

Применение пессариев Арабин в акушерско- гинекологической практике

В таких клинических ситуациях, как пролапс тазовых органов и угроза преждевременных родов, одним из методов консервативной терапии является установка пессария. За последнее десятилетие наибольшее признание благодаря высокой эффективности и удобству использования получили пессарии доктора Арабин. Вот почему мастер-класс разработчика пессариев профессора Биргит АРАБИН (Германия) вызвал большой интерес у участников VIII Международного конгресса по репродуктивной медицине. Профессор Б. Арабин акцентировала внимание специалистов на актуальных возможностях использования этого неинвазивного и доступного метода в акушерстве и гинекологии.



Профессор Б. Арабин

Пессарии при пролапсе тазовых органов и недержании мочи

Известно, что пролапс тазовых органов представляет собой любое опущение внутренних половых органов. Как отметила профессор Б. Арабин, это может быть опущение передней стенки влагалища (цистоцеле, уретроцеле), задней стенки (ректоцеле), опущение до влагалищного входа и за его пределы (вагинальный пролапс или пролапс матки). Наличие пролапса тазовых органов негативно сказывается на качестве жизни женщины, становясь причиной недержания мочи, затруднения опорожнения кишечника, болей внизу живота, дискомфорта при половом акте и др.

Целесообразность проведения оперативного лечения пролапса тазовых органов остается предметом обсуждения. Это связано

с тем, что после хирургического вмешательства с целью избавления от пролапса без замещения тканей заболевание рецидивирует у 20–25% женщин, после заместительной операции – у 10–20% женщин. Альтернативой хирургическому вмешательству может стать консервативное лечение, предусматривающее использование пессариев и/или тренинг мышц тазового дна. Несмотря на то что стандартом лечения пролапса тазовых органов остается хирургическое вмешательство, консервативное лечение способствует симптоматическому улучшению и позволяет отсрочить хирургическое вмешательство или вовсе его избежать¹. По мнению профессора Б. Арабин, выбор должна сделать сама пациентка. Планирование беременности, наличие медицинских противопоказаний, а также

неинвазивность, эффективность и безопасность – вот неполный перечень причин, которыми может руководствоваться женщина, отказываясь от операции в пользу консервативного лечения.

Тип пессария зависит от вида и степени тяжести пролапса, индивидуальных особенностей пациентки. Гинекологические пессарии обладают двумя основными механизмами действия – поддерживающим и заполняющим внутреннее пространство. Профессор Б. Арабин детально остановилась на характеристике основных моделей вагинальных пессариев.

Пессарий «кольцо» (50–100 мм). Рекомендуются при незначительных проблемах опущения с невыраженным недержанием мочи или без него. Благодаря металлической вставке пессарий со-

¹ Calligan P.J. Nonsurgical management of pelvic organ prolaps // Obstet. Gynecol. 2012. Vol. 119. № 4. P. 852–860.



Сателлитный симпозиум компании «Пенткрофт Фарма»

храняет форму и эластичность. Введение пессария позволяет устранить пролапс, поддерживать уретру и тем самым предотвратить стрессовое недержание мочи. Обязательным условием использования является полноценное тазовое дно.

Пессарий «толстое кольцо» (50–100 мм). «Толстое кольцо» без металлической вставки внутри имеет диаметр больше, чем обыкновенное «кольцо». Такой пессарий предназначен для пожилых пациенток в постменопаузальном периоде с незначительным пролапсом, а также с недержанием мочи или без него. Большая площадь поверхности снижает риск некроза в постменструальном периоде. Обязательным условием использования являются достаточно сильные мышцы тазового дна.

Пессарий чашечный, перфорированный и неперфорированный (55–95 мм). Оба вида предпочтительны для лечения пациенток старшего возраста с опущением и случаями умеренного пролабирования без недержания мочи. При отсутствии повреждения тазового дна результаты лечения эффективнее. Перфорированный чашечный пессарий обеспечивает лучший отток при повышенной вагинальной секреции.

