
Занько С.Н.¹, Можейко Л.Ф.², Потапов В.А.³, Захаренкова Т.Н.⁴, Зверко В.Л.⁵, Бут-Гусаим Л.С.⁶

¹ Витебский государственный медицинский университет, Витебск, Беларусь

² Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Беларусь

³ Днепропетровский медицинский университет, Днепропетровск, Украина

⁴ Гомельский государственный медицинский университет, Гомель, Беларусь

⁵ Гродненский областной клинический перинатальный центр, Гродно, Беларусь

⁶ Городская клиническая больница скорой медицинской помощи, Гродно, Беларусь

Zanko S.¹, Mozheiko L.², Potapov V.³, Zakharenkova T.⁴, Zverko V.⁵, But-Gusaim L.⁶

¹ Vitebsk State Medical University, Vitebsk, Belarus

² Belarusian State Medical University, Minsk, Belarus

³ Dnepropetrovsk Medical University, Dnepropetrovsk, Ukraine

⁴ Gomel State Medical University, Gomel, Belarus

⁵ Grodno Regional Clinical Perinatal Centre, Grodno, Belarus

⁶ City Clinical Emergency Hospital, Grodno, Belarus

Синдром короткой шейки матки (преждевременные роды – игра на опережение)

Short uterine cervix syndrome (preterm delivery – advanced game)

Резюме

В статье приведены результаты исследования, в котором при диагностировании синдрома «короткой шейки» использовалась гормональная поддержка на ранних сроках со времени выявления короткой шейки (<25 мм) влагалитическим микронизированным прогестероном. При наличии показаний проводилось наложение акушерского пессария или шва (после 18 недель) при появлении ИЦН или «-» динамики.

Результаты работы показали:

1. Ранняя диагностика синдрома короткой шейки является информативным предиктором угрозы поздних абортов и преждевременных родов.
2. Применение вагинального микронизированного прогестерона и его сочетание с акушерским пессарием – эффективный метод профилактики и лечения преждевременных родов при короткой шейке матки. Критериями эффективности метода могут служить:
 - рост числа беременностей, завершившихся родами после 32 и 37 недель за счет пролонгирования сроков 22–27 недель – 20%;
 - снижение числа клинических ИЦН и количества наложенных в связи с этим пессариев – около 10%;
 - хороший «протектор» при удаленном пессарии: из 12 удаленных пессариев беременность прервалась до 32 недель в 2 случаях (обычно 50–60% через несколько дней);
 - снижение осложнений, связанных с ФПН и внутриутробной гипоксией.

Ключевые слова: шейка матки, пессарий, аборт, преждевременные роды.

Resume

The results of the research work in which during the diagnostics of short uterine cervix syndrome the hormonal support was used are given in the article. Vaginal micronized progesterone was used in early terms from the moment of detection of short uterine cervix (<25 mm). In case of isthmocervical insufficiency or negative dynamics the obstetrical pessary or suture (after 18 weeks) were applied.

The results of work have shown:

1. Early diagnostics of short uterine cervix syndrome is an informative predictor of threat of late abortions and preterm delivery.
2. Use of vaginal micronized progesterone and its combination with obstetrical pessary – is an effective method of prevention and treatment of preterm delivery in case of short uterine cervix. Criteria of the method efficiency are following:
 - increased number of pregnancies led to childbirth after 32 and 37 weeks owing to the prolongation of pregnancies in 22–27 weeks – 20%;
 - decreased number of clinical isthmic-cervical insufficiencies and the number of applied connection to this pessaries: about 10%;
 - a good «protector» in case of removed pessary: from 12 removed pessaries the pregnancy terminated before 32 weeks in 2 cases (usually 50–60% after several days);
 - decreased number of complications connected with feto-placental insufficiency and intrauterine hypoxia.

Keywords: uterine cervix, pessary, abortion, preterm delivery.

Преждевременные роды (ПР), пожалуй, самая популярная тема в риторике акушеров-гинекологов. Это определяется печальной истиной: никто не может успешно выхаживать детей с критически низкой массой тела. И это понятно. Ибо физиология гласит, что жизнеспособность новорожденного определяется сроком 28 недель и более, весом 1000 г и более, ростом 35 см и более.

Врачи обсуждают пути снижения репродуктивных потерь на ранних и поздних сроках беременности. По мнению известного российского специалиста профессора В.Е. Радзинского [2] в рамках дискуссии на XIII Всероссийском научном форуме «Мать и дитя», «на сегодняшний день в России, как и в других развитых странах, больше половины (66%) случаев младенческой смертности обусловлено перинатальными потерями, поэтому новый учет погибших недоношенных детей с экстремально низкой массой тела стал закономерной и неотвратимой мерой, позволяющей определить, все ли было сделано для минимизации младенческой смертности. Акушерам-гинекологам сегодня важно четко ориентироваться в том, какие мероприятия должны быть проведены с целью предупреждения преждевременных родов и невынашивания беременности в целом».

Профессор G.C. Di Renzo (13th World Congress COGI, Berlin, 2010) определил следующую безрадостную ситуацию, когда речь идет о преждевременных родах (ПР): причины – неясные, диагностика – затруднена, методы – дискуссионные, результаты – непредсказуемые, цена – огромная.

