ГБУ ДНР «ДРПЦ ИМ. ПРОФ. В.К. ЧАЙКИ»

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ с международным участием

Внутриматочные вмешательства и вспомогательные репродуктивные технологии в генезе ИЦН

ДОКЛАДЧИКИ

Христич Е.А., акушер-гинеколог ГОН ГБУ ДНР ДРПЦ им проф. В.К. Чайки
Овсяник М.А., к.м.н., заведующая гинекологическим отделением №2 ГБУ ДНР ДРПЦ им проф. В.К. Чайки

Ежегодная Школа репродуктивного здоровья семьи.
Охрана здоровья семьи как стратегический потенциал улучшения демографических показателей
15.10.2026 г.,
ДНР г. Донецк

ИЦН — многофакторное состояние

Истмико-цервикальная недостаточность имеет разнородные патогенетические механизмы, среди которых ятрогенные занимают значимое место

1 Внутриматочные вмешательства

Повторные гистероскопии и дилатации цервикального канала

2 ВРТ (ЭКО)

Гормональная стимуляция, перенос эмбриона, многоплодие

3 Сочетание факторов

Особая группа пациенток с повышенной уязвимостью шейки матки

ИЦН может формироваться ещё ДО наступления первой беременности

Гистероскопия и травма шейки матки

Каждая процедура гистероскопии требует расширения цервикального канала расширителями Гегара — в отдельных случаях до 10 мм

Микротравмы

области внутреннего зева

Повреждение

коллагеновых и эластических волокон стромы

Замещение

функциональной ткани рубцовой соединительной тканью

Кумулятивный эффект

- микротравмы суммируются
- репаративные возможности тканей снижаются

Сопутствующие вмешательства

- полипэктомия, рассечение синехий
- любые манипуляции в области внутреннего зева

Что известно из литературы

Риск при травматичных вмешательствах

- Предшествующая дилатация цервикального канала ассоциируется с повышением риска преждевременных родов и ИЦН
- Риск может возрастать с числом процедур и степенью механической травматизации

Повторные вмешательства

- Описано повышение риска цервикальной недостаточности после повторных внутриматочных процедур
- Степень риска зависит от характера процедуры, техники её выполнения и исходного состояния шейки матки

Риск индивидуален: важны количество, характер и техника вмешательств

ЭКО как самостоятельный фактор риска ИЦН

ЭКО может быть связано с повышением риска ИЦН: учитываются и сама процедура, и факторы бесплодия

1 Гормональные факторы

Супрафизиологические уровни эстрогенов при стимуляции влияют на ремоделирование коллагена. Экзогенный прогестерон не полностью воспроизводит естественную гормональную регуляцию.

2 Манипуляции в цервикальном канале

Катетер при переносе эмбриона; сложный перенос и повторные попытки увеличивают травматизацию — особенно после внутриматочных вмешательств.

3 Многоплодная беременность

Чаще после ЭКО при переносе нескольких эмбрионов: большая нагрузка на шейку матки и выше риск преждевременных родов.

4 Сопутствующая патология

Эндометриоз, миома матки, хронические воспалительные заболевания ОМТ, внутриматочные синехии и др.

Синергизм факторов: гистероскопия + ЭКО

Сочетание гистероскопических вмешательств и ЭКО формирует группу пациенток с потенциально повышенной уязвимостью к ИЦН

1. Механическая травма шейки матки после внутриматочных вмешательств
2. Структурные изменения коллагенового каркаса
3. Рубцовые изменения в области внутреннего зева
4. Изменение биохимических процессов в соединительной ткани
5. Гормональные особенности протокола ЭКО и беременности
6. При многоплодии — дополнительная нагрузка на шейку

Анамнез 2–3 гистероскопий + протокол ЭКО → дополнительная гормональная нагрузка на уже изменённые ткани

Концепция «двойного удара»

I удар — структурный

МЕХАНИЧЕСКИЙ КОМПОНЕНТ

Механическое повреждение и последующая перестройка тканей шейки матки после гистероскопических вмешательств

+

II удар — биохимический

ГОРМОНАЛЬНЫЙ КОМПОНЕНТ

Гормональное воздействие протокола ЭКО и беременности, потенциально влияющее на метаболизм и ремоделирование коллагена

Функциональная несостоятельность шейки матки — клинически во II триместре

ИЦН у первобеременных: физиологический парадокс

Классический вариант ИЦН

- Связан с предшествующими беременностями и родами
- Акушерская травма в анамнезе
- Группа настороженности очевидна

Ятрогенно-ассоциированный вариант

- Повреждение возникает ДО первой беременности
- Повторные дилатации и гистероскопии
- Отсутствие родов и выкидышей не исключает изменённую шейку

Шейка матки первобеременной в норме не перестраивалась и сохраняет исходные механические свойства.