Уретральный пессарий (45–100 мм). Предназначен главным образом для пациенток со стрессовым или комбинированным недержанием мочи и с незначительным опущением при отсутствии повреждений тазового дна. Форма уретрального пессария сохраняется благодаря металлической спирали. Утолщение поддерживает уретру и приподнимает мочевой пузырь, таким образом предотвращая вытекание мочи в стрессовой ситуации.

Пессарий чашечно-уретральный (55–90 мм). Показанием для его применения является стрессовое или комбинированное недержание мочи в сочетании с опущением тазовых органов. Чашечно-уретральный пессарий оказывает

дополнительное давление на уретру, что помогает справиться с недержанием мочи при одновременном воздействии нагрузки и позывов. Он в большей степени, нежели уретральный, подходит при комбинированном пролапсе. *Пессарий Ходжа (55–95 мм).* Эта модель используется в случае недержания мочи у пациенток с измененной в ходе предшествующих операций анатомией. У пессария Ходжа внутри мягкий и гибкий металл, что позволяет ему принимать любую необходимую форму. *Пессарий кубический (25–45 мм).* Подходит для женщин с более выраженным пролапсом. Благодаря вакуумному эффекту пессарий удерживается на месте даже при недостаточно сильных мышцах тазового дна. Кубические пессарии в комбинации с местной терапией эстрогенами применяются при вагинальном стенозе, при болезненном половом акте и мочеиспускании, а также перед запланированной вагинальной операцией для увеличения васкуляризации.

Пессарий тандемный (25–45 мм) (состоит из двух кубических пессариев). Показанием к его применению является выраженный пролапс матки и влагалища. Как и у кубического пессария, вакуумный эффект вогнутой поверхности позволяет достигать хорошего присоединения. Тандемный пессарий также помогает справиться с недержанием мочи. При этом нижний куб поддерживает уретру, а верхний ликвидирует опущение и удерживает пессарий на месте.

Пессарий грибовидный (55–95 мм). Предусмотрен для пациенток с выраженным пролапсом влагалища, матки и других органов, в случаях, когда другие пессарии не справляются с нагрузкой. Ножка пессария предотвращает поворот и удерживает базис в правильном положении. Перед его введением необходимо правильно поместить пролабирванный орган.

Расширитель влагалища (26/127 мм или 37/137 мм). Рекомендуется использовать, например, при врожденных пороках развития, эпизиотомии и рубцовых изменениях, при наличии вагинальных операций в анамнезе.

Профессор Б. Арабин уточнила, что замена пессария производится не реже одного раза в две-три недели, за исключением кубических и грибовидных пессариев – их необходимо извлекать из влагалища ежедневно.

Врачу необходимо определить не только оптимальную форму пессария, но и его размер. Для этого используются специальные адаптационные кольца, сделанные из силикона. Рекомендуется остановиться на пессарии с минимально подходящим диаметром. После того как пессарий подобран и введен, пациентка уходит домой. В следующий свой визит к врачу пациентка должна оценить, насколько улучшилось ее качество жизни после установки пессария. Если она предпочтет использовать пессарий дальше, то целесообразно будет обучить пациентку самостоятельно его устанавливать и извлекать. Использование крема с эстрогеном облегчает введение пессария и улучшает местное кровообращение, способствуя формированию соединительной ткани.

Пессарии при угрозе преждевременных родов

Акушерские пессарии доктора Арабин давно и успешно применяются в качестве альтернативного способа предотвращения преждевременных родов у пациенток группы риска (преждевременные роды в анамнезе, многоплодная беременность, короткая шейка матки по данным трансвагинальной сонографии, истмикоцервикальная недостаточность). Согласно данным, представленным профессором Б. Арабин, ежегодный прирост показателя преждевременных родов в ря-

гинекология



де развитых стран, в том числе и в России, составляет 2,5%, что подчеркивает актуальность проблемы².

Механизм действия пессария заключается в замыкании шейки матки стенками центрального отверстия пессария, формировании укороченной и частично открытой шейки матки, уменьшении на нее давления и частичной передаче внутриматочного давления на переднюю стенку матки. Акушерские пессарии доктора Арабин из гибкого силикона имеют форму чаши и отличаются по нижнему диаметру (65 или 70 мм), по высоте искривления (17, 21, 25, 30 мм) и по верхнему диаметру (32 или 35 мм). Все модели являются стандартными и перфори-

рованными, что особенно удобно для применения в акушерстве.

