

**DOI:10.26104/NNTIK.2022.96.51.031**

*Сагынбаева А.Ш., Василевская Н.М., Омурзакова С.Э.*

**ЖАТЫН МОЮНЧАСЫНЫН ЖЕТИШСИЗДИГИН КОРРЕКЦИЯЛОО:  
КОШ БОЙЛУУЛАР БӨЛҮМҮНҮН ТАЖРЫЙБАСЫ**

*Сагынбаева А.Ш., Василевская Н.М., Омурзакова С.Э.*

**КОРРЕКЦИЯ ИСТМИКО-ЦЕРВИКАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ:  
ОПЫТ ОТДЕЛЕНИЯ ПАТОЛОГИИ БЕРЕМЕННОСТИ**

*A. Sagynbaeva, N. Vasilevskaya, S. Omurzakova*

**CORRECTION OF ISTHMIC-CERVICAL INSUFFICIENCY: THE  
EXPERIENCE OF THE PREGNANCY DEPARTMENT**

УДК: 618.39-07-08

*Жатын моюнчасынын жетишсиздиги заманбап акушердик актуалдуу көйгөйлөрдүн бири. ЖМЖ аялдын жатын моюнчасынын структуралык өзгөрүшүнөн улам кош бойлуулукту толук мөөнөтүнө жеткире албагандыгы менен мүнөздөлөт. Макалалар, Адамдын Репродукциясы боюнча Кыргыз Илимий Борборунун кош бойлуулук патологиясы бөлүмүндө жатын моюнчасынын жетишсиздиги бар аялдарды дарылоого арналган. Макалада колдонулган диагностикалык мүмкүнчүлүктөр баяндалган, алардын бири ультра үн аркылуу жатын моюнчасынын узундугун өлчөө, кош бойлуулук учурунда ооруканага жаткыруу этабында жүргүзүлүүчү дарылоо чаралары чагылдырылган. Жатын моюнчасынын жетишсиздигин дарылоо ыкмасын тандоо клиникалык кырдаалдан, анамнезден, кош бойлуулуктун мөөнөтүнөн, төрөттүн санынан, жатын моюнчасынын узундугунан жана бойдон түшүү коркунучунан көз каранды. Макалада ар кандай анамнездик топтордогу аялдардын жатын моюнчасынын жетишсиздигинин дарылоо ыкмалары, кош бойлуулукту жүргүзүү тактикасын жана алынган натыйжаларды тандоону негиздөө менен баса белгиленди. Дарылоо ыкмасын тандоодо өздүк топтолгон тажрыйба жана башка өлкөлөрдүн клиникалык сунуштары да көрсөтүлгөн.*

**Негизги сөздөр:** *жатын моюнчасынын жетишсиздиги, бойдон түшүп калуу коркунучу, ара төрөлүү, акушердик пессарий, ультра үн менен кын аркылуу жатын моюнчасын өлчөө, прогестерон, хирургиялык тигиштер.*

*Истмико-цервикальная недостаточность является одной из актуальных проблем современного акушерства. Для ИЦН характерна неспособность женщины доносить беременность до доношенного срока из-за структурных изменений шейки матки. Статья посвящена ведению женщин с истмико-цервикальной недостаточностью в отделении патологии беременности КНЦРЧ. Описаны используемые диагностические возможности, одной из которых является трансвагинальная эхография/цервикометрия; лечебные мероприятия, проводимые на этапе госпитализации при данной беременности. Выбор метода коррекции ИЦН зависит от клинической ситуации, анамнестических данных, срока гестации, паритета родов, данных ультразвуковой цервикометрии, наличия или отсутствия явлений угрозы прерывания данной беременности. Освещены использованные методы коррекции истмико-цервикальной недостаточности у женщин различных анамнестических групп с обоснованием выбора тактики ведения беременности и полученных результатов. При выборе тактики лечения учитывались как собственный накопленный опыт, так и клинические рекомендации зарубежных стран.*

