

Истмико-цервикальная недостаточность: решение есть!

Проблема диагностики и коррекции истмико-цервикальной недостаточности (ИЦН) по-прежнему не теряет своей актуальности. Частота ее в популяции составляет 0,8–1 %, однако у пациенток группы риска эти цифры существенно выше: при позднем выкидыше в анамнезе — 20 %, при ранних преждевременных родах (ПР) — 30 %.



Наталья
Алексеевна
ГАБИТОВА

Д.м.н., профессор кафедры акушерства и гинекологии Первого МГМУ им. И.М. Сеченова

ГРУППЫ РИСКА

Классическая истмико-цервикальная недостаточность — это диагноз, основанный на акушерском анамнезе повторяющейся потери плода во II или начале III триместра после безболезненного раскрытия шейки матки, пролапса или разрыва плодных оболочек и изгнания живого плода, несмотря на минимальную активность матки (Lotgering F.K., 2007). Относительный риск ПР во время

текущей беременности при ПР в анамнезе по сравнению с их отсутствием составляет 3,4 (95 % ДИ: 1,34–8,68, $p = 0,01$).

К группе высокого риска относят многоплодную беременность: 63 % близнецов из двоен и всех детей из троен и более рождаются недоношенными, по сравнению с 7 % детей, рожденных от одноплодной беременности (Dolgun Z.N., 2016).

Длина шейки матки (ШМ) имеет сильную обратную зависимость с вероятностью спонтанных ПР <35 нед беременности, поэтому в качестве критерия ИЦН рассматривают укорочение ШМ ≤ 25 мм и/или дилатацию цервикального канала (ЦК) ≥ 10 мм (на всем протяжении) ранее 37-й недели беременности без клинической картины



Оценка риска преждевременных родов часто проводится после 22-й недели беременности, когда обычно уже слишком поздно для значимых вмешательств (Shields L.B., 2021)

угрожающего выкидыша или преждевременных родов (Brown R., 2013).

БЕССИМПТОМНОЕ УКОРОЧЕНИЕ ШЕЙКИ МАТКИ — ГЛАВНЫЙ ПРОГНОСТИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК И ПУСКОВОЙ МОМЕНТ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ

В группе риска при диагностике ИЦН значимая роль отведена трансвагинальной УЗ-цервикометрии. Исследование следует проводить с 14–16 до 24 недель беременности 1 раз в 1–2 недели (при наличии показаний). Прогностический фактор ПР — длина ШМ ≤ 25 мм до 34 недель при одноплодной беременности (чувствительность — 76 %, специфичность — 68 %). Если укорочение ШМ определяется до 20 недель, риск ПР возрастает в 6 раз.

УЗ-цервикометрия должна быть проведена у бессимптомных беременных с одноплодной беременностью и ПР в анамнезе, а также при беременности двойней. Общий скрининг не следует проводить у бессимптомных беременных женщин без факторов риска ПР, так как сонография ШМ неэффективна в качестве скринингового теста у женщин с низким риском (Mancuso M.S., 2009; Berger R., 2019).

Исследование не проводят пациенткам с цервикальным серкляжем, преждевременным разрывом плодных оболочек (ПРПО), предлежанием плаценты, установленным пессарием (Berghella V., 2017).

ПРИНЦИПАЛЬНЫМ ВОПРОСОМ ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ ТАКТИКИ ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННЫХ С ИЦН ЯВЛЯЕТСЯ ПРПО

Проведение теста на подтекание околоплодных вод рекомендовано при осмотре ШМ в зеркалах, без применения лубрикантов, если есть подозрение на ПРПО. Возможно использование следующих тестов: цитологического (симптом «папоротника»), нитразинового, определение фосфорилированной формы протеин-1 связанного инсулиноподобного фактора роста (ПСИФР-1) или плацентарного альфа-микроглобулина-1 (ПАМГ-1) в цервикальной слизи.

Два первых теста вполне приемлемы по цене, однако имеют частоту ложноотрицательных результатов от 20

до 30 % (Ehsanipoor R.M., 2016). Импортные тесты, в основе которых лежит определение ПСИФР-1 и ПАМГ-1, напротив, довольно надежные, но ощутимо более затратные.

КАКОВ ВЫХОД?

В последнее время родовспомогательные учреждения все чаще делают выбор в пользу отечественных аналогов. В сегменте тестовых систем для определения ПРПО такой продукт есть — это экспресс-тест «АмниФлюд» (Новосибирск, Россия), в основе которого лежит определение антигена ПСИФР-1, отличающийся доступной ценой (в 2–3 раза дешевле импортных аналогов) при высоких значениях диагностических характеристик (чувствительность — 95 %, специфичность — 94 %) и скорости получения результата (15 мин).

ПРОФИЛАКТИКА И ТЕРАПИЯ ИЦН В ГРУППАХ РИСКА

При одноплодной беременности пациенткам группы риска для снижения вероятности выкидыша и ПР, а также улучшения перинатальных исходов рекомендована комбинация акушерского разгружающего пессария или серкляжа с препаратами вагинального прогестерона (табл.) (Abdel-Aleem H., 2013; Cruz-Melguizo S., 2018; Roman A.R., 2018).

Таблица демонстрирует преимущества пессария и ограничения хирургического способа коррекции ИЦН. Польза серкляжа у женщин с короткой ШМ, но без ПР в анамнезе является сомнительной. После 24 недель беременности предпочтителен акушерский пессарий.



Акушерские пессарии могут иметь значение при лечении пациенток с высокой степенью риска ПР, могут существенно помочь женщинам с короткой шейкой матки независимо от их акушерского анамнеза и могут снизить риск ПР у нерожавших (J.C. Di Renzo, 2019)



Реклама

Куполообразный акушерский пессарий доктор Арабин

из гипоаллергенного медицинского силикона высочайшего качества:

- ✓ Снижает количество преждевременных родов до 34 недель беременности в 4 раза
- ✓ Уменьшает давление плодного пузыря на внутренний зев
- ✓ Снижает риск бактериальной колонизации
- ✓ Способствует снижению риска кровотечения в родах
- ✓ Установка и удаление производится в амбулаторных условиях

1. Клинические рекомендации МЗ РФ №671 "Истмико-цервикальная недостаточность" 2021 г. https://cr.minzdrav.gov.ru/recommend/671_1
 2. КР МЗ РФ «Многоплодная беременность», 2021 г. https://cr.minzdrav.gov.ru/recommend/638_1
 3. КР МЗ РФ «Преждевременные роды», 2020 г. https://cr.minzdrav.gov.ru/recommend/331_1
 4. Maria Goya et al. Cervical pessary in pregnant women with a short cervix (PECEP): an open-label randomized controlled trial. Lancet. 2012 May 12;379(9828): 1800–6.
 5. Баринов С.В., Шамина И.В., с соавт. Комплексный подход к ведению пациенток с применением акушерского пессария у беременных высокого риска по преждевременным родам. Акушерство и гинекология. 2016; 1:88–94.



WWW.DR-ARABIN.RU



WWW.ARABIN24.RU

Метаанализ 2017 г. подтверждает, что применение пессария увеличивает продолжительность гестации и снижает необходимость применения токолиза и кортикостероидов по сравнению с выжидательной тактикой (A-1a) (Jin Z., 2017).

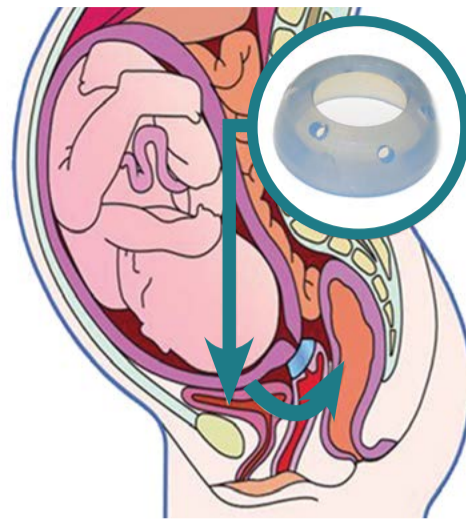
При многоплодной беременности не рекомендовано рутинное наложение швов на ШМ (серкляж) с целью профилактики выкидыша и ПР, так как оно значительно повышает риск ПР и перинатальную смертность, а предпочтительным является введение акушерского разгружающего пессария с 12 до 34 недель (Goza M., 2016; Fox N.S., 2016; Thangatorai R., 2018).

Использование цервикального пессария при двойне в исследовании PESCER-Twins было связано со значительным

снижением ПР по сравнению с группой наблюдения (16,2 против 39,4 % соответственно, ОР = 0,41; 95 % ДИ: 0,22–0,76) (A-1b) (Goza M. et al., 2016).

При ИЦН у пациенток с предложением/врастанием плаценты наложение швов на шейку матки для пролонгирования беременности и уменьшения риска кровотечения не рекомендовано. Напротив, есть данные о применении у этой группы пациенток акушерского пессария.

Так, в исследовании профессора С.В. Баринова с соавт. (2018) оценивалась эффективность применения акушерского пессария Доктор Арабин в сочетании с микронизированным прогестероном у беременных с полным/неполным предлежанием плаценты и низкой плацентацией.



высокого качества и имеет куполообразную форму, которая и определяет его механизм действия:

- замыкание цервикального канала и препятствие раскрытию внутреннего маточного зева;
- уменьшение давления плодного пузыря на внутренний зев за счет изменения маточно-цервикального угла;
- сохранение слизистой пробки в цервикальном канале и поддержание состояния иммунологического барьера между плодным яйцом и вагинальной микрофлорой (снижение вероятности инфицирования).



Акушерские пессарии рекомендованы к использованию клиническими рекомендациями РОАГ и утверждены МЗ РФ: «Преждевременные роды» (2020), «Многоплодная беременность» (2021), «Истмико-цервикальная недостаточность» (2021)

Таблица. Профилактика и терапия преждевременных родов у беременных в группах риска

| Показания | Пессарии | Серкляж | Прогестерон |
|----------------------|---|---|--|
| | Установка с 12 по 37 нед | Наложение швов с 12 по 26,6 нед | С момента постановки диагноза по 34 нед |
| ИЦН, высокий риск ПР | <ul style="list-style-type: none"> • Неинвазивно! • Эффективен при одно- и многоплодной беременности • Не нужны а/б • Амбулаторно или в стационаре | <ul style="list-style-type: none"> • Инвазивно! • Не рекомендуется при многоплодии • Требуется назначение а/б • Только в стационаре! | Возможно сочетание с пессарием или серкляжем |

Результаты исследования впечатляют: частота ранних ПР до 34 недель была в 2,7 раза ниже и риск кровотечений в родах в 3 раза ниже по сравнению с получавшими только прогестерон. Кроме того, в 48 % случаев у беременных с предлежанием плаценты на фоне пессария Доктор Арабин происходила ее миграция (в основном — при низкой плацентации), как полагают авторы, за счет снижения ИР в аркуатных артериях и улучшения кровоснабжения нижнего сегмента матки, а также вследствие изменения переднего маточно-цервикального угла.

Пессарий Доктор Арабин выполнен из гипоаллергенного биосовместимого медицинского силикона (SILPURAN)

Акушерский пессарий Доктор Арабин применяется уже более 40 лет!

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

ИЦН у беременных требует ранней диагностики и своевременного проведения коррекции, методы которой включают микронизированный прогестерон, серкляж и акушерский пессарий Доктор Арабин. Последний демонстрирует благоприятные результаты и имеет ряд преимуществ (неинвазивен, может назначаться амбулаторно с 12 до 37-й недели, в том числе при многоплодной беременности, не требует назначения антибиотиков, имеет низкую частоту осложнений).

Список литературы находится в редакции

НОВОСТИ

Вакцинация во время беременности: никакого риска

В конце октября в пресс-центре «Россия сегодня» состоялся круглый стол, на котором эксперты рассказали об особенностях течения новой коронавирусной инфекции и ее осложнениях у беременных и рожениц и обсудили вопросы вакцинации будущих матерей.

Директор Национального медицинского исследовательского центра акушерства, гинекологии и перинатологии им. акад. В.И. Кулакова Минздрава России Г.Т. Сухих привел тревожные цифры: в нашей стране с января по конец октября текущего года число беременных, которые уже перенесли или в данный момент переносят COVID-19, достигло 53 тыс. и продолжает расти. Это 6 % от всех беременных, коих в настоящее время насчитывается 760 тыс.

Как заявила главный внештатный специалист по репродуктивному здоровью женщин Минздрава России Н.В. Долгушина, в Кулаковском центре проводятся исследования по влиянию новой коронавирусной инфекции на женское здоровье. Одно из них, в котором приняли участие 140 женщин, проходящих по программе вспомогательных репродуктивных технологий, показало, что у пациенток позднего репродуктивного возраста (старше 35 лет), переболевших коронавирусной инфекцией в среднетяжелой или тяжелой форме, наблюдается значительное снижение овариального резерва яичников — шансы на успешное оплодотворение у них в 5 раз ниже.

Но больше всего экспертов волнует рост материнской смертности. По словам главного внештатного специалиста по акушерству Минздрава России Р.Г. Шмакова, количество летальных исходов среди беременных, рожениц и родильниц в этом году увеличилось в 3 раза по сравнению с предыдущим годом. В стране от COVID-19 ежедневно умирают 2 беременные/кормящие



женщины. Увеличивается и частота осложнений гестации — преждевременных родов, выкидышей, преэклампсии, задержки роста плода и т.д. И это касается в основном невакцинированных женщин, подчеркнул эксперт.

Участники круглого стола единодушно сошлись во мнении, что защитить будущую мать и ребенка от опасного вируса способна только вакцинация.

Однако беременные не спешат делать прививку, боясь негативных последствий для здоровья. Доля привитых среди беременных в настоящее время составляет всего 1,3 %. Между тем, как заявил Р.Г. Шмаков, «сейчас уже не возникает споров, можно ли вакцинировать во время беременности и лактации. Огромный международный опыт показывает, что вакцинация на любом сроке беременности, подчеркиваю, НА ЛЮБОМ, и во время лактации не вызывает увеличения риска ни самопроизвольных выкидышей, ни преждевременных родов, ни других осложнений». При этом антитела к COVID-19, вырабатываемые после прививки в организме матери, передаются ребенку и защищают его в первые месяцы жизни.

Вакцинации не стоит опасаться и тем, кто только планирует зачатие. Причем это относится и к женщинам, и к мужчинам.

Н.В. Долгушина привела данные еще одного исследования, проведенного в НИИЦ АГП им. акад. В.И. Кулакова, с участием 200 женщин и 150 мужчин. «Мы изучали влияние вакцины («Спутник V» — Прим. ред.) не только на овариальную функцию женщин и сперматогенез у мужчин, но и на выработку аутоиммунных антител. Идея была такова, что если вакцина и может оказывать негативное влияние, то через этот механизм. Но никаких негативных эффектов мы не обнаружили — ни на женское, ни на мужское здоровье», — рассказала эксперт, добавив, что аналогичные результаты показывают и зарубежные исследования по другим вакцинам.

Ольга Кононова