

«ФГБУ ВО СОГМА Минздрава России Кафедра организации
здравоохранения с психологией и педагогикой»

« ИСТМИКО-ЦЕРВИКАЛЬНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ. ДИАГНОСТИКА. ЛЕЧЕНИЕ»



Научный руководитель:

Заф.каф.акушерства и гинекологии, д.м.н., профессор Цаллагова Л.В.

Исполнитель: Аспирант 1-го года обучения Шарипова М.Н.

Преподаватель:

Доцент кафедры организации здравоохранения с психологией и педагогикой
ФГБОУ ВО СОГМА., к.м.н., врач-психотерапевт, профессор РАЕ Татров А.С

Владикавказ, 2022

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 недель беременности без
клинической картины
преждевременных родов.

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%.

Факторы риска истмико-цервикальной недостаточности

1. 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.

2. Анатомические факторы.

- Врождённые пороки развития матки (двуорогая, седловидная матка, наличие внутриматочной перегородки)
- после инструментального расширения цервикального канала при гинекологических манипуляциях (гистероскопия, отдельное диагностическое выскабливание)
- после хирургического аборта;
- после оперативных вмешательств на ШМ (диатермокоагуляция, конизация, в том числе радиохирургическая) при интраэпителиальных поражениях, в том числе раке ШМ.

3 Особенности настоящей беременности.

- Многоплодие.
- Многоводие.

4 Генетические и врождённые факторы.

- Наследственность: треть беременных с ИЦН имеют родственниц первой линии с таким же осложнением - Контакт с диэтилстильбэстроном во внутриутробном периоде (в настоящее время такие пациентки крайне редки)

5 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

6 Особенности акушерско-гинекологического анамнеза*(4).

- Поздний самопроизвольный выкидыш (особенно при быстром и малоблезненном 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 недели предшествующей беременности.
- Два и более вмешательства с расширением цервикального канала; механическое расширение ШМ (дилатация и кюретаж, гистероскопия) - наиболее частая причина у женщин, не имевших укорочения ШМ во время предыдущей беременности.

7 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

Для диагностики ИЦН пальцевое исследование ШМ не показано ввиду низкой информативности и увеличения риска досрочного завершения беременности .

Оптимальный метод диагностики - трансвагинальное ультразвуковое измерение длины цервикального канала

.

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.

Технология трансвагинальной ультразвуковой цервикометрии

- 1 Ультразвуковую цервикометрию следует проводить в положении женщины лёжа
- 2 Мочевой пузырь должен быть пустым - полный мочевой пузырь "удлиняет" ШМ.
- 3 Датчик помещают в передний свод влагалища.
- 4 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 сдавление к минимуму.
- 5 До начала измерения желательно выявить спонтанные сокращения ШМ, наблюдая примерно 30 сек.
- 6 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.
- 7 Увеличение ультразвукового изображения необходимо, причём изображение ШМ должно занимать не менее 50-75% площади экрана ультразвукового прибора).
- 8 Продолжительность исследования должна составлять 3-5 мин.
- 9 Необходимо выполнить несколько измерений (минимум три) за 5-минутный период; в качестве окончательного результата выбирают наименьшее значение.

ИЦН-является одной из ведущих патологий женских половых органов, приводящей к самопроизвольным абортam и невынашиванию беременности. И является осложнением беременности ,а именно 2 триместра беременности.



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.

- У женщин с ПР в анамнезе и неэффективностью вагинального цервикального серкляжа при предшествующих беременностях следует рассмотреть возможность наложения абдоминального серкляжа.
- 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.



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

1 Прогестагены.

2 Серкляж.

3 Акушерский пессарий.

Любой из перечисленных методов можно успешно применять в формате монотерапии.

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 недели (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 недель на 45%, значительно снижает частоту респираторного дистресс-синдрома и неонатальную заболеваемость.

Суточная доза микронизированного прогестерона, используемая для профилактики ПР в сроках до 34 недель, обозначенная в инструкции и международных рекомендациях составляет 200

