

Неинвазивный подход к коррекции истмико-цервикальной недостаточности

Проблема невынашивания беременности и преждевременных родов, ставшая особенно актуальной после перехода на новые критерии регистрации новорожденных в соответствии с рекомендациями Всемирной организации здравоохранения, обуславливает медико-социальную значимость такой распространенной причины невынашивания беременности, как истмико-цервикальная недостаточность. Рассмотрению вопросов эффективности и безопасности неинвазивного подхода к коррекции истмико-цервикальной недостаточности и предотвращению риска преждевременных родов с помощью акушерских пессариев был посвящен симпозиум, организованный компанией «Пенткрофт Фарма».



Профессор
Л.В. Ткаченко

На сегодняшний день в мире самопроизвольно прерывается 15–20% желанных беременностей. По данным заведующей кафедрой акушерства и гинекологии Волгоградского государственного медицинского университета, д.м.н., профес-

Дифференцированный подход к лечению пациенток с истмико-цервикальной недостаточностью

сора Людмилы Владимировны ТКАЧЕНКО, в Волгоградской области частота самопроизвольного прерывания беременности на сроке до 22 недель ежегодно увеличивается на 18%, а частота преждевременных родов составляет 8,3%. Как правило, даже в результате детального обследования выяснить, что вызвало преждевременные роды, удается только в 50% случаев, вследствие чего диагноз обычно ставится эмпирически, результаты лечения непредсказуемы, а затраты колоссальны.

«Мы провели ретроспективный анализ 426 случаев невынашивания беременности. Среди факторов риска невынашивания помимо неустойчивости семейной жизни, профессиональной вред-

ности и вредных привычек отмечалось наличие в анамнезе внутриматочных вмешательств (67%), преждевременных родов (14,5%), угрозы прерывания беременности в первом триместре (48%) и истмико-цервикальной недостаточности – ИЦН (22%)», – констатировала докладчик.

В ходе исследования была выделена группа из 72 пациенток с ИЦН и привычным невынашиванием беременности, к лечению которых был применен дифференцированный подход, основанный на изучении морфологических и функциональных особенностей гормонозависимых механизмов патогенеза ИЦН.

По результатам иммуногистологического исследования эндометрия

Симпозиум компании «Пенткрофт Фарма»

72 женщины были разделены на две группы – с функциональной (n = 30) и анатомической (n = 42) ИЦН. Признаки хронического воспаления отмечались у половины пациенток в первой группе и у всех пациенток во второй. Для всех женщин с функциональной ИЦН была характерна недостаточность лютеиновой фазы, которая у 70% пациенток выражалась слабой экспрессией прогестерон-рецепторов, у 30% – полным отсутствием прогестерон-рецепторов и у 100% – слабой экспрессией альфа-эстроген-рецепторов. У пациенток с анатомической ИЦН недостаточность лютеиновой фазы имела место лишь в 25% случаев и характеризовалась слабой экспрессией прогестерон- (25%) и альфа-эстроген-рецепторов (100%).

Лечение пациенток с ИЦН началось с прегравидарной подготовки, включающей курс противовоспалительной терапии и гормональную эстроген-прогестероновую поддержку. Гормональная поддержка осуществлялась и во время наступления беременности у женщин с недостаточностью лютеиновой фазы в обеих группах: эстрогеновая – до пятой-шестой недели беременности, прогестероновая – до 34 недель гестации. Пациенткам начиная со второго триместра также назначалась декомпрессионная гимнастика. Их состояние отслеживалось в динамике с помощью

УЗИ шейки матки. Беременным с анатомической ИЦН на шейку матки накладывались П-образные швы на 12–18-й неделе гестации, а беременным с функциональной ИЦН и укороченной шейкой матки для удержания шейки матки и сохранения цервикального канала закрытым во влагалище вводился акушерский pessary (рис. 1).

В исследовании использовались перфорированные силиконовые pessaries доктора Арабин, предназначенные для предотвращения преждевременных родов у женщин группы риска. Pessaries устанавливались в наиболее оптимальные сроки – во втором триместре беременности. «Pessарий сконструирован таким образом, что способствует смещению шейки матки в сторону крестца и удерживает ее. Установка такого pessария также показана женщинам с многоплодной беременностью и признаками ИЦН на фоне гормональной прогестероновой поддержки», – пояснила профессор Л.В. Ткаченко.

Методика установки pessариев довольно проста, не требует анестезии и хорошо переносится пациентками. Однако, по мнению профессора Л.В. Ткаченко, гинеколог должен владеть навыками введения и установки pessария в правильном положении (с обращением искривления и меньшего диаметра сверху). Кроме того, каждой женщине следует подби-



Рис. 1. Положение акушерского pessария на шейке матки

рать размер pessария индивидуально.

