

А.Ю.Журавлев,
В.Г.Дородейко,
Ю.В.Журавлев

Витебский государственный
медицинский университет,
г. Витебск

ПРИМЕНЕНИЕ РАЗГРУЖАЮЩЕГО АКУШЕРСКОГО
ПЕССАРИЯ В ЛЕЧЕНИИ И ПРОФИЛАКТИКЕ
НЕВЫНАШИВАНИЯ ПРИ ИСТМИКО-ЦЕРВИКАЛЬНОЙ
НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Изучено течение беременности и родов у пациенток с истмико-цервикальной недостаточностью (ИЦН) при ее коррекции с помощью акушерского разгружающего пессария оригинальной конструкции. В исследуемой группе (169 пациенток) средняя длительность ношения пессария составила 10,94 недели (1,5 - 24 недели). Пациентки в зависимости от срока гестации к началу лечения были разделены на 4 группы (до 22, 23-27, 28-32, более 32 недель). Проспективное наблюдение осуществлялось по специально разработанным схемам. Частота преждевременных родов составила 11,8 % (1 группа – 16,2 %, 2 – 8,0%, 3 – 12,3 %, 4 – 11,8%). В 82,2% случаев пессарий удалялся в плановом порядке по достижению 37 недель гестации. В 11,8% случаев причиной досрочного извлечения пессария послужило преждевременное излитие околоплодных вод, в 3,0% - прочие причины (гестоз, подозрение на отслойку плаценты, предлежание плаценты). В исследуемой группе не было новорожденных с очень низкой массой тела. Перинатальная смертность составила 5,9‰ (умер 1 доношенный новорожденный от аспирационной пневмонии). Перинатальная смертность в исследуемой группе была в 2,5 раза ниже,

чем по родильному дому в целом. У пациенток, применявших пессарий, не выявлено отрицательного влияния на течение родов, послеродового периода и состояние здоровья новорожденных. Отмечено значительное снижение частоты оперативного родоразрешения (исследуемая группа - 5,9%, контрольная группа - 17,6%) и аномалии родовых сил (6,5% и 11,2% соответственно). Не было случаев удаления пессария по желанию пациентки или из-за развития осложнений воспалительного характера.

Невынашивание беременности является актуальной проблемой современного акушерства. Важность этой проблемы объясняется тем, что недоношенность служит основной причиной смертности новорожденных, так как два из трех случаев смерти ребенка в перинатальном периоде связаны с его функциональной незрелостью. Несмотря на постоянное улучшение качества акушерско-гинекологической помощи, частота невынашивания беременности остается стабильной, составляя по данным различных авторов от 5% до 25%, и не имеет тенденции к снижению (9, 10). Сложность решения проблемы невынашивания объясняется увеличением числа женщин, относящихся к группе

высокого риска, полиэтиологичным характером патологии и все возрастающим негативным влиянием экологических и социально-экономических факторов на течение и исход беременности. В настоящее время, по данным Т.Ю. Пестрикова, к группе высокого риска относятся от 30% до 80% беременных. Именно в этой группе перинатальная заболеваемость и смертность достигает 75%-80% (8).

Например, в Беларуси за 1998, год по данным С.Э. Сорокина, интранатальная смертность (рассчитанная к общему количеству плодов, живых перед началом родовой деятельности) в группе недоношенных плодов составила 24,6‰, у плодов с массой тела 500-999г- 259,4‰, превышая этот показатель у доношенных плодов (0,7‰) соответственно в 35,1 и 370,6 раза. Срок гестации оказывает решающее влияние на уровень ранней неонатальной смертности. В сроке беременности 22-27 недель (при массе плода 500-999г) она составила 497,2‰, при массе тела 1000-1499г - 168,2‰, в целом у недоношенных - 61,55‰, у доношенных- 0,5‰.

В сложившейся демографической обстановке чрезвычайно важным является поиск и внедрение в практику эффективных этиологически обоснованных мер профилактики и лечения невынашивания

беременности. Среди множества факторов, приводящих к досрочному прерыванию беременности, заметное место занимает истмико-цервикальная недостаточность (ИЦН). Удельный вес данной патологии у пациенток с невынашиванием во втором и третьем триместрах составляет от 30% до 40%. Исход беременности для ребенка в этом сроке крайне неблагоприятен из-за выраженной функциональной незрелости.

