birth. *Semin Perinatol.* 2009; 33(5): 308-11.
- 11. Miller R., Smiley R., Thom E.A., Grobman W.A., Iams J.D., Mercer B.M., et al. The association of beta-2 adrenoceptor genotype with short-cervix mediated preterm birth: a casecontrol study. *BJOG.* 2015; 122(10): 1387-94.
- 12. Gernand A.D., Schulze K.J., Stewart C.P., West K.P., Christian P. Micronutrient deficiencies in pregnancy worldwide: health effects and prevention. *Nat Rev Endocrinol.* 2016; 12(5): 274-89.
- 13. Thakur M., Mahajan K. Cervical Incompetence. *StatPearls.* 2021.
- 14. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Practice Bulletin No. 142: Cerclage for the management of cervical insufficiency. *Obstet Gynecol.* 2014; 123(2 Pt 1): 372-9.
- 15. Савельева Г.М., Сухих Г.Т. С.В.Н. Акушерство. Национальное руководство. 2-е издание. 2018.