В плановом порядке акушерский pessарий извлекают в 37 недель + один день. Преждевременное удаление производится при начале родовой деятельности, излитии околоплодных вод, появлении кровянистых выделений, признаках хориоамнионита.

Лучшие результаты исходов беременности были получены в группе пациенток с функциональной ИЦН, у которых применяли pessарии с целью предотвращения прогрессирования такого состояния. Именно в этой группе был зафиксирован один случай преждевременных родов по сравнению с шестью случаями преждевременных родов в группе с анатомической ИЦН, где использовалась тактика наложения швов на шейку матки. Таким образом, применение pessариев доктора Арабин для коррекции ИЦН у женщин снижает риск преждевременных родов.

акушерство

Клиническая и экономическая эффективность методов коррекции истмико-цервикальной недостаточности

По словам сотрудника Тюменского областного перинатального центра Елены Анатольевны БЕЕВОЙ, преждевременные роды занимают одно из ключевых мест в структуре сложных проблем акушерской службы региона. В 2012 г., когда акушерская служба стала выходить и регистрировать всех новорожденных с массой тела 500 граммов, показатели перина-

тальной и ранней неонатальной смертности выросли более чем в два раза. Справедливости ради следует сказать, что в 2013 г. их удалось несколько снизить, благодаря хорошей оснащенности детской реанимационной службы современным оборудованием и «соблюдению в Тюменской области принципов маршрутизации». В этой связи одна из главных задач акушерско-гинекологичес-



Е.А. Беева

II Междисциплинарный форум «Шейка матки и вульвовагинальные болезни»



Рис. 2. Акушерский пессарий доктора Арабин (сделан из гибкого силикона)

кой службы заключается в выявлении факторов риска преждевременных родов и их профилактике, а также в способности пролонгировать беременность до наиболее благоприятных для жизнеспособности новорожденного сроков.

Известно, что группу риска преждевременных родов составляют женщины с репродуктивными потерями в анамнезе, многократными маточными вмешательствами, наличием рубца на матке после кесарева сечения и пр. Формирующаяся под воздействием факторов риска ИЦН считается одной из значимых причин преждевременных родов, которая клинически зачастую проявляется укорочением шейки матки. В настоящее время существует два метода ее коррекции: хирургический (наложение швов на шейку матки) и консервативный (установка разгрузочного акушерского пессария) (рис. 2).

Е.А. Беева ознакомила участников симпозиума с результатами анализа 101 случая родоразрешения пациенток с ИЦН в Тюменском перинатальном центре в 2013 г. Всех женщин условно разделили на три группы. Первую группу (n = 52) составили женщины, которым для коррекции ИЦН накладывался шов на шейку матки. Вторую группу (n = 30) – женщины, которым были установлены разгрузочные акушерские пессарии. В третьей группе (n = 21) применялись оба метода – наложение шва на шейку матки и установка акушерского пессария.

Беременным также проводилась гормональная поддерживающая терапия гестагенами.

Возраст пациенток составлял от 20 до 44 лет. Привычное невынашивание беременности в анамнезе было у каждой четвертой женщины (26%) в первой группе, у каждой пятой женщины во второй (21%) и у более половины женщин (63%) в третьей группе.

Каждая пятая женщина первой группы и каждая третья из второй группы имели в анамнезе бесплодие, а наличие рубца на матке чаще отмечалось у женщин из третьей группы (16%). Многоплодная беременность имела место в 10–17% случаев, из них большинство наступали после применения вспомогательных репродуктивных технологий.

Удельный вес преждевременных родов в первой и второй группах был одинаковым и составил 17%, но был выше в третьей группе (33%), куда вошли женщины с наиболее отягощенным акушерским анамнезом. Преждевременные роды в самые ранние сроки гестации (22–27 недель) отмечались у 29% женщин из третьей группы, а в остальных двух группах отсутствовали. Преждевременные роды в сроки 28–33 недели также чаще наблюдались у женщин третьей группы (57%), чем в первой (44%) и во второй (40%) группах. Родоразрешение в сроки 34–36 недель в большинстве случаев имело место во второй (60%) и в первой (56%) группах и лишь в 14% случа-

ев у беременных из третьей группы. Во всех трех группах в более половины случаев продолжительность родов составила менее 12 часов.

«Мы проанализировали данные о травматических повреждениях шейки матки в родах. В группе женщин, которым только устанавливался пессарий, травматические повреждения шейки матки первой степени встречались в два раза реже, чем в группе женщин, которым накладывали швы, и в группе, где использовались оба метода. А повреждения второй степени были зафиксированы в 4% случаев в первой группе и отсутствовали во второй и третьей группах», – уточнила Е.А. Беева.

Таким образом, установка пессария беременным с ИЦН и привычным невынашиванием способствовала пролонгированию беременности до 34–36 недель у большинства из них, продемонстрировав при этом схожую с методом серкляжа эффективность, но значительно лучший профиль безопасности. Если хирургическое вмешательство чревато такими осложнениями, как травма плодного пузыря, инфекционно-воспалительные осложнения, осложнения анестезии, несостоятельность шва на матке, то серьезных осложнений при установке акушерского пессария нет. На фоне введенного пессария может повыситься вагинальная секреция (без изменения состава влагалищной микрофлоры). К повреждению шейки матки может привести только неудаление вовремя акушерского пессария при наличии показаний.

По мнению докладчика, к несомненным преимуществам использования пессариев в акушерстве можно отнести их применение в амбулаторных условиях и отсутствие необходимости в госпитализации. В то же время хирургическая коррекция ИЦН требует госпитализации, которая в сред-

Симпозиум компании «Пенткрофт Фарма»

нем составляет пять койко-дней. Пребывание в стационаре включает клиническое обследование, операцию по наложению шва на шейку матки, работу акушерско-гинекологической бригады, токолиз, антибиотикопрофилактику, внутривенный наркоз. Оценка экономической составляющей затрат (один неослож-

ненный случай) на использование двух методов коррекции ИЦН – наложение шва и установку пессария – показала преимущество альтернативного метода. Минимальные затраты на один случай оказания медицинской помощи методом наложения шва на шейку матки составили 5683 рубля, а методом установки

акушерского пессария – 3645 рублей. «На фоне сравнимой клинической эффективности обоих методов коррекции ИЦН установка акушерского пессария отличается большей безопасностью и экономической эффективностью по сравнению с наложением шва на шейку матки», – отметила в заключение Е.А. Беева.

Акушерские пессарии. Опыт внедрения в родильном доме № 15 г. Москвы

В течение многих лет основным методом коррекции ИЦН являлся хирургический. Однако, как заметил заведующий отделением родильного дома № 15 г. Москвы к.м.н. Николай Юрьевич САКВАРЕЛИДЗЕ, в век современных технологий и смещения акцента в пользу неагрессивного акушерства применять столь инвазивный способ коррекции, который может стать причиной патологических структурных изменений шейки матки, нецелесообразно. В том числе и потому, что существует выгодная со всех позиций альтернатива наложению швов на шейку матки – установка акушерских пессариев.

Показаниями к установке акушерского пессария являются:

- ИЦН и профилактика несостоятельности шва при хирургической коррекции ИЦН;
- наличие в анамнезе поздних самопроизвольных выкидышей, преждевременных родов, привычного невынашивания;
- угроза невынашивания беременности в сочетании с прогрессирующими изменениями шейки матки;
- рубцовая деформация шейки матки;
- многоплодная беременность.

В клинической практике предпочтение отдается перфорированному акушерским разгру-

жающим пессариям из гибкого силикона, обеспечивающим лучший отток жидкости при повышенной вагинальной секреции. Они имеют форму чаши и отличаются по внешнему диаметру (65 или 70 мм), а также по высоте искривления (17, 21, 25, 30 мм). Внутренний диаметр для всех моделей составляет 32 или 35 см. Оптимальным сроком введения считается 16–34 недели, но в роддоме № 15 г. Москвы есть позитивный опыт установки пессария и в 14 недель гестации. Суммарное воздействие пессария сводится к сакрализации и замыканию шейки матки, лучшему формированию частично открытой и укороченной шейки матки, уменьшению нагрузки на несостоятельную шейку матки. Благодаря своему вентрально-косому положению пессарий разгружает шейку матки, частично передавая внутриматочное давление на переднюю стенку матки.

Разработанный сотрудниками роддома алгоритм обследования и ведения пациенток, которым устанавливался акушерский пессарий, включает в себя оценку по шкале Штемберга, цервикальный тест, бактериоскопию, бактериологию, рН влагалища и УЗИ в двух положениях – лежа и стоя. «Почему в двух положениях? Вследствие того, что длина шейки матки и состояние внутреннего зе-



К.м.н.
Н.Ю. Сакварелидзе

ва могут меняться при изменении положения матери. Это впервые было описано доктором Б. Арабин у беременной двойней¹, – пояснил Н.Ю. Сакварелидзе (рис. 3). Согласно шкале Соломона у пациенток с длиной шейки матки