Широкое внедрение методов ранней диагностики, профилактики и лечения ИЦН во время и вне беременности позволит существенно снизить уровень перинатальных потерь за счет снижения количества глубоко недоношенных детей (3, 6).

Впервые ИЦН как осложнение беременности, приводящее к спонтанному аборт, описал Среам в 1865г. В настоящее время достаточно хорошо изучены причины и условия возникновения данной патологии, среди которых выделяют травматические, а также функциональные врожденные и приобретенные дефекты шейки матки. На основании причины развития ИЦН выделяют травматическую и функциональную цервикальную недостаточность.

Травматическая ИЦН возникает вследствие неполноценного заживления повреждений шейки матки в результате внутриматочных манипуляций или травм в родах. Функциональная ИЦН является результатом изменения пропорционального соотношения между мышечной и соединительной тканью и как следствие этого патологических реакций шейки матки на нейрорегуляторные раздражители.

Механизм прерывания беременности при ИЦН не зависит от типа недостаточности и состоит в том, что в связи с укорочением и размягчением шейки матки, зиянием внутреннего зева и цервикального канала плодное яйцо не имеет физиологической опоры в нижнем сегменте. При увеличении внутриматочного давления (рост массы плода и околоплодных вод) на область функционально недостаточного нижнего сегмента матки и внутреннего зева происходит выпячивание плодных оболочек в канал шейки, они инфицируются и вскрываются (2, 3, 4, 8, 9).

С тех пор, как в 1954г. S. Shirodkar впервые разработал и применил на практике хирургический метод лечения истмико-цервикальной недостаточности во время беременности, появилось большое число модификации хирургического способа коррекции цервикальной недостаточности. Данному вопросу посвящена обширная отечественная и зарубежная литература. Вместе с тем такие осложнения хирургического метода лечения, как несостоятельность шва, разрыв шейки матки, травма плодного пузыря, затруднения при родоразрешении, стимуляция родовой активности вследствие неизбежного выброса простагландинов при манипуляции, сепсис, эндотоксический шок определяют неоднозначное отношение акушеров-гинекологов к целесообразности хирургической коррекции ИЦН при беременности. По сообщениям акушеров-консультантов в Британии частота выполнения шеечного серкляжа в их собственной

практике колеблется от 0/1000 до 80/1000 родов (Grant et al. 1982 г.) (16).

Следует отметить, что значительно меньше внимания в литературе уделяется лечению ИЦН с помощью различных акушерских пессариев, несмотря на высокую эффективность и безопасность этого метода. Сравнительная оценка хирургического и атравматического серкляжа с помощью пессариев показывает высокую эффективность и определенные преимущества последних (13, 15, 17).

Yuratco K. at.al. (17), используя кольцевидный пессарий из органического стекла в группе женщин с высоким риском преждевременных родов для профилактики и лечения ИЦН, смогли снизить процент новорожденных с массой менее 1500 грамм до 1,2%, более 90% женщин данной группы доносили беременность.

Авторы отмечают, что этот метод не только существенно снизил детскую смертность, но и значительно сократил время пребывания женщин в больнице и длительность потери трудоспособности.

Широкое использование пессариев позволило практически отказаться от хирургической коррекции ИЦН, если же она проводилась, то пессарий накладывался для профилактики несостоятельности швов.

Существенное уменьшение числа преждевременных родов (до 3% и менее) отмечено в различных клиниках Берлина после широкого внедрения в практику поддерживающих пессариев (14).

Анализ литературных данных и результатов собственного проспективно-рандомизированного исследо-