Частота ПР остается постоянной на протяжении 25 лет: показатель ПР колеблется около 10% от общего числа родов (ВОЗ, 2011 г.):

- США – 13%;
- Россия – 7%;
- Шотландия – 6,8%;
- Австралия – 6%;
- Франция – 5%;
- Республика Беларусь – 4,1%.

Стратегические проблемы службы родовспоможения во всех странах, исходя из анализа происходящего остаются прежними и близкими по сути:

1. Снижение перинатальной смертности (ПС) происходит в основном за счет снижения ранней неонатальной смертности. С одной стороны, мы должны сказать искреннее «спасибо» неонатологической службе, которая «творит» хорошие акушерские показатели. Вместе с тем мы хорошо понимаем, что такие тенденции во всем мире ведут к росту заболеваемости и инвалидизации новорожденных.
2. Мертворождаемость не имеет такой выраженной тенденции к снижению. Прежде всего надо сказать, что для этого есть объективные причины. Эффективные возможности современных методов диагностики и оценки внутриутробного состояния плода для принятия своевременного решения об изменении акушерской тактики ведения беременности или родоразрешения не превышают 50–60%. Причем сюда включены условно суммарно всевозможные диагностические подходы: КТГ, УЗИ, биофиль, биохимические, гормональные и другие методы исследования. Естественно, это приводит к тому, что проблемный плод или погибает в утробе матери, или рождается в состоянии тяжелой асфиксии.
Поэтому на долю недоношенных детей приходится 60–70% ранней неонатальной и детской смертности.
3. Как было сказано выше, независимо от региона и показателей, важным негативным моментом остается высокая доля в структуре младенческой смертности перинатальных причин (от 40 до 70 % в различные годы). Большинство потерь связаны с внутриутробным повреждением, глубокой недоношенностью и неоправданно поздним родоразрешением.
4. В случае если недоношенные дети выживают, у них часто развиваются тяжелые осложнения:
 - Краткосрочные заболевания, связанные с ранними преждевременными родами, включают респираторный дистресс-синдром, внутрижелудочковые кровоизлияния, перивентрикулярную лейкомаляцию, некротизирующий энтероколит, бронхолегочную дисплазию, сепсис, открытый артериальный проток и ретинопатии недоношенных.
 - Длительные заболевания представлены церебральным параличом, слепотой, когнитивными дефектами и социальными и поведенческими проблемами.

5. Экономические последствия: дополнительные расходы на здоровье детей до 18 лет, родившихся преждевременно, в сравнении с детьми, родившимися в срок:
- 34–36 недель – 35 471 долл. США
 - 31–33 недели – 95 760 долл. США
 - 28–30 недель – 146 847 долл. США.

6. Перспективы решения проблемы преждевременных родов в большинстве стран (особенно там, где есть проблемы с низкой рождаемостью) не радужные: очевиден рост частоты ПР. Такая тенденция неизбежна по ряду причин: в связи с ростом у беременных частоты экстрагенитальных и других заболеваний, внутриутробных гипоксических состояний, росту доли беременностей с использованием ВРТ (вспомогательных репродуктивных технологий, в частности ЭКО). Уже сегодня в 1/3 случаев досрочное родоразрешение выполняется по медицинским показаниям, преимущественно при преэклампсии и ЗВРП (ятрогенные), в 2/3 преждевременные роды возникают в результате преждевременного наступления родовой деятельности или разрыва плодных оболочек (спонтанные).

Поэтому сегодня во всем мире усилия специалистов, работающих в области родовспоможения, направлены на решение как минимум двух задач: разработку новых технологий для выхаживания детей с критически низкой массой тела (500–1000 г) и пролонгирование беременности до «приемлемых» сроков гестации. Если к решению первой проблемы в большей степени имеют отношение неонатология и детская реанимация, то вторая непосредственно решается акушерами.

Разработка новых эффективных подходов к профилактике и лечению этой проблемы является «вопросом № 1» в современном клиническом акушерстве. Для этого достаточно привести несколько цифр: перинатальная смертность (ПС) при срочных родах колеблется в широких пределах с прогнозными хорошими показателями 2–4‰, при ПР – 10‰, при ПР в сроках гестации 22–24 недели – 70‰.

Вместе с тем не все так однозначно. Если посмотреть на исходы беременностей у этой когорты, то, по данным известного российского специалиста проф. Абрамченко В.В., с выживаемостью и заболеваемостью недоношенных детей дело обстоит следующим образом: основные проблемы не являются определяющими после 32–34 недель. Это определяется прежде всего сегодняшними возможностями неонатальной реанимации и выхаживания недоношенных новорожденных.

Продвижение новых технологий в рутинную медицинскую практику во многом не только изменяет понимание ряда проблем, но и позволяет раньше и эффективнее подойти к их решению. В последнее время много знаковых событий было связано с обсуждением роли шейки матки при акушерских проблемах, в т.ч. и преждевременных родах (Международный форум «Шейка матки и вульвовагинальные болезни», 2012; Семинар по преждевременным родам под руководством проф. Радзинского В.Е. и проф. Фаткулина И.Ф., 2012).