Используя образцы и иллюстрации, профессор Б. Арабин продемонстрировала технику моделирования объема пессария и правильного наложения на шейку матки. Выбор нижнего и верхнего диаметров пессария, как правило, осуществляется на основании оценки верхней трети влагалища и диаметра шейки матки с учетом количества родов в анамнезе и наличия одноплодной или многоплодной беременности (табл. 1, 2).

После гинекологического осмотра пессарий в согнутом состоянии помещается во влагалище и далее располагается по отношению к сводам меньшим диамет-

ром, больший диаметр при этом поддерживается тазовым дном. После того как пессарий установлен на шейку матки, путем давления пальцами на край пессария, расположенный у заднего свода, необходимо выполнить смещение его к крестцу. Таким образом, шейка матки должна быть расположена в пределах верхнего кольцевого диаметра и сакрализована. Методика установки проста и легко переносится пациентками.

По мнению профессора Б. Арабин, пессарии можно рекомендовать беременным с жалобами на болезненное «давление» в положении стоя и при ходьбе, подверженным физическим нагрузкам, при повышенном внутриматочном давлении и при обнаружении с помощью ультразвукового исследования признаков несостоятельности шейки матки.

Раннее исследование шейки матки, выявление риска развития истмико-цервикальной недостаточности у женщин из групп риска (рисунок) по невынашиванию беременности и введение пессария на ранних сроках гестации (16–20 недель) существенно (на 97%) повышает эффективность метода и уменьшает неблагоприятные исходы беременности³. Это демонстрируют данные исследований, в которых изучалась эффективность акушерских пессариев в качестве превентивной стратегии у женщин с высоким риском преждевременной беременности. Так, по результатам открытого многоцентрового рандомизированного исследования (степень доказательности B), у беременных с шейкой матки длиной ≤ 25 мм, которым был введен силиконовый пессарий доктора Арабин (тип ASQ) и использована выжидательная тактика, преждевременные роды произошли только в 6% случаев, тогда как в кон-

Таблица 1. Принципы подбора пессариев в зависимости от клинической ситуации в первом триместре беременности

Клинические ситуации, включая трансвагинальную сонографию	Верхний диаметр, мм		Нижний диаметр, мм		Высота, мм			
	32	35	65	70	17	21	25	30
После конической биопсии, одноплодная, первые роды	√		√		√			
После конической биопсии, одноплодная, последующие роды	√			√	√			
Короткая шейка, одноплодная, первые роды	√		√		√			
Короткая шейка, одноплодная, последующие роды	√			√	√			
После конической биопсии, многоплодная, первые роды	√		√			√		
После конической биопсии, многоплодная, последующие роды	√			√		√		
Короткая шейка, многоплодная, первые роды	√		√			√		
Короткая шейка, многоплодная, последующие роды	√			√		√		
Дополнительно признаки пролапса		√	√					√

² Blencowe H., Cousens S., Oestergaard M.Z. et al. National, regional, and worldwide estimates of preterm birth rates in the year 2010 with time trends since 1990 for selected countries: a systematic analysis and implications // Lancet. 2012. Vol. 379. № 9832. P. 2162–2172.

³ Salomon L.J., Diaz-Garcia C., Bernard J.P. et al. Reference rang for cervical throughout pregnancy non-parametric LMS-based model applied to a large sample // Ultrasound Obstet. Gynecol. 2009. Vol. 33. № 4. P. 459–464.