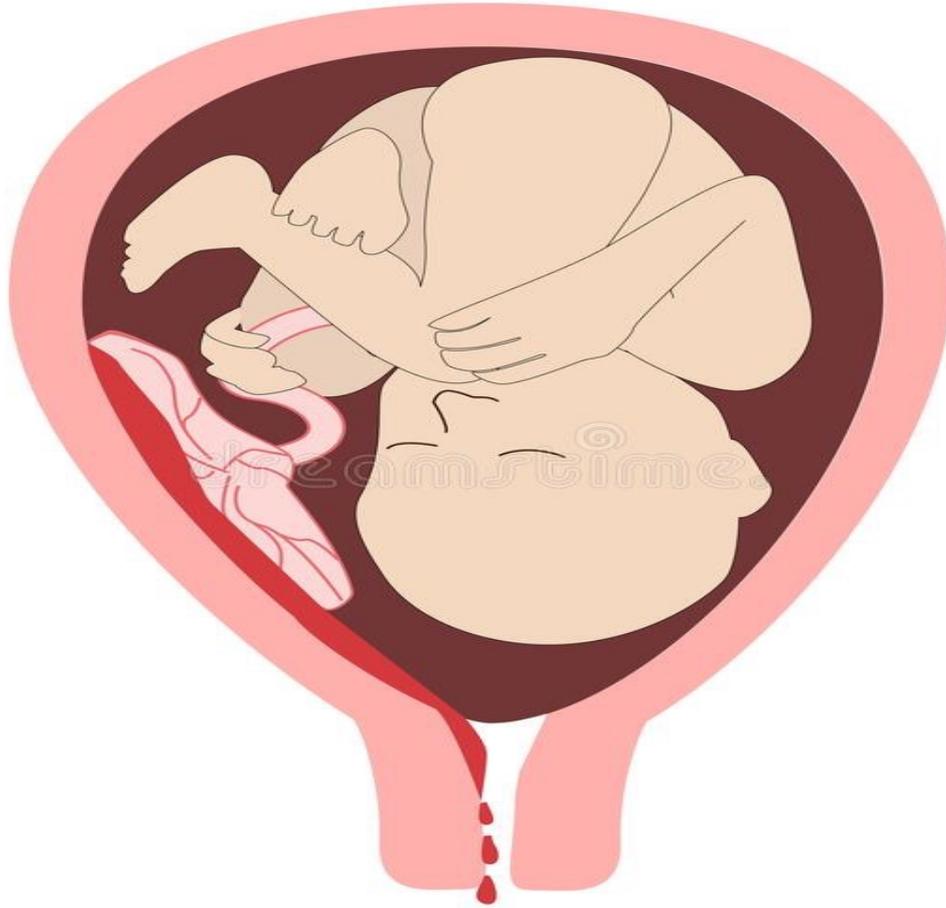
Профилактическое вмешательство для снижения риска ПР у пациенток с поздними выкидышами и ПР в анамнезе.

Показания

- Две и более потери 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).



1. Клиническое акушерство : учеб. пособие / С. А. Леваков [и др.]. - Москва : МЕДпресс-информ, 2016. - 296 с. (Шифр 618.2(075) К 49).
2. Акушерство : учеб. / под ред.: В. Е. Радзинского, А. М. Фукса. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 1040 с. (Шифр 618.2(075) А 44).
3. Занько, С. Н. Акушерские пессарии: дифференцированный подход : рук. для врачей / С. Н. Занько, В. Г. Дородейко, А. Ю. Журавлев. - Витебск, 2016. - 32 с. (Шифр 618.39(035) З 28).
4. Анализ акушерских и перинатальных исходов при преждевременных родах / Е. Аскар, Ф. Арифова, У. Исаханова и др. // Акт. науч. исслед. в совр. мире. - 2018. - № 5-8. - С. 43-45.
5. Анохова, Л. И. Прогнозирование плацентарной недостаточности при преждевременных родах / Л. И. Анохова, Т. Е. Белокриницкая, Ю. Н. Смоляков // Забайк. мед. вестн. - 2016. - № 2. - С. 66

www.jaypeedigital.com/default.aspx, <http://eu.wiley.com/WileyCDA/Section/id-351297.html>, <http://content.karger.com/ProdukteDB/produkte.asp?Akt..>

4) Obstetrics & Gynecology (green journal) -

<http://journals.lww.com/greenjournal/pages/default.aspx>

«ФГБУ ВО СОГМА Минздрава России Кафедра организации
здравоохранения с психологией и педагогикой»

« ИСТМИКО-ЦЕРВИКАЛЬНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ. ДИАГНОСТИКА. ЛЕЧЕНИЕ»



Научный руководитель:

Заф.каф.акушерства и гинекологии, д.м.н., профессор Цаллагова Л.В.

Исполнитель: Аспирант 1-го года обучения Шарипова М.Н.

Преподаватель:

Доцент кафедры организации здравоохранения с психологией и педагогикой
ФГБОУ ВО СОГМА., к.м.н., врач-психотерапевт, профессор РАЕ Татров А.С

Владикавказ, 2022