Сегодня надо признать, что, несмотря на огромный перечень факторов риска невынашивания и ПР, доказанными предикторами реальной угрозы ПР являются преждевременные роды в анамнезе, уровень фетального фибронектина и короткая шейка матки. Уровень фибронек-

Достаточно давно известно, что риск преждевременных родов зависит от длины шейки матки, длительности ее укороченного состояния (чем раньше «короткая шейка» развивается, тем раньше наступают преждевременные роды).

тина как фактор риска ПР у нас пока массово не делается по причине его отсутствия в широкой лечебной сети. ПР роды в анамнезе устанавливаются просто (30% от преждевременных родов и 2% от числа беременных). Что касается короткой шейки (синдрома короткой шейки), то здесь с точки зрения патогенетического значения, тактики и отношения к этому феномену много неясного. Вплоть до того, что мы сегодня не можем отрицать, что короткая шейка может являться ранним признаком истмико-цервикальной недостаточности (ИЦН) и/или может быть самостоятельным явлением.

С внедрением в широкую клиническую практику ультразвукового метода диагностики, особенно трансвагинальной методики, изменилась частота выявления этой патологии. По нашим данным, частота выявления «короткой шейки» в общей популяции беременных в Республике Беларусь составляет около 25%.

Эти цифры вполне сопоставимы со статистикой выявления в нашем регионе частоты истмико-цервикальной недостаточности в сроке после 18 недель беременности. Проспективные исследования этих пациенток показывают, что именно они составляют большинство (более 80%) беременных, которые в сроках 12–20 недель теряют беременность, имеют клинику угрозы невынашивания, прогрессирующую картину «короткой шейки» и ИЦН.

Что такое синдром «короткой шейки» матки

Если исходить из традиционного понимания матки как плодместилища и последующих механизмов родов, то определение «короткой шейки» как патологического состояния части матки или самостоятельного органа достаточно понятно.

То, что «короткая шейка» является реальным предиктором ИЦН и преждевременных родов, позволяет предположить, что укорочение шейки (как признак ее функциональной несостоятельности) наряду с другими локальными признаками (сглаживание, расширение цервикального канала) является отражением динамики субклинического бессимптомного (латентного) начала «первого периода преждевременных родов» без активной сократительной деятельности матки. По нашим данным, к сроку 18 недель с укороченной шейкой приходят 14% беременных и примерно столько же «не доходят» по причине потери беременности по разным причинам. Интерес к этому вопросу закономерен, технические возможности для исследований есть практически у всех (УЗИ), что и привело к бурной активности, в хорошем смысле, людей неравнодушных и любопытных к вопросу: так что же это «короткая шейка», и имеет ли вообще это какое-то отношение к исходам беременности и проблеме преждевременного ее прерывания?

Анализ наиболее значимых и доказательных исследований, а также собственные результаты позволяют сделать некоторые, на наш взгляд, немаловажные заключения.

Наиболее убедительна сегодня следующая точка зрения на проблему короткой шейки и ее значения. Короткая шейка матки (сонографическая нормальная шейки матки составляет 35–48 мм) может служить прогностическим признаком риска несостоятельности шейки матки

во время беременности и угрозы невынашивания. Таким образом, сонографическими критериями постановки синдрома «короткой шейки» являются параметры: >20 мм и <30 мм (или <25 мм).

Вероятно, к короткой шейке в малые сроки беременности надо относиться как к несвоевременному «созреванию» шейки матки и вступлению беременной в стадию «готовности к родам». Далее с ростом срока беременности увеличивается внутриматочный объем и внутриматочное давление. Особенно выраженная, естественно, повышенная нагрузка на шейку матки будет при многоплодии, многоводии, крупном плоде и т.д.

Далее, вероятно, срабатывают механизмы, похожие на таковые в начале первого периода родов: подъем тонуса матки, появление сокращений и развитие преждевременных родов.

Анализ «факторов риска» и возможных причин развития «короткой шейки» показывает их несомненную схожесть с таковыми при клинически выраженной истмико-цервикальной недостаточности, что подтверждает предположение, сделанное выше. И если относиться к этому состоянию как к ранней форме ИЦН, становится понятно, что ранняя его диагностика и коррекция является перспективным направлением профилактики и лечения как ИЦН, так и преждевременных родов в целом.

Диагностика синдрома «короткой шейки» и его лечение

В обсуждаемой теме есть еще одно «слабое звено». Стандартная процедура выявления ИЦН и мониторинг шейки по сложившимся стандартам мышления и различным методическим подходам адресуется к 18 неделям беременности и позже. Затем следует постановка диагноза ИЦН и те или иные профилактические и терапевтические действия.

Развитие этой темы для нас началось в 2010–2011 гг., когда нам довелось работать в качестве одного из центров в международном мультицентровом рандомизированном исследовании по изучению эффективности использования вагинального прогестерона для профилактики преждевременных родов при короткой шейке матки (<15 мм) после 22 недель беременности. Это исследование сегодня известно как «исследование Р. Ромеро» [19].

Работая в рамках этого проекта, мы получили как минимум два результата. Первое: убедились в том, что влагалищный прогестерон при синдроме укороченной шейки матки после 20 недель беременности при угрозе преждевременных родов эффективен. Второе: получили очередные вопросы – что делать с короткой шейкой до этих сроков гестации?

В связи с этим нами организовано и проведено исследование, которое позволило оценить целесообразность диагностической и терапевтической активности у этой категории беременных.

■ I этап

Скрининг по синдрому «укороченной шейки» у женщин высокого риска ПР в сроке 11–12 недель, повторный осмотр группы высокого риска в сроке 18–21 недели.

Метод доступен и прост в использовании (рис. 1).

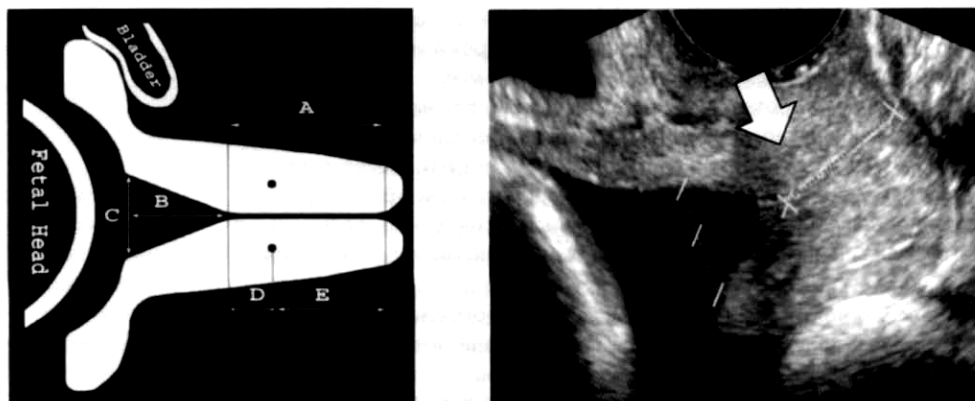


Рис. 1. Методика измерения длины шейки матки

Измерение длины шейки матки должно стать частью стандартной сонографической процедуры во II триместре для оценки риска наступления преждевременных родов.

Эта работа не сильно обременяет доктора, поскольку может выполняться во время I–II триместра беременности как дополнение к скринингу на аномалии развития плода (Болезнь Дауна) и повторный осмотр группы высокого риска в сроке 18–21 недели как дополнение к скринингу (ВПР, пороки сердца).

Для получения адекватной и, что важно, воспроизводимой информации измерение длины шейки матки требует соблюдения ряда условий и правил. Это особенно принципиально по той причине, что, возможно, у одной и той же беременной измерять длину шейки будут разные специалисты, а значит, при отсутствии стандарта данные в динамике окажутся несопоставимыми (рис. 2).

Эхографическое измерение длины шейки матки клинически полезно у всех беременных. У беременных безотягощенного анамнеза измерения должны проводиться в 12 и 18 недель – при организованном скрининге. При отсутствии организованного скрининга цервикометрия необходима в следующих ситуациях:

1. У женщин, имеющих указания в анамнезе на преждевременные роды, а также у тех, кто имеет аномалии строения матки, например, двурогую матку, длина шейки матки должна измеряться каждые 2 недели в период с 12-й по 24-ю недели гестации. Это позволяет прогнозировать преждевременные роды при клинически бессимптомно протекающих осложнениях беременности.
2. С позиций доказательной медицины тема коррекции короткой шейки матки и ИЦН в этих сроках беременности выглядит совсем даже неубедительно.
3. Средств вторичной профилактики нет.
4. Средств коррекции в группе умеренного риска преждевременных родов нет (короткая шейка).
5. Средств коррекции при многоплодной беременности нет.

Вывод: что хотите, то и делайте.



Рис. 2. Стандарт измерения шейки матки

Коррекция синдрома «короткой шейки матки» как метод профилактики поздних аборт и преждевременных родов

Высокая частота выявления синдрома «короткой шейки» матки, риск развития на фоне этого состояния ИЦН и преждевременных родов привел к необходимости поисков методов коррекции этих состояний, особенно в сроках гестации 12–20 недель. Мы вынуждены констатировать, что эти сроки можно «считать сроками не только диагностического, но и терапевтического провала» по профилактике ПР. То, что мы реально имеем в своей практике: пессарии и швы – с 18 недель гестации, токолиз (миметики) – с 20 недель.

Укорочение длины шейки матки должно повлечь профилактические мероприятия. К сожалению, на сегодняшний день не обнаружено уменьшения риска рецидивов при применении следующих общепринятых и традиционных тактик ведения беременности с угрозой преждевременных родов: постельный режим; бета-миметики, назначаемые с целью профилактики, эффективны на более поздних сроках беременности (20 недель, а лучше 24 и более); изменение образа жизни, сопровождающееся уменьшением физического труда, увеличением числа визитов к акушеру-гинекологу, психологической поддержкой, добавлением в пищевой рацион железа, фолиевой кислоты, кальция, цинка, магния, витаминов или рыбьего жира, являются всего лишь благоприятным фоном для нормально протекающей беременности или решают непосредственно другие задачи.

В связи с этим нами при диагностировании синдрома «короткой шейки» на втором этапе до использования механических средств применялись препараты влагалищного микронизированного прогестерона.

■ **II этап**

Гормональная поддержка на ранних сроках со времени выявления короткой шейки (<25 мм) + наложение акушерского разгружающего пессария или шва (после 18 недель) при появлении ИЦН или «-» динамики.