Таблица 2. Принципы подбора пессариев в зависимости от клинической ситуации во втором триместре беременности

Клинические ситуации, включая трансвагинальную сонографию	Верхний диаметр, мм		Нижний диаметр, мм		Высота, мм			
	32	35	65	70	17	21	25	30
Короткая шейка, одноплодная, нет конизации, первые роды	√		√			√		
Короткая шейка, одноплодная, нет конизации, последующие роды	√			√		√		
Короткая шейка, одноплодная, конизация, первые роды		√	√			√		
Короткая шейка, одноплодная, конизация, последующие роды		√		√		√		
Короткая шейка, многоплодная, нет конизации, первые роды	√		√				√	
Короткая шейка, многоплодная, нет конизации, последующие роды	√			√			√	
Короткая шейка, многоплодная, конизация, первые роды		√	√				√	
Короткая шейка, многоплодная, конизация, последующие роды		√		√			√	

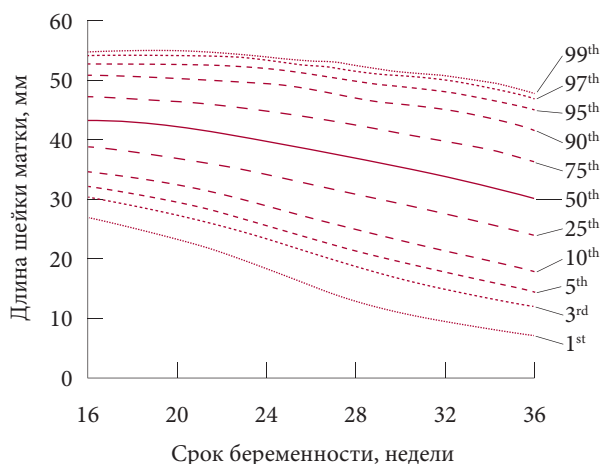


Рисунок. Длина шейки матки в зависимости от срока гестации (указаны 1–99-й перцентили)

трольной группе этот показатель приближался к 27%⁴.

Большое значение имеют также результаты когортного исследования по оценке использования пессариев у женщин, беременных тройней, которые показали, что на фоне использования пессариев количество преждевременных родов у них снизилось с 40 до 18%⁵. Таким образом, использование пессариев является альтернативным методом цервикальному серкляжу. Наложение шва на шейку матки давно применяется для уменьшения вероятности преждевременного раскрытия шейки матки и разрыва плодных оболочек. Однако данный метод обладает рядом не-

достатков. Сравнительное исследование по оценке эффективности экстренного серкляжа и пессария при U-образной конизации шейки матки показало, что при экстренном серкляже даже после отрицательного амниоцентеза нельзя исключать возможность инфекции, угрожающей жизни плода, из-за выпячивания фетальной мембраны. Другими важными преимуществами пессариев являются низкая стоимость, механический принцип действия и то, что пессарии не оказывают неблагоприятного влияния на плод⁶.

Исследования по изучению эффективности и безопасности введения пессария как метода предупреждения угрозы преждевременных родов продолжают. Имеются данные о том, что использование вагинального геля прогестерона (90 мг) женщинами с одноплодной беременностью и длиной шейки матки 10–20 мм во втором триместре уменьшает риск преждевременных родов на 45% и улучшает неонатальный исход. В настоящее время проводится исследование по использованию пессариев с прогестероном, результаты которого будут озвучены в самое ближайшее время.

Заключение

Резюмируя вышесказанное, профессор Б. Арабин отметила, что применение пессариев является эффективной и безопасной альтернативой хирургическому вмешательству при пролапсе тазовых органов и недержании мочи, а также при угрозе преждевременных родов. Разнообразие силиконовых моделей позволяет подобрать пессарий индивидуально, а методика установления пессариев проста и легко переносится пациентками. ☺

⁴ Goya M., Pratcorona L., Mecred C. et al. Cervical pessary in pregnant women with a short cervix (PECEP) an open-label randomised controlled trial // Lancet. 2012. Vol. 379. № 9828. P. 1800–1806.

⁵ Arabin B., Halbesma J.R., Vork F. et al. Is treatment with vaginal pessaries an option in patients with a sonographically detected short cervix? // J. Prenat. Med. 2003. Vol. 31. № 2. P. 122–133.

⁶ Liem S., Schuit E., Hegeman M. et al. Cervical pessaries for prevention of preterm birth in women with a multiple pregnancy (ProTWIN): a multicentre, open-label randomised controlled trial // Lancet. 2013. Vol. 382. № 9901. P. 1341–1349.