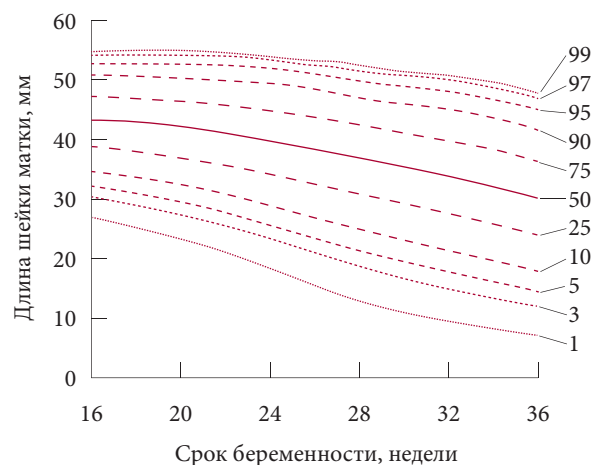


Рис. 3. Длина шейки матки в зависимости от срока гестации (указаны 1–99-й перцентили)

¹ Arabin B., Aardenburg R., van Eyck J. Maternal position and ultrasonic cervical assessment in multiple pregnancy. Preliminary observations // J. Reprod. Med. 1997. Vol. 42. № 11. P. 719–724.

II Междисциплинарный форум «Шейка матки и вульвовагинальные болезни»

менее 25 мм, по данным трансвагинальной эхографии, чрезвычайно высок риск преждевременных родов². «Если у беременной определяется короткая шейка матки, 25 мм и менее, то это уже признак наличия ИЦН, которую нужно корригировать путем введения акушерского пессария», – констатировал докладчик.

После осмотра женщины пессарий в согнутом состоянии помещается во влагалище и далее располагается по отношению к сводам меньшим диаметром, больший диаметр поддерживается тазовым дном. После того как пессарий установлен на шейку матки, путем давления пальцами, введенными во влагалище, на край пессария, расположенный у заднего свода, необходимо сместить его к крестцу. Таким образом, шейка матки должна быть расположена в пределах верхнего кольцевого диаметра и сакрализована. По мнению докладчика, никакой сложности эта безболезненная процедура не представляет, если пессарий подобран правильно. Установку пессария следует проконтролировать ультразвуковой визуализацией. Пессарий должен быть удален у бессимптомных пациенток перед родами в пределах 37 недель. Противопоказаниями к применению пессария считаются индивидуальная непереносимость,

нарушение целостности плодного пузыря, пролабирование плодного пузыря за наружный зев и острый воспалительный процесс. Вагинальная инфекция, по мнению докладчика, противопоказанием не является. В ходе исследования было установлено, что на фоне серкляжного пессария микробный пейзаж цервикального и уретрального каналов и pH влагалища не менялись. Следовательно, при нормальной

у женщин с короткой шейкой матки³. В результате преждевременное родоразрешение среди женщин, которым были установлены пессарии, было зарегистрировано значительно реже (6%), чем в группе женщин, которым пессарии не устанавливались (27%). «Результаты наших исследований совпадают с этими данными. Эффективность коррекции пролабирования плодного пузыря с помощью установки пессария, по

В исследовании оценивали эффективность акушерских пессариев у женщин с короткой шейкой матки. Преждевременное родоразрешение среди женщин, которым были установлены пессарии, было зарегистрировано значительно реже (6%), чем в группе женщин, которым пессарии не устанавливались (27%)

микроскопической картине беременным пациенткам можно вводить акушерский пессарий, не дожидаясь результатов бактериологического исследования. Если же инфекция есть, ее можно лечить и на фоне установленного пессария.

В испанском многоцентровом открытом рандомизированном исследовании оценивали эффективность акушерских пессариев

нашим данным, составила 83%», – отметил Н.Ю. Сакварелидзе. В целом, по словам Н.Ю. Сакварелидзе, результаты клинических испытаний и собственный опыт свидетельствуют о том, что такой метод коррекции ИЦН, как установка акушерского пессария, позволил снизить риск преждевременных родов и избавить женщин от хирургических вмешательств.

Заключение

Развитие современной акушерско-гинекологической помощи в том числе направлено на внедрение в клиническую практику эффективных и мало-травматичных методов. Именно к таким методам относится применение перфорированных силиконовых акушерских пессариев для коррекции ИЦН – одной из

причин преждевременных родов. Имея сходную с традиционным хирургическим методом эффективность, акушерские пессарии обладают более высоким профилем безопасности. Немаловажным преимуществом использования пессариев по сравнению с наложением швов на шейку матки является возможность введения

пессариев в амбулаторных условиях, что исключает необходимость в госпитализации и делает метод менее экономически затратным. Представленные докладчиками данные международных и собственных исследований убедительно доказывают, что современные акушерские силиконовые пессарии могут полноценно заменить хирургическую коррекцию ИЦН и значительно снизить риск преждевременных родов. ☺

² 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.

³ Goya M., Pratcorona L., Merced C. et al. Cervical pessary in pregnant women with a chort cervix (PECEP): an open-label randomised controlled trial // Lancet. 2012. Vol. 379. № 9828. P. 1800–1806.