Основные вопросы, которые требуют комментариев по гормональной поддержке: длительность применения и выбор препарата.

Препараты назначаются с момента выявления короткой шейки до установки пессария или наложения шва.

Пессарий или акушерский шов накладывается при наличии показаний: наличии клинических признаков ИЦН, одним из которых является прогрессирующее укорочение шейки матки. Эффективным является сочетание акушерского пессария и микронизированного прогестерона.

При высоком риске преждевременных родов в сочетании с короткой шейкой прием гормональных препаратов должен быть продолжен до 34–36 недель беременности:

- акушерский анамнез (имели место преждевременные роды);
- двуплодная беременность;
- конизация шейки;
- мюллеровская аномалия и другие аномалии матки и шейки;
- беременность после ЭКО;
- длительное бесплодие, связанное с лютеиновой недостаточностью;
- дефицит прогестерона, подтвержденный лабораторно.

Выбор препарата

Выбор препарата для гормональной поддержки или гормонального токолиза определялся, прежде всего, доказанными токолитическими эффектами, возможностью использования препарата в обеих половинах беременности (одна беременность – один препарат) и его метаболической и химической идентичностью эндогенному прогестерону. Сочетание и назначение различных препаратов прогестерона недопустимо ввиду конкурентности к одним и тем же рецепторам и снижения клинической эффективности.

Всем заявленным требованиям соответствует препарат натурального прогестерона Утрожестан, вводимый интравагинально. Именно микронизированный прогестерон (Утрожестан) способен обеспечить полноценную секреторную трансформацию эндометрия, усилить его рецептивность, повысить вероятность успешной имплантации и обеспечить дальнейшее физиологическое течение беременности.

Данные многоцентровых исследований и метаанализов, опубликованные в конце 2011 г. и в 2012 г., перевернули мир, убедительно доказав эффективность применения препаратов вагинального прогестерона у пациенток группы высокого риска с целью предупреждения преждевременных родов. Сейчас в России разрешено интравагинальное применение Утрожестана с начала и до конца II триместра беременности, но в декабре 2011 г. Минздравсоцразвития РФ выпустило методическое письмо «Преждевременные роды» [7], в котором декларируется возможность назначения вагинального микронизированного прогестерона и в III триместре у пациенток с преждевременными родами в анамнезе при наличии информированного согласия женщины.



Рис. 3. Алгоритм применения вагинального прогестерона

Грамотное использование данной информации поможет избежать неоправданных репродуктивных потерь, утверждает известный российский специалист профессор Радзинский [9].

В нашем исследовании использовался Утрожестан 200–400 мг в сутки вагинально по следующей схеме (рис. 3), предложенной профессором И.Е. Корнеевой [8].

По данным мировой литературы, назначение прогестерона в группе высокого риска (прежде всего среди женщин, в анамнезе которых имеются преждевременные роды) эффективно снижает риск повторных преждевременных родов на 35% (A-1a) [3, 6, 9, 10, 13, 15, 18] (рис. 4). Важно, что Утрожестан эффективно работает не только на ранних, но и на поздних сроках беременности (благодаря уникальному токолитическому действию натурального прогестерона и местному влиянию на шейку матки при вагинальном введении). В настоящий момент убедительные доказательства эффективности и безопасности, соответствующие всем критериям доказательной медицины, в профилактике преждевременных родов у пациенток группы высокого риска получены только для вагинального микронизированного прогестерона. Так, по данным метаанализа Роберто Ромеро и соавторов, включающего данные 775 пациенток с бессимптомным укорочением шейки матки менее 25 мм, применение вагинального прогестерона позволило снизить риск развития преждевременных родов практически в 2 раза (на 42%), а также крайне важно, что показатель суммарной неонатальной заболеваемости и смертности снизился более чем в 2 раза. При наличии показаний для снижения риска преждевременных родов Утрожестан как препарат вагинального микронизированного прогестерона оптимально вводить интравагинально в дозе 200 мг с 18–24 до 34–36 недели беременности [19].

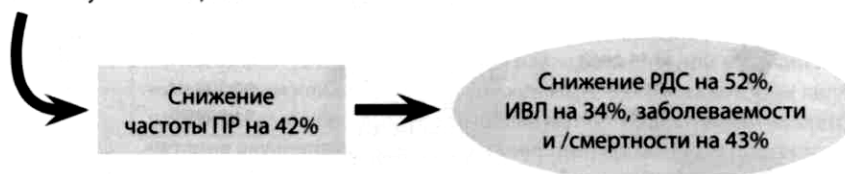
Микронизированный прогестерон включен в Национальные протоколы [1, 5] Министерства здравоохранения Республики Беларусь с 2012 г. в раздел «Преждевременные роды».

Новые аспекты гормональной терапии УПР (2012)

Мета-анализ данных 5 рандомизированных исследований
(мультицентровые двойные слепые плацебо контролируемые)

775 женщин и их 827 новорожденных

- 388 получали прогестерон вагинально (гель, капсулы) 90–200 мг/сут до 35–36 нед.
- 387 получали плацебо



Romero R, Nicolaides K, Conde-Agudelo A, et al. Vaginal progesterone in women with an asymptomatic sonographic short cervix in the midtrimester decreases preterm delivery and neonatal morbidity: a systematic review and metaanalysis of individual patient data. *Am J Obstet Gynecol* 2012;206:124.e1-19.

Рис. 4. Эффективность использования вагинального прогестерона

В настоящее время натуральный прогестерон одобрен для сохранения беременности в 1 триместре у пациенток, получающих лечение вспомогательными репродуктивными технологиями в США, Европе, России (Методическое письмо Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации, 2011) и других странах. Профиль безопасности этого препарата хорошо изучен [11, 12, 14].

На прошедшем в июне 2011 г. Региональном форуме «Мать и дитя» (Геленджик) впервые в России были доложены новые данные [9]: прогестерон подавляет синтез интерлейкина-8 эпителиальными клетками нижних отделов половых путей [16], а при местном применении регулирует метаболизм простагландинов в тканях шейки матки, предотвращая ее преждевременное созревание [19, 21, 22, 23]. Еще в 2003 г. [20] было доказано, что у пациенток в 24–34 недели беременности с риском преждевременных родов ежедневное применение микронизированного прогестерона снижает вероятность преждевременных родов в 9 раз. Обзор нескольких рандомизированных контролируемых исследований 2008 г. [11, 16, 17], объединивший 2425 беременных тех же сроков, подтвердил значительное сокращение числа ПР на фоне местного применения прогестерона.

Микронизированный прогестерон для интравагинального применения (Утрожестан) разрешен до 36 недель в Республике Беларусь. Возможность использования вагинального микронизированного прогестерона на поздних сроках беременности (согласно инструкции по применению) позволяет надеяться на его эффективность в плане предотвращения ПР [4, 6]. И, что важно, выдерживать правило «одна беременность – один прогестерон», чтобы избежать ненужных комбинаций и сочетаний разных, порой конкурентных препаратов у одной пациентки. Эта проблема неоднократно обсуждалась на крупных конгрессах и семинарах, в частности в Сочи (2012 г.), где и были приняты рекомендации.

На только что прошедшем в Москве (июнь 2013 г.) XI Всемирном конгрессе по перинатальной медицине «Глобальные изменения в заботе о здоровье матери и ребенка» позиция ученых и практиков России, Беларуси и Украины в вопросе отношения к ПР, а также возможности использования и хороших эффектов от применения микронизированного прогестерона, нашла подтверждение в докладах ведущих специалистов мира (Ромеро, Де Ренце, Фонсекас и др.) [12, 14, 19]. В известной статье [19] Р. Ромеро продемонстрировано отсутствие разницы между серкляжем и вагинальным прогестероном по клинической эффективности. В ходе своего выступления на перинатальном конгрессе он прокомментировал это как «равную эффективность трех терапевтических подходов – наложение акушерского pessaria, наложение шва и вагинального прогестерона. В связи с этим вагинальный прогестерон и акушерский pessarium могут быть более безопасной альтернативой наложению шва, так как pessarium и прогестерон – консервативное, нехирургическое вмешательство». На том же конгрессе проф. Фукс (США) сообщил об увеличении эффективности пролонгации беременности при сочетании этих двух методов по данным его опыта наблюдений.

Тенденция к использованию неинвазивных методов коррекции ИЦН просматривалась достаточно давно и последовательно. Хотя дискуссии на эту тему продолжаются. Мнения, озвученные известными специалистами из различных стран и научных школ на XI Всемирном конгрессе по перинатальной медицине «Глобальные изменения в заботе о здоровье матери и ребенка», однозначно склоняются к использованию акушерских pessarium.

На втором этапе, как правило, после 16 недель применялись акушерские pessarium.

Акушерские pessarium

1. Акушерский разгружающий pessarium (рис. 5)

Введение и извлечение pessarium не требуют анестезии и специального инструментария.

После осмотра женщины при опорожненном мочевом пузыре pessarium располагали у входа во влагалище вертикально. В начале манипуляции вводили нижнее полукольцо широкого основания во влагалище, затем – верхнее полукольцо широкого основания. После этого полностью вводили pessarium во влагалище. Во влагалище разворачивали pessarium в косопоперечную плоскость по отношению к продольной оси тела пациентки. Широкое основание смещали в задний свод влагалища, при этом малое основание располагалось под лонным сочленением, а шейка матки – в центральном отверстии pessarium. При извлечении pessarium последовательность действий обратная последовательности при его введении.

Показанием к применению акушерского разгружающего pessarium является наличие функциональной или органической истмико-цервикальной недостаточности во время беременности (синдрома короткой шейки после 16 недель).

Условия для применения акушерского разгружающего pessarium:

1. Согласие пациентки.
2. Подтверждение наличия ИЦН и/или синдрома короткой шейки клинически и при ультразвуковом исследовании параметров шейки матки.