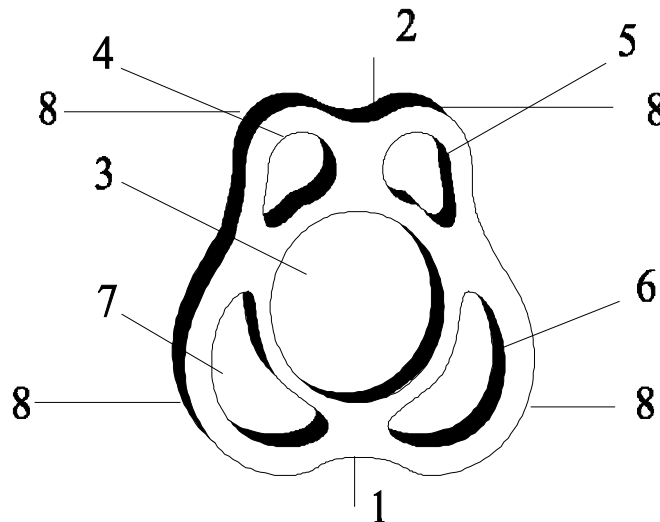
вания позволил Forster F. at.al. (14) сделать вывод о равнозначности двух методов лечения ИЦН – хирургического и с помощью пессариев. Вместе с тем, существенным преимуществом последнего авторы считают простоту и доступность метода, возможность избежать оперативного вмешательства и связанных с ним осложнений, стационарного содержания беременных.

При клинических исследованиях акушерского разгружающего пессария (разработчик и изготовитель фирма "Симург". Патент № 2661, зарегистрированный в Государственном реестре

изобретений 25.09.98г.) в Белоруссии, России и Германии также получены результаты, указывающие на высокую эффективность данного метода профилактики и лечения досрочного прерывания беременности у женщин с ИЦН (3, 4).

Представленный пессарий однократного пользования (рис. 1) изготовлен из сверхчистого, биологически инертного полиэтилена высокого давления, имеет большое основание (1), которое обращено в сторону прямой кишки, малое основание (2), прилегающее к донному сочленению. Их вогнутая поверхность препятствует сдавлению

прямой кишки и мочевого пузыря. Центральное отверстие (3), предназначенное для шейки матки, расположено эксцентрично, ближе к большому основанию, центр его находится строго на переднезадней оси. По периферии от центрального отверстия расположены дополнительные отверстия (4, 5, 6, 7) для оттока влагалищного секрета. Все углы пессария закруглены полукольцами (8). Боковые края закруглены. Между отверстиями имеются перемычки, обеспечивающие жесткость конструкции.



1.1. Рис. 1. Общий вид акушерского пессария

Поверхность пессария гладкая, легко подвергается дезинфекции и стерилизации.

Выпускаются пессарии 3-х размеров. Стерилизация пессариев осуществляется согласно

действующему отраслевому стандарту для пластмассовых изделий (химическая, гамма).

Таблица 1

2.1. Химический метод стерилизации (ОСТ 42-21-2-85)

Стелизирующий агент	Режим стерилизации			
	температура, °С		время выдержки (мин)	
	номинальное значение	предельное отклонение	номинальное значение	предельное отклонение
Перекись водорода (6 % раствор)	не менее 18	-	360	± 5
- // -	50	± 2	180	± 5
Дезаксон- I 1% раствор по надуксусной кислоте	не менее 18	-	45	+5

Примечание: Рекомендуется для изделий из полимерных материалов, резины, стекла, коррозионно-стойких металлов.

3.1. Условия проведения стерилизации

Проводится при полном погружении изделия в раствор, после чего изделие должно быть промыто стерильной водой. Срок хранения простерилизованного изделия в стерильной емкости, выложенной стерильной простыней, - 3 суток. Для

стерилизации применяется следующее оборудование: закрытые емкости из стекла, пластмассы или покрытые эмалью (эмаль не повреждена).

Выбор конкретного типа (размера) зависит от индивидуальных анатомических особенностей органов половой сферы пациентки (табл. 2).

4.1. Выбор типа (размера) пессария и его введение

Пессарии выпускаются трех типов, отличающихся геометрическими размерами.

Таблица 2

5.1. Рекомендации по выбору типа (размера) пессария

Размер верхней трети влагалища (мм)	Диаметр шейки матки (мм)	Наличие родов в анамнезе	Тип пессария
55-55	25-30	менее 2	1
66-75	25-30	менее 2	2
76-85	30-37	2 и более	3

Введение пессария можно разделить на два этапа.

1 этап. После осмотра женщины при опорожненном мочевом пузыре расположите пессарий у входа во влагалище вертикально, так, чтобы широкое основание совпадало с максимальным размером входа во влагалище. Введите нижнее полукольцо широкого основания во влагалище. Затем, надавливая на заднюю стенку влагалища, введите верхнее полукольцо широкого основания. После этого полностью введите пессарий во влагалище.

