Актуально на 6 фев 2023

## Протокол ведения пациентки с истмико-цервикальной недостаточностью

Протокол подготовлен экспертами [Системы Консилиум](https://1crs.ru/) на основании клинической рекомендации «[Истмико-цервикальная недостаточность](https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/671_1%22%20%5Ct%20%22_self)».

**Разработано на основе «Истмико-цервикальная недостаточность: клиническая рекомендация», одобренной Минздравом России**

|  |  |
| --- | --- |
| **Пациенты** | взрослые, дети, женщины, девочки |
| **Фаза** | вне зависимости от фазы |
| **Стадия** | вне зависимости от стадии |
| **Осложнения** | вне зависимости от осложнений |
| **Помощь** | специализированная, стационарно, плановая |

## Диагностика

**Критерии установления диагноза**

* бессимптомного укорочения длины сомкнутых стенок цервикального канала менее 25 мм
* и/или дилатации цервикального канала более 10 мм на всем протяжении (пролабирование плодного пузыря).

### Жалобы и анамнез

**Сбор анамнеза и выявление факторов риска ИЦН**

Беременные с ИЦН могут предъявлять следующие жалобы:

* на ощущение давления,
* распирания,
* колющие боли во влагалище («простреливающая боль»),
* дискомфорт внизу живота и в пояснице,
* слизистые или слизисто-сукровичные выделения из влагалища.
* В подавляющем большинстве случаев ИЦН может протекать бессимптомно.

 **Оценка жалоб**

Включает:

* оценку общего самочувствия женщины;
* сведения о наличии болей (их локализации, характера, зависимости от фазы менструального цикла);
* данные о семейном анамнезе (наличия в семье случаев ПВ, мертворождений, бесплодия);
* перенесенных соматических и гинекологических заболеваниях;
* перенесенных ИППП и хронических воспалительных заболеваниях органов малого таза;
* наличии аллергических реакций;
* вредных привычках (курении, употреблении алкоголя, психотропных препаратов, наркотиков);
* воздействии вредных экологических факторов, в том числе профессиональных вредностей;
* результатах предшествующего лечения, в том числе хирургического, а также показаниях к их проведению;
* менструальном цикле:
* возрасте менархе, регулярности, продолжительности, болезненности менструаций;
* предыдущих методах контрацепции;
* половой жизни: в каком возрасте началась, какой брак по счету, его продолжительность, особенности сексуальной жизни (либидо, оргазм, частота половых контактов, болезненность полового акта – диспареуния), количестве половых партнеров;
* детородной функции: количестве предыдущих беременностей, их течения, исхода, осложнениях в родах и в послеродовом периоде;
* характере питания;
* приеме лекарственных средств.

Во время беременности обращают внимание на осложнения до 12 недель (наличие признаков угрожающего или начавшегося выкидыша, формирования ретрохориальных и/или заоболочечных гематом, прием лекарственных препаратов).

### Физикальное обследование

**Физикальное обследование во время беременности должно соответствовать клиническим рекомендациям «Нормальная беременность».**

**Дополнительный гинекологический осмотр с осмотром шейки матки в зеркалах для оценки состояния вагинальной порции ШМ**

пациентке группы высокого риска ИЦН и с ИЦН во время беременности оцениваются:

* анатомия ШМ,
* состояние наружного зева,
* характер выделений из цервикального канала (ЦК) и влагалища.

Осмотр шейки матки проводится с помощью влажных стерильных зеркал, не смазанных лубрикантами (для исключения влияния при выполнении диагностических тестов), с целью оценки наличия и количества кровянистых выделений, состояния ШМ и цервикального канала, исключения/подтверждения пролабирования плодного пузыря, исключения воспалительных изменений шейки матки и влагалища.

### Лабораторная диагностика

**Перечень лабораторных диагностических исследований во время беременности должен соответствовать клиническим рекомендациям «Нормальная беременность».**

**Уровень лейкоцитов в крови**

* у пациентки с длиной ШМ менее 2,5 см
* у пациентки с расширением ЦК на всем протяжении до 10 мм

с целью своевременной диагностики воспалительных процессов

**Уровень С-реактивного белка в сыворотке крови**

* у пациентки с длиной ШМ менее 2,5 см
* у пациентки с расширением ЦК на всем протяжении до 10 мм

с целью своевременной диагностики воспалительных процессов

**Дополнительное микроскопическое исследование влагалищных мазков**

у пациентки с ИЦН с целью диагностики инфекционно-воспалительных и дисбиотических состояний

**Микроскопическое исследование влагалищных мазков**

пациентке с показаниями для введения акушерского пессария с целью своевременной санации влагалища

**Молекулярно-биологическое исследование отделяемого слизистых оболочек женских половых органов на возбудители инфекций, передаваемых половым путем (Neisseria gonorrhoeae, Trichomonas vaginalis, Chlamydia trachomatis, Mycoplasma genitalium)**

пациентке с ИЦН с целью выявления инфекции и ее своевременной терапии

**Осмотр шейки матки в зеркалах**

пациентке с ИЦН и подозрением на ПРПО для идентификации подтекания околоплодных вод

### Инструментальная диагностика

**Перечень инструментальных диагностических исследований во время беременности должен соответствовать клиническим рекомендациям «Нормальная беременность».**

**УЗИ шейки матки (УЗ-цервикометрии)**

пациентке с ИЦН и группы высокого риска ИЦН с 15–16 до 24 недель беременности с кратностью 1 раз в 1–2 недели с целью своевременной диагностики укорочения шейки матки.