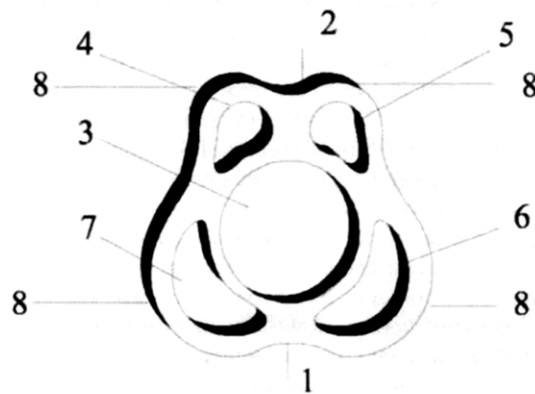


Рис. 5. Общий вид акушерского разгружающего pessария

3. Срок беременности при введении pessария должен быть не менее 16 и не более 34 недель.
4. Состояние нормоценоза влагалища, подтвержденное бактериоскопически и бактериологически.
5. Нормальный тонус матки, подтвержденный клинически и данными токографии или ультразвукографии.

При наличии выраженной степени ИЦН не исключается предварительное наложение кругового подслизистого шва на шейку матки с последующим введением акушерского разгружающего pessария, учитывая механизм его действия.

Противопоказаниями к применению акушерского разгружающего pessария являются:

1. Заболевания, при которых пролонгирование беременности противопоказано.
2. Воспалительные заболевания влагалища, шейки матки и наружных половых органов.
3. Разрыв плодных оболочек.
4. Аномалии развития и органические заболевания влагалища и шейки матки.

Введение pessария осуществляется в асептических условиях обученным врачом. Выбор размера pessария зависит от индивидуальных анатомических особенностей пациентки. Для снижения негативных психоэмоциональных реакций беременной при введении pessария целесообразно применять психопрофилактическую подготовку и медикаментозные методы воздействия.

Эффективность применения акушерского pessария в целях профилактики недонашивания беременности оценивают по следующим параметрам:

1. Благоприятное изменение формы деформации нижнего полюса плодного пузыря по данным ультразвукографии.
2. Повышение высоты стояния предлежащей части по данным ультразвукографии.

3. Отсутствие боли и жалоб на чувство инородного тела во влагалище (оценивается на протяжении первых суток с момента введения пессария).

Появление жалоб на боли во влагалище свидетельствует об ошибке в выборе размера пессария и требует введения пессария меньшего размера.

Показания к досрочному удалению пессария:

1. Развитие воспаления влагалища и шейки матки во время беременности.
2. Появление жалоб на боли или ощущение инородного тела во влагалище.
3. Преждевременное излитие околоплодных вод.
4. Появление кровянистых выделений из половых путей.
5. Развитие родовой деятельности.
6. Осложнения течения беременности со стороны матери или плода, требующие досрочного родоразрешения.

В плановом порядке пессарий удаляют при достижении срока беременности 37–38 недель.

2. Пессарий акушерский тип ASQ (перфорированный) (рис. 6)

Надо отметить, что оба вида пессариев не являются альтернативными технологиями: акушерский разгружающий пессарий наиболее эффективен там, где возможности эффективного использования пессария типа ASQ ограничены. При акушерских ситуациях, где риски прерывания определяются большим внутриматочным объемом и высоким внутриматочным давлением, силовым воздействием на нижний сегмент и шейку матки, более целесообразным можно считать использование акушерского разгружающего пессария, учитывая его механизм действия. Это такие состояния, как многоводие, крупный плод, многоплодие и др. Многократные эпизоды угрозы прерывания во время этой беременности повышенным тонусом матки и пролабирующим плодным пузырем. Критически короткая шейка матки менее 1,5 см, когда установка и фиксация такого типа пессария выглядит сомнительной.

С другой стороны, при угрозе ПР при неушитых разрывах шейки матки, травматической ИЦН, угрозе прерывания беременности у многорожавших женщин и женщин с патологией шейки требуется использование пессария типа ASQ.



Рис. 6. Пессарий акушерский тип ASQ (перфорированный)

Показания, противопоказания, показания к удалению обоих типов пессариев являются в принципе одинаковыми. Основным методом контроля за правильностью установки и положения такого типа пессария является ультразвукографическая визуализация шейки матки у женщины, использующей пессарий.

■ ВЫВОДЫ

1. Ранняя диагностика синдрома короткой шейки является информативным предиктором угрозы поздних абортов и преждевременных родов.
2. Применение вагинального микронизированного прогестерона и его сочетание с акушерским пессарием – эффективный метод профилактики и лечения преждевременных родов при короткой шейке матки.

Критериями эффективности метода могут служить:

1. Рост числа беременностей, завершившихся родами после 32 и 37 недель за счет пролонгирования сроков 22–27 недель (анализировалось 20 000 родов, из них 5% – 1000 преждевременных родов, 460 укороченных шеек выявлено при первом скрининге в 12 недель; без профилактики проанализированы исходы беременности у 194 женщин – у 72 произошли ПР – 37,1%; с профилактикой проанализированы исходы беременности у 185 женщин – у 35 произошли ПР – 18,9%; в 37 случаях ПР предотвратимы – 20%).
2. Снижение числа клинических ИЦН и количества наложенных в связи с этим пессариев.
3. Хороший «протектор» при удаленном пессарии: из 12 удаленных пессариев беременность прервалась до 32 недель в 2 случаях (обычно 50–60% через несколько дней).
4. Снижение осложнений, связанных с ФПН и внутриутробной гипоксией.