2 этап. В широкой части малого таза разверните пессарий в косопоперечной плоскости по отношению к продольной оси тела пациентки. Широкое основание необходимо сместить как можно глубже в задний свод влагалища, при этом малое основание должно располагаться под лонным сочленением, а шейка матки -

в центральном отверстии пессария.

Выемки в малом и большом основаниях предупреждают чрезмерное сдавление уретры и прямой кишки. Благодаря форме пессария и особенностям трофики тканей влагалища во время беременности при верно выбранном размере пессария вероятность развития пролежней сводится к минимуму.

Методика установки проста, не требует анестезии, легко переносится пациентками. В качестве скользящего средства следует использовать глицерин. Возможно введение пессариев как в стационарных, так и в амбулаторных условиях. При повышенной возбудимости матки следует за 30-40 минут до введения рекомендовать прием спазмолитиков в общепринятых дозировках.

6.1. Принципы и механизм действия

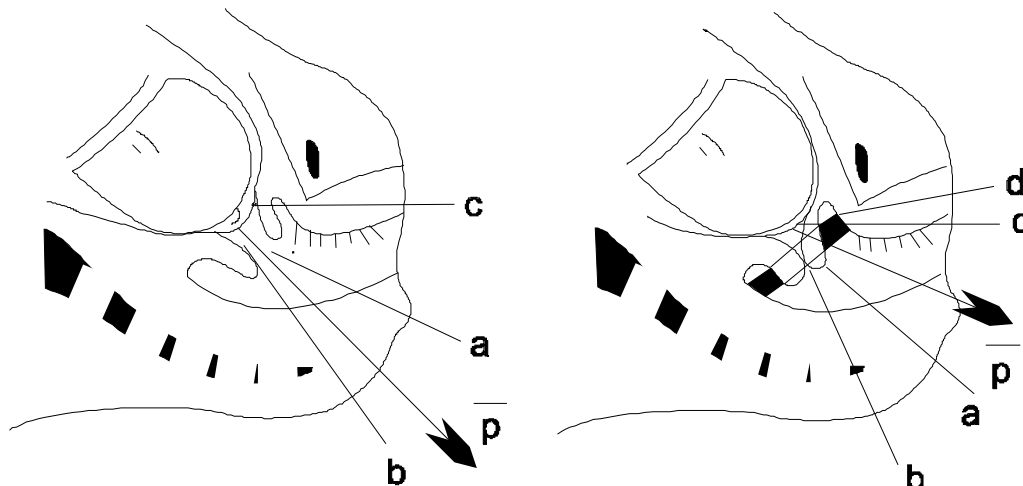
Защитное действие пессария может быть представлено следующим образом:

1. Замыкание шейки матки стенками центрального отверстия пессария.
2. Формирование укороченной и частично открытой шейки.
3. Уменьшение нагрузки на несостоятельную шейку вследствие перераспределения давления яйца на тазовое дно.
4. Физиологическая сакрализация шейки матки благодаря фиксации в смещенном кзади центральном отверстии пессария.
5. Частичная передача внутриматочного давления на переднюю стенку матки вследствие вентрально-

- косо́го положения пессария и сакрализации шейки.
6. Сохранение слизистой пробки, снижение половой активности позволяет уменьшить вероятность инфицирования.

7. Защита нижнего полюса плодного яйца благодаря совокупности действующих компонентов
8. Улучшение психоэмоционального состояния пациентки.

Суммарное воздействие пессария приводит к замыканию шейки матки, перераспределению давления плодного яйца, сакрализации шейки, лучшему формированию укороченной и частично открытой шейки матки.



7.1. 1

2

8.1. Рис. 2. Механизм действия пессария

1. Истмико-цервикальная недостаточность: зияет наружный (а) и внутренний (b) зев, шейка центрирована, давление плодного яйца (p) направлено соответственно оси шейки матки, плодный пузырь (c) проляблирует.
2. Установлен пессарий (d); наружный и внутренний зев (а, b) замкнуты центральным отверстием пессария, плодный пузырь (c) за внутренним зