Истмико-цервикальная недостаточность

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые, дети · редакция 2024 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: O34.3 · Российское общество акушеров-гинекологов

Истмико-цервикальная недостаточность (ИЦН) — укорочение шейки матки до 25 мм и/или расширение цервикального канала ≥10 мм до 37 недель беременности без клинических признаков угрожающего выкидыша или преждевременных родов. Рекомендация посвящена выявлению ИЦН, наблюдению беременных группы риска и выбору прогестерона, пессария или серкляжа.

Главное

- Диагностический критерий ИЦН — бессимптомное укорочение шейки матки ≤25 мм и/или дилатация цервикального канала ≥10 мм на всем протяжении до 37 недель беременности по данным УЗ-цервикометрии.
- Большинство случаев протекает бессимптомно; возможны ощущение давления или распирания, боли во влагалище и внизу живота, а также слизистые или слизисто-кровянистые выделения.
- К основным факторам риска относятся поздний выкидыш или преждевременные роды в анамнезе, преждевременный разрыв плодных оболочек до 32 недель, укорочение шейки матки ≤25 мм до 27 недель, многоплодие, многоводие, деформации шейки матки и операции на ней.
- У беременных с поздними выкидышами или преждевременными родами в анамнезе УЗ-цервикометрию проводят с 15–16 до 24 недель каждые 1–2 недели; метод выбора — трансвагинальное УЗИ (УУР А, УДД 1).
- Основная медикаментозная профилактическая схема — вагинальный прогестерон 200 мг/сут до 34 недель при отсутствии противопоказаний.
- Пессарий предпочтителен после 24 недель при одноплодной беременности и при многоплодии; его не вводят при начавшихся преждевременных родах и преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты.
- При ИЦН высок риск очень ранних преждевременных родов, поэтому лечение проводят преимущественно в акушерско-гинекологических организациях 3-го уровня, а при отсутствии такой возможности — 2-го уровня с реанимацией новорожденных.

Диагностика

1. Собрать акушерско-гинекологический анамнез и уточнить факторы риска ИЦН: поздние выкидыши, преждевременные роды, преждевременный разрыв плодных оболочек, операции и травмы шейки матки, многоплодие и многоводие (УУР С, УДД 5).
2. Осмотреть шейку матки в зеркалах: оценить выделения, пролабирование плодного пузыря, анатомию шейки, наружный зев и цервикальный канал. Бимануальное влагалищное исследование для диагностики ИЦН не проводят из-за низкой информативности и риска досрочного завершения беременности (УУР С, УДД 5).
3. Выполнить УЗ-цервикометрию, предпочтительно трансвагинальным способом. У пациенток высокого риска исследование проводят с 15–16 до 24 недель с интервалом 1–2 недели (УУР А, УДД 1).
4. Подтвердить ИЦН при бессимптомном укорочении шейки матки ≤25 мм и/или расширении цервикального канала ≥10 мм на всем протяжении до 37 недель беременности.
5. При необходимости хирургического лечения выполнить общий анализ крови и определить С-реактивный белок для выявления воспаления и оценки возможности хирургической коррекции (УУР А, УДД 1); выполнить микроскопическое исследование влагалищного мазка и определить pH отделяемого (УУР С, УДД 5).
6. Исследовать отделяемое на возбудители ИППП методом молекулярно-биологической диагностики: Neisseria gonorrhoeae, Trichomonas vaginalis, Chlamydia trachomatis и Mycoplasma genitalium (УУР В, УДД 2). При подозрении на преждевременный разрыв плодных оболочек провести тест на подтекание околоплодных вод при осмотре в зеркалах (УУР В, УДД 3).

Лечение

- Назначить вагинальный прогестерон 200 мг/сут до 34 недель при одноплодной или многоплодной беременности и отсутствии противопоказаний (УУР А, УДД 1). При приеме дидрогестерона по показаниям его можно продолжить до 20 недель, затем перейти на вагинальный прогестерон.
- При одноплодной беременности с поздним выкидышем или преждевременными родами в анамнезе использовать акушерский разгружающий пессарий (УУР А, УДД 1). Его вводят с 12 до 37 недель; после 24 недель пессарий является предпочтительным методом.
- При многоплодной беременности пессарий вводят с 12 до 34 недель; он считается предпочтительным методом в этой ситуации (УУР А, УДД 1). Периодическое извлечение и санационная обработка или замена пессария не требуются.
- При одноплодной беременности с поздним выкидышем или преждевременными родами в анамнезе и интактных плодных оболочках серкляж применяют как альтернативу пессарию (УУР А, УДД 1). Обычно его выполняют в 12 0–26 6 недель; экстренный серкляж возможен при укорочении шейки матки ≤15 мм, часто с пролабированием плодных оболочек.
- При двойне и укорочении шейки матки ≤15 мм или расширении цервикального канала ≥10 мм серкляж рекомендован; рутинно при многоплодной беременности его не накладывают. Серкляж не рекомендован при признаках инфекции, влагалищном кровотечении и симптомах угрожающего выкидыша или преждевременных родов.
- При серкляже проводят периоперационную профилактику системными антибиотиками широкого спектра (УУР С, УДД 5). При пролабировании плодного пузыря и экстренном серкляже антибиотикотерапию назначают на 5–7 дней; при отсутствии клинико-лабораторного улучшения или при резистентности терапию корректируют через 48–72 часа (УУР С, УДД 5).
- Если серкляж выполнен при сроке ≥24 недель и имеется высокий риск преждевременных родов, проводят антенатальную профилактику респираторного дистресс-синдрома: бетаметазон 12 мг внутримышечно 2 раза с интервалом 24 часа или дексаметазон 6 мг внутримышечно 4 раза с интервалом 12 часов либо 8 мг 3 раза с интервалом 8 часов (УУР А, УДД 1).
- После серкляжа начиная с 22 недель для обезболивающего, противовоспалительного и токолитического эффекта назначают индометацин: 50–100 мг ректально или внутрь, затем по 25 мг каждые 6 часов, не более 48 часов (УУР С, УДД 1). При олигогидрамнионе или сужении артериального протока терапию прекращают.

Когда направить и как наблюдать

- Госпитализировать при необходимости хирургической коррекции ИЦН, угрожающих преждевременных родах или преждевременном разрыве плодных оболочек.
- После 24 0 недель серкляж выполнять только в стационаре 3-го уровня.
- При тканевом дефиците шейки матки после конизации или трахелэктомии, когда вагинальный серкляж невозможен, направить на пластику шейки матки лапароскопическим, предпочтительно, или лапаротомным доступом на прегравидарном этапе либо в 10–14 недель беременности (УУР В, УДД 3).
- Выписать пациентку после родов либо после купирования симптомов угрожающего выкидыша, угрожающих преждевременных родов или ИЦН при прогрессирующей беременности.

Частые вопросы

Какой критерий позволяет диагностировать ИЦН?

До 37 недель беременности при отсутствии клиники угрожающего выкидыша или преждевременных родов выявляют по УЗ-цервикометрии укорочение шейки матки ≤25 мм и/или расширение цервикального канала ≥10 мм на всем протяжении.

Как часто выполнять цервикометрию у беременной высокого риска?

С 15–16 до 24 недель беременности — 1 раз в 1–2 недели. Предпочтителен трансвагинальный метод.

Какая доза вагинального прогестерона применяется при ИЦН?

200 мг/сут вагинально до 34 недель беременности при отсутствии противопоказаний; схема применима при одноплодной и многоплодной беременности.

Когда предпочтителен пессарий?

При одноплодной беременности с поздним выкидышем или преждевременными родами в анамнезе пессарий вводят с 12 до 37 недель; после 24 недель он является предпочтительным методом. При многоплодной беременности пессарий вводят с 12 до 34 недель, и он является предпочтительным методом.

Когда серкляж не рекомендован?

Его не накладывают при признаках инфекции, влагалищном кровотечении и симптомах угрожающего выкидыша или преждевременных родов. При многоплодной беременности рутинный серкляж не проводят, но при двойне и длине шейки матки ≤15 мм либо расширении цервикального канала ≥10 мм он рекомендован.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/671-istmiko-cervikalnaya-nedostatochnost. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/671_2