■ ЛИТЕРАТУРА

1. Барсуков, А.Н. Итоги работы акушерско-гинекологической службы Республики Беларусь за 2011 год // Охрана материнства и детства. – 2012. – № 2 (14). – С. 12–14.
2. Врачи обсудили пути снижения репродуктивных потерь на ранних и поздних сроках беременности // Медицинский вестник. Школа клинициста. – № 30. – 2012. – 4 с.
3. Кокрановское руководство: Беременность и роды / Д.Ю. Хофмейр, Д.П. Нейлсон, З. Алфирович и др. / под общей редакцией Г.Т. Сухих. – М.: Логосфера, 2010. – 440 с.
4. Компенсаторные механизмы развития плода в условиях плацентарной недостаточности. Под редакцией В.И. Краснопольского. – М.: Медкнига, 2008. – 298 с.
5. Клинические протоколы наблюдения беременных, рожениц, родильниц, диагностики и лечения в акушерстве и гинекологии. Приложение к приказу Министерства здравоохранения Республики Беларусь 09.10.2012. – Мн., 2012. – 229 с.
6. Мурашко, Л.Е., Клименченко, Н.И. Опыт применения микронизированного прогестерона в первой половине беременности // Эффективная фармакотерапия в акушерстве и гинекологии. – № 8. – 2010.

7. Преждевременные роды. Методическое письмо. / З.С. Ходжаева, Е.М. Шифман, О.С. Филиппов и др. – Под редакцией Г.Т. Сухих. – М.: Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации, 2011. – 30 с.
8. Предикторы успешного течения беременности у женщин с нарушением репродуктивной функции // 3 турботою про жинку. – № 7 (37). – Октябрь, 2012. – Рис. 11.
9. Радзинский, В.Е. Акушерская агрессия. – М.: Status praesens, 2011. – 687 с.
10. Сидельникова, В.М. Подготовка и ведение беременности у женщин с привычным невынашиванием. Методические пособия и клинические протоколы. – 2010, Мед. Прессинформ. – 224 с.
11. Caritis, S., Rouse, D. A randomized controlled trial of 17-hydroxyprogesterone caproate (17-OHPC) for the prevention of preterm birth in twins // *Am. J. Obstet. Gynecol.* – 2006; 195: S2.
12. Dodd, J.M., Flenady, V., Cincotta, R., Crowther, C.A. Prenatal administration of progesterone for preventing PTB. – *Cochrane Database Syst. Rev.* 2006, Issue 1. Art. No.: CD004947. DOI: 10.1002/14651858.CD004947.pub2.
13. Dodd, J.M. Advantages of vaginal progesterone // *Obstet. Gynecol.* – 2008. – № 112. – P. 127–134.
14. Fonseca, E.B., Bittar, R.E., Carvalho, M.H., Zugaib, M. Prophylactic administration of progesterone by vaginal suppository to reduce the incidence of spontaneous preterm birth in women at increased risk: a randomized placebo-controlled double-blind study. // *Am. J. Obstet. Gynecol.* – 2003 Feb.; 188(2); 419–424.
15. Hassan, S., Romero, R. etc. Vaginal progesterone reduces the rate of preterm birth in women with a sonographic short cervix: a multicenter, randomized, double-blind, placebo-controlled trial // *Ultrasound in Obstetrics & Gynecology.* – 2011, Jul.; 38(1): 18–31.
16. Meis, P.J., Klebanoff M., Thom, E. et al. Prevention of recurrent preterm delivery by 17-alpha-hydroxyprogesterone caproate // *N. Eng. J. Med.* 2003; 348; 2379–2385.
17. Peltier, M.R. Immunology of term and preterm labor // *J. Pren. Med.* – 2009. – № 37. – P. 328.
18. Meis, P.J. Society for Maternal – Fetal Medicine. 17 hydroxyprogesterone for the prevention of preterm delivery // *Obstet. Gynecol.* – 2005; 105; 1128–1135.
19. Romero, R., Nicolaides, K., Conde-Agudelo, A. et al. Вагинальное применение прогестерона у женщин с бессимптомным укорочением шейки матки, по данным ультразвукового исследования, во втором триместре беременности приводит к снижению частоты преждевременных родов и неонатальную заболеваемость: систематический обзор и метаанализ данных по отдельным пациенткам // *Amer. Journal of Obst. and Gyn.* – 2012.
20. Ramos S.L., Kaunitz, A.M., Delke, I. Progestational agents to prevent preterm birth: a meta-analysis of randomized controlled trials // *Obstet. Gynecol.* – 2005; 10; 273–279.
21. Su, L.L., Samuel, M., Chong, Y.S. Progestational agents for treating threatened or established preterm labour. – *Cochrane Database of Systematic Reviews.* – 2010, Issue 1. Art. No.: CD006770. DOI: 0.1002/14651858.CD006770.pub2.
22. Xu, H., et al. Preventing cervical ripening the primary mechanism by which progestational agents prevent preterm birth? // *Am. J. Obstet. Gynecol.* – 2008. – № 198. – P. 314.
23. Universal cervical-length screening and vaginal progesterone prevents early preterm births, reduces neonatal morbidity and is cost saving: doing nothing is no longer an option. www.AJOG.org.

Поступила в редакцию 23.08.2013
Контакты: zankos@tut.by