**Ключевые слова:** *истмико-цервикальная недостаточность, невынашивание беременности, выкидыши, преждевре-*

*менные роды, акушерский пессарий, ультразвуковая трансвагинальная цервикометрия, прогестерон, хирургические швы.*

*Isthmic-cervical insufficiency is one of the actual problems of modern obstetrics/ characteristic of ICI – woman's incapacity carry a pregnancy to term due to structural changes in the cervix. Article devoted for leading women with isthmic – cervical insufficiency in the department of pathology of pregnant women. Kyrgyz Scientific Centre of Human Reproduction used diagnostic capabilities are described, one of them – ultra sound transvaginal cervicometr/echography, medical measures, when the pregnant woman where in the hospital. The choice of correction isthmic – cervical insufficiency depends on the clinical situation, medical history, gestational age, childbirth parity, data of transvaginal cervicometr/echography, the presence or absence of the threat of termination of this pregnancy. Also, the article highlights the methods of correction of woman's isthmic-cervical insufficiency in various anamnestic groups and substantiates selection of curative tactics, with results obtained during the treatment. When choosing a treatment strategy own experience taken into account and clinical recommendation other country.*

**Key words:** *isthmic-cervical insufficiency, miscarriage, premature birth, obstetrics pessary, ultra sound transvaginal cervicometr/echography, progesterone, surgical sutures.*

В настоящее время преждевременные роды являются комплексной медико-социальной проблемой, оказывающей непосредственное влияние как на перинатальную заболеваемость и смертность матерей и новорожденных, так и на качество последующей жизни детей, родившихся недоношенными, что, в свою очередь, сопряжено с материально-экономическими затратами. Тяжесть состояния и осложнений, связанных с недоношенностью, материально-экономические затраты прямо пропорциональны гестационному сроку преждевременных родов. Таким образом, сегодня перед врачом акушером стоят несколько задач, одними из которых являются выявление и обнаружение (детекция) угрозы преждевременных родов, управление факторов риска и признаков ИЦН, их своевременная эффективная и безопасная коррекция.

Истмико-цервикальная недостаточность (ИЦН) – это укорочение длины шейки матки до менее чем 25 мм и/или расширение цервикального канала до более чем 10 мм на всем протяжении ранее 37 недель беременности. Как правило, ИЦН сопровождается пролабированием плодного пузыря [1, 2]. Недоста-

точность шейки матки вызывают структурные и функциональные изменения истмического отдела матки, размеры которого зависят от циклических изменений в организме женщины. ИЦН является самостоятельным и значимым фактором риска невынашивания беременности, во II триместре встречается в 40% случаев, а в III триместре - в каждом 3-м случае [3]. В свою очередь каждый 3-й случай преждевременных родов (ПР) обусловлен вышеуказанной патологией.

Причины ИЦН разнообразны. Динамический мониторинг состояния шейки матки обязателен у женщин, уже имевших потери беременности во втором триместре и/или ранние преждевременные роды, причем в момент планирования семьи и после наступления беременности. Тем не менее все факторы риска ИЦН, поддающиеся к управлению подлежат к немедленному ургентному серкляжу, начиная с малых сроков беременности.

Одним из значимых, если не самым важным моментом в профилактике преждевременных родов, особенно ранних, является своевременное лечение ИЦН, путем проведения серкляжа (хирургического, механического или медикаментозного).

Согласно данным Fetal Medicine Foundation (Фонд Медицины Плода) [6], длина цервикального канала при трансвагинальном исследовании в 22-24 нед беременности в норме имеет среднее значение 36 мм. Риск спонтанного прерывания беременности обратно пропорционален длине шейки матки и экспоненциально возрастает, когда длина цервикального канала менее 15 мм. При многоплодных беременностях пороговым значением для экспоненциального увеличения риска является длина шейки 25 мм. Дилатация внутреннего зева, проявляющаяся при УЗИ появлением воронки в этой области, есть не что иное, как эхографический критерий, отражающий процесс укорочения шейки матки, который впоследствии и приводит к преждевременным родам.

По рекомендациям конгресса FIGO 2012 г., а затем и резолюции Экспертного совета в рамках 16-го Всемирного конгресса по вопросам репродукции человека 2015 г. показано использование вагинального прогестерона для профилактики преждевременных родов при одноплодной беременности при длине шейки матки 25 мм и менее при трансвагинальной эхографии при сроке гестации 19-24 нед. [7].

Согласно рекомендациям FIGO 2015 г. [8], длина цервикального канала при трансвагинальной ультразвуковой цервикометрии 35 мм и менее свидетельствует об угрозе преждевременных родов, 25 мм и менее - о высоком риске непосредственно преждевременных родов. Расширение внутреннего зева до 5 мм и более, особенно до 10 мм, также говорит о высоком риске преждевременных родов [9]. При трансабдоминальной эхографии измеренная длина шейки матки

может не соответствовать истинной в большинстве случаев, особенно при укороченной шейке матки. Более того, для успешной визуализации требуется наполненный мочевой пузырь женщины, который, сдавливая ее, увеличивает длину шейки матки в среднем на 5 мм [10].

Диагностика ИЦН во время беременности основывалась нами на следующих критериях:

- Проявления истмико-цервикальной недостаточности в анамнезе;
- Оценка жалоб и клинических проявлений ИЦН;
- Укорочение длины шейки матки, выявленное в ходе рутинной цервикометрии без отягощенного анамнеза;
- Укорочение длины шейки матки, выявленное в ходе рутинной цервикометрии с отягощенным анамнезом;
- Короткая шейка матки: длина менее 25 мм и/или расширение цервикального канала 10 и более мм на всем протяжении;
- Скрининговая ультразвуковая цервикометрия (оценка длины шейки матки трансвагинальным доступом).

Таким образом, критериями установки диагноза являлись:

- Бессимптомное укорочение длины сомкнутых стенок цервикального канала 25 и менее мм;
- Дилатация цервикального канала более 10 мм на всем протяжении;
- Укорочение шейки матки 30 и менее мм с поздними преждевременными, особенно очень ранними и ранними, родами.

В 2021 году ИЦН была диагностирована у 36 пациенток с одноплодной беременностью в сроках гестации от 12 до 31 недель. У 20 из них, помимо укорочения шейки матки, в анамнезе имели место несколько (от 1 до 5) потерь беременности, включая поздние выкидыши и преждевременные роды. У одной пациентки с многоплодной беременностью, также отмечалась ИЦН.

Всем поступившим проводилось клиничко-лабораторное обследование по общепринятым методикам. Трансвагинальная эхография осуществлялась при помощи ультразвуковых диагностических приборов MEDISON Sono ACE X8 по общепринятой методике в положении лежа на спине. Всем пациенткам также производилась фето-, плацентометрия, оценка количества околоплодных вод. При трансвагинальной цервикометрии оценивались длина сомкнутой части шейки матки, состояние цервикального канала и внутреннего зева. Открытый внутренний зев описывался как V- и U-образный и определялся при его расширении более 5 мм [11, 12, 13]. При проведении мануального исследования оценивались длина шейки матки, ее консистенция, положение шейки матки относительно проводной оси таза, отношение предлежащей

части ко входу в малый таз. Производилась также оценка степени выраженности ИЦН в соответствии с «Бальной шкалой оценки истмико-цервикальной недостаточности», разработанной и используемой

Кафедрой акушерства и гинекологии педиатрического факультета ГБОУ ВПО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России.

Таблица 1

Бальная шкала оценки истмико-цервикальной недостаточности [14].

Признак	Оценка в баллах		
	0	1	2
<b>Расположение шейки матки</b>	<b>Резко кзади</b>	<b>Кзади</b>	<b>Центрально</b>
Расположение предлежащей части	Над входом в малый таз	Прижата ко входу в малый таз	Малым сегментом во входе в малый таз
Длина шейки матки по УЗИ (трансвагинальная эхография)	Более 3 см	2 – 3 см	2 см и менее
Оценка внутреннего зева по УЗИ (трансвагинальная эхография)	Сомкнут	Менее 0.9 см	0.9 и более
Гиперандрогения во время данной беременности	Нет	–	Выявлена
Поздние самопроизвольные выкидыши, очень ранние/ранние роды, ИЦН в анамнезе	Нет	Один	Два и более, ИЦН в анамнезе

*Примечание: при сумме 5 – 6 баллов и более была показана коррекция ИЦН.*

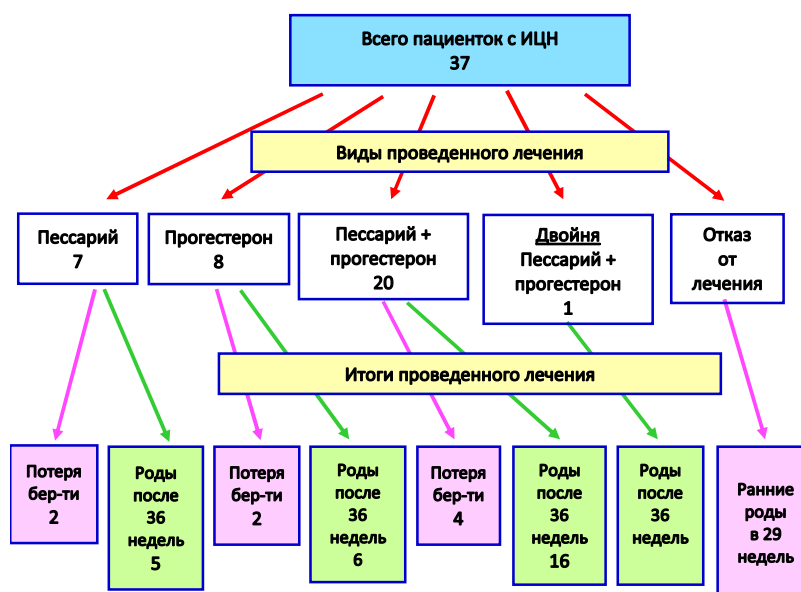
После подтверждения диагноза, уточнения состояния плода, проведения бактериоскопического исследования содержимого цервикального канала и проведенной, в случае необходимости санации:

- 7 пациенткам был наложен разгружающий акушерский pessary без использования медикаментозной терапии;
- 8 пациенток получали медикаментозную терапию препаратами прогестерона путем интравагинального введения;
- 20 пациенток в сочетании с акушерским разгружающим pessarium получали медикаментозную терапию

препаратами прогестерона (интравагинальное введение);

- 1 пациентка с беременностью двойней в сочетании с акушерским разгружающим pessarium получала медикаментозную терапию препаратами прогестерона (интравагинальное введение);
- Показаний для проведения хирургического серкляжа не было;
- Одна из пациенток с выявленной ИЦН отказалась от применения акушерского разгружающего pessarium и приема препаратов прогестерона, несмотря на имеющиеся показания (оформив при этом письменный отказ).

Блок-схема: «Результаты проведенного лечения ИЦН»



**Выводы:**

1. Истмико-цервикальная недостаточность – одна из ведущих причин потерь беременности в «больших» сроках, которая может явиться этиологическим фактором прерывания беременности на различном сроке, преждевременных родов, инвалидизации детей.

2. Необходимо выявление групп риска по формированию ИЦН с последующим динамическим контролем за состоянием шейки матки с применением трансвагинальной цервикометрии.

3. Выявление и верификация диагноза ИЦН должно начинаться на прегравидарном этапе. Цель ранней диагностики и своевременной коррекции - сохранение беременности.

4. Рутинное измерение длины шейки матки, диаметра цервикального канала и особенностей внутреннего зева должны проводиться рутинно, во время проведения скрининговых УЗИ (в сроках гестации 10 – 13н +6дн; 18 – 20н + 6дн).

5. Выбор определенного способа лечения – трудная задача, требующая индивидуального подхода к каждому пациенту, в особенности важен сбор анамнестических данных.

6. Для формирования единого подхода в диагностике и лечении данной патологии необходимо создание Национального клинического протокола по этой тематике.

**Литература:**

1. Акушерство. Национальное руководство. Под ред. Савельевой Г.М., Сухих Г.Т., Серова В.Н., Радзинского В.Е. - М.: ГЭОТАР-Медиа; 2015.
2. Клинические рекомендации. Акушерство и гинекология (спецвыпуск). Под ред. Адамян Л.В., Серова В.Н., Сухих Г.Т., Филиппова О.С. М.: Медиа Сфера; 2018.
3. Сидельникова В.М. Привычное невынашивание беременности. М.: Триада-Х; 2002. 4. Линченко Н.А. Тактика ведения пациенток с истмико-цервикальной недостаточностью. / Вестник ВолГМУ. 2015; 1(53): 15-18 с.
4. Кулаков В.И., Серов В.Н., Сидельникова В.М. Преждевременные роды – тактика ведения с учетом сроков гестации. Журнал акушерства и женских болезней. 2002; 2: 13-18 с.
5. Современный взгляд на проблему истмико-цервикальной недостаточности РМЖ. Мать и дитя №4 от 26.12.2019, 286-291 с. Рубрика: Акушерство. Авторы: Кузнецова О.В., Зарубеева Е.В.
6. [fetalmedicine.com](http://fetalmedicine.com)
7. Профилактика невынашивания и преждевременных родов в современном мире. Резолюция Экспертного совета в рамках 16-го Всемирного конгресса по вопросам репродукции человека (Берлин, 18-21 марта 2015 года) Информ. бюлл. - М.: редакция журнала Status Praesens. 2015. 4 с.
8. Рекомендации Международной федерации акушеров-гинекологов (FIGO) 2015 года. Совершенствование практических подходов в акушерстве и фетальной медицине. Информационный бюллетень / Под ред. Радзинского В.Е. М.: редакция журнала Status Praesens. 2015. 8 с.
9. Трансвагинальная эхография в диагностике ИЦН обладает 100%-ной чувствительностью и 80%-ной специфичностью. Руководство по амбулаторно-поликлинической помощи в акушерстве и гинекологии / Под редакцией Кулакова В.И., Прилепской В.Н., Радзинского В.Е. М.: ГОЭТАР-Медиа, 2007. С. 133-137.
10. «Ультразвуковая диагностика истмико-цервикальной недостаточности» Е.А. Лукьянова. Медицинский центр "Новый лекарь", Минск, Республика Беларусь. Журнал: Sono Ace Ultrasound №29 Рубрика: Эхография в акушерстве
11. Berghella V. Preterm birth. Prevention and management. Philadelphia: Wiley-Blackwell. 2010; 285.
12. Reiter E, Nielsen K, Fedder J. Digital examination and transvaginal scan – competing or complementary for predicting preterm birth? Acta Obstet Gynecol Scand. 2012; 91: 4: 428-438. doi: 10.1111/j.1600-0412.2011.01341.x.
13. Hernandez-Andrade E, Romero R, Ahn H, Hussein Y, Yeo L, Korzeniewski S, Chaiworapongsa T, Hassan S. Transabdominal evaluation of uterine cervical length during pregnancy fails to identify a substantial number of women with a short cervix. J Matern Fetal Neonatal Med. 2012; 25: 9: 1682—1689. doi: 10.3109/14767058.2012657278. [PMID; 22273078].
14. Астраханцева М.М., Бреусенко Л.Е., Лебедев Е.В., Плеханова Е.Р., Савельева Г.М., Шалина Р.И. Истмико-цервикальная недостаточность. Диагностика и коррекция. Российский вестник акушера-гинеколога. 2016; 16(2): 83-88 с.