* длина ШМ≤ 25мм до 34 недель беременности является прогностическим фактором ПР.
* в 20 недель беременности длина ШМ ≤ 25мм ассоциирована с повышением рискаПР в 6 раз.
* до 34 недель при одноплодной беременности определение длины шейки матки ≤ 25 мм имеет чувствительность 76%, специфичность – 68%, PPV – 20% и NPV – 96% для диагноза ПР

техника ультразвуковой цервикометрии

**Не рекомендовано**УЗИ шейки матки (УЗ-цервикометрии) с 15–16 до 24 недель беременности с кратностью 1 раз в 1–2 недели пациенткам с цервикальным серкляжем, ПРПО и предлежанием плаценты

### Иная диагностика

**Направление на основании коллегиального решения (совместный осмотр, консилиум) на диагностический трансабдоминальный амниоцентез**

пациентке с ИЦН и длиной ШМ ≤ 25мм в сроке 22–23 недели беременности с целью исключения/подтверждения инфекционно-воспалительного процесса и решения вопроса о целесообразности хирургической коррекции ИЦН и необходимости проведения антибактериальной терапии

## Лечение

**Немедикаментозные, медикаментозные методы коррекции жалоб, характерных для беременности, и назначение витаминов и пищевых добавок во время беременности должно соответствовать клиническим рекомендациям «Нормальная беременность».**

### Немедикаментозное лечение

**Назначение пессария**

* пациентке с ИЦН и ПР или поздними выкидышами в анамнезе в случае непроведения ей серкляжа с целью улучшения перинатальных исходов
* пациентке с многоплодной беременностью при укорочении ШМ, так как это снижает частоту спонтанных преждевременных родов до 34 недель беременности

противопоказания к акушерскому пессарию

### Медикаментозное лечение

**Препараты прогестерона вагинально**

по 200 мг в день до 34 недель беременности пациентке с ИЦН при одноплодной или многоплодной беременности

**Профилактика антибиотиками широкого спектра действия**

* пациентке с ИЦН при проведении серкляжа периоперационно
* пациентке с ИЦН при проведении экстренного серкляжа с пролабированием плодного пузыря провести терапию в течение 5 дней

с целью профилактики гнойно-воспалительных осложнений

### Хирургические методы лечения ИЦН на прегравидарном этапе

**Пластика шейки матки лапароскопическим или лапаротомным доступом (серкляж)**

на прегравидарном этапе или в сроках беременности с 10 до 14 недель пациентке с ИЦН, обусловленной потерей ткани шейки матки (конизация, ампутация шейки матки) при невозможности хирургической коррекции ИЦН во время беременности трансвагинальным доступом

### Хирургические методы лечения во время беременности

**Швы на шейку матки (серкляж)**

пациентке с ИЦН и ПР или поздними выкидышами в анамнезе при интактных плодных оболочках в случае отсутствия введения ей акушерского разгружающего поддерживающего кольца (пессария) с целью улучшения перинатальных исходов

**Не рекомендовано** направлять пациентку с ИЦН на наложение швов на шейку матки (серкляж) при наличии признаков инфекции, с кровотечением из влагалища, сокращениями матки

**Антенатальная профилактика респираторного дистресс-синдрома (РДС) плода**

при проведении наложения швов на шейку матки (серкляж) в сроке беременности более 24 недель

для профилактики РДС плода рекомендованы бетаметазон внутримышечно в дозе 12 мг 2 раза с интервалом 24 часа или дексаметазон внутримышечно в дозе 6 мг 4 раза с интервалом 12 часов или в дозе 8 мг 3 раза с интервалом 8 часов (суммарная доза 24 мг)

**Индометацин**

после наложения швов на шейку матки (серкляжа) с целью обезболивания, противовоспалительного и токолитического эффекта

начиная с 50–100 мг ректально или внутрь, затем по 25 мг каждые 6 часов (не более 48 часов)

Противопоказания

**Антирезус-иммуноглобулин**

внутримышечно в дозе 300 мкг или 1500 ME согласно принятому протоколу резус-отрицательным женщинам, беременным от резус-положительного партнера, после проведения серкляжа при отсутствии резус-антител

**Нейроаксиальная анестезия (эпидуральная, спинальная, комбинированная спинально-эпидуральная), общая анестезия**

для адекватного анестезиологического обеспечения при серкляже

методы анестезии при ИЦН

**Не рекомендовано направлять пациентку с многоплодной беременностью на профилактическое наложение швов на шейку матки (серкляж)**

## Профилактика и диспансерное наблюдение

**Методы профилактики осложнений во время беременности должны соответствовать клиническим рекомендациям «Нормальная беременность».**

**Консультация врача акушера-гинеколога с целью профилактики факторов риска ИЦН и других осложнений беременности в будущем**

девочкам пубертатного возраста и молодым женщинам

**Первичная профилактика**

* планирование беременности в возрасте до 35 лет,
* предотвращение искусственных абортов, инструментального удаления элементов плодного яйца,
* лечение ИППП, эндометрита и других воспалительных заболеваний органов малого таза и мочевыводящих путей.

**Вторичная профилактика**

1. Лечение хронического эндометрита, вагинита, цервицита, бактериального вагиноза, инфекций мочевыводящих путей, устранение железодефицита, нормализация веса, хирургическая коррекция врожденных пороков развития матки и ШМ, коррекция эндокринных нарушений.
2. Назначение гестагенной поддержки, начиная с прегравидарного этапа у женщин с ПВ является профилактикой ИЦН.
3. Профилактикой развития ИЦН является бережное ведение родов, своевременное ушивание разрывов ШМ.
4. Проведение УЗ-цервикометрии во время беременности у женщин групп риска позволяет вовремя поставить диагноз ИЦН и оптимизировать тактику ведения беременности.

© Материал из Справочной системы «Главный врач»
https://vip.1glv.ru
Дата копирования: 06.02.2023