Но повторные дилатации и гистероскопии могут лишить её этого «физиологического преимущества»

Почему пациентки остаются вне группы настороженности

Проблема

- Ни пациентка, ни врач женской консультации не расценивают первобеременность как фактор риска ИЦН
- Формально нет акушерских осложнений в анамнезе

Что выявляет детальный анамнез

- Значимое число предшествующих внутриматочных вмешательств
- Гинекологический и хирургический анамнез до первой беременности

Оценивать риск нужно не только по акушерскому, но и по гинекологическому анамнезу

Практические рекомендации: оценка риска до беременности

У пациенток с повторными гистероскопиями — расширенная оценка анамнеза:

- ✓ Количество гистероскопий и дилатаций цервикального канала
- ✓ Показания к проведению вмешательств
- ✓ Объём и характер внутриматочных манипуляций
- ✓ Наличие повторных травматичных процедур
- ✓ Полипэктомии, рассечение синехий и другие вмешательства
- ✓ Заболевания, влияющие на состояние матки и шейки матки

При наличии нескольких факторов риска вопрос об оценке шейки матки решается ДО переноса эмбриона

Цервикометрия: ориентиры и мониторинг

Трансвагинальная цервикометрия в динамике — оценивается длина шейки и скорость её укорочения

> 25 мм	≤ 25 мм	< 15 мм
Наблюдение по плану	Повышенное наблюдение, оценка дополнительных факторов риска	Срочная клиническая оценка, решение об активной тактике

Условная иллюстрация зон риска (не в масштабе)

Схема наблюдения

- серийная цервикометрия примерно с 14–16 недель
- интервалы — индивидуально, по исходным данным и динамике

Ключевой принцип

- важна траектория: стабильна ли длина или шейка последовательно укорачивается
- динамика значимее однократного измерения

Профилактика и лечение: индивидуальная стратегия

Основа — оценка риска и динамический контроль состояния шейки матки

1 Вагинальный прогестерон

Одноплодная беременность без спонтанных преждевременных родов в анамнезе: рекомендован при длине шейки ≤20 мм до 24 недель; при 21–25 мм — решается индивидуально.

2 Профилактический серкляж

Решается индивидуально. При высоком риске может обсуждаться в конце I — начале II триместра. Рутинный серкляж только по длине шейки 10–25 мм без дилатации не рекомендуется.

Сам факт ЭКО и 2–3 гистероскопий — основание для настороженности, а не автоматическое показание к терапии

По данным рекомендаций SMFM

Профилактика и лечение: при прогрессировании

3 Серкляж при укорочении / раскрытии шейки

Выраженное укорочение, воронкообразное раскрытие внутреннего зева, клиника ИЦН — срочная оценка специалистом по медицине матери и плода. При безболезненной дилатации во II триместре — экстренный (rescue) серкляж при отсутствии противопоказаний, с учётом срока, плодных оболочек и признаков инфекции.

4 Акушерский пессарий

Дополнительный или альтернативный метод в отдельных клинических ситуациях. Рутинное применение для профилактики преждевременных родов при короткой шейке у одноплодной беременности не поддерживается — это индивидуальная опция, а не обязательный компонент профилактики.

Тактика определяется индивидуально и с учётом действующих клинических рекомендаций

По данным рекомендаций ACOG и SMFM

Минимизация травмы при гистероскопии

Профилактика начинается до беременности — важно для репродуктологов и эндоскопических хирургов

1. Инструменты малого диаметра, когда это технически возможно
2. Предпочтение офисной гистероскопии при показаниях
3. Минимизация механической дилатации; отказ от избыточной
4. Медикаментозная подготовка шейки матки вместо необоснованной дилатации
5. Ограничение числа повторных внутриматочных процедур — только по чётким показаниям

Профилактику ИЦН нужно начинать на этапе планирования вмешательства и подготовки к программе ЭКО

Новая когорта пациенток

С ростом числа программ ЭКО растёт число женщин, перенёсших внутриматочные процедуры до беременности. Это первобеременные без преждевременных родов и потерь в анамнезе:



Отсутствие отягощённого акушерского анамнеза НЕ означает отсутствие риска

Основной профилактический принцип

Персонализированный мониторинг:

Анамнез

до беременности

Вмешательства

число и характер гистероскопий

Факторы риска

раннее выявление

Цервикометрия

серийная, во II триместре

Смена модели оценки риска

«первобеременная = низкий риск» → **«акушерский риск + предшествующие внутриматочные вмешательства + особенности ЭКО + динамика состояния шейки матки»**

Выводы

1. Повторные гистероскопии и дилатации — ятрогенный фактор риска ИЦН, формирующийся до первой беременности

2. ЭКО — потенциально самостоятельный фактор: гормональная стимуляция, манипуляции в канале, многоплодие, исходная патология

3. Сочетание гистероскопий и ЭКО создаёт «двойной удар»: структурный + биохимический

4. Первобеременность не исключает ИЦН: нужен детальный гинекологический и хирургический анамнез

5. Динамическая цервикометрия с 14–16 недель; решение о прогестероне, серкляже, пессарии — индивидуально

6. Профилактика: щадящая гистероскопия и минимизация дилатации до беременности

Благодарим за внимание!

Христич Е.А., акушер-гинеколог ГОН ГБУ ДНР ДРПЦ им проф. В.К. Чайки
Овсяник М.А., к.м.н., заведующая гинекологическим отделением №2 ГБУ ДНР ДРПЦ им проф. В.К. Чайки

ГБУ ДНР «ДРПЦ им. проф. В.К. Чайки»

Готовы ответить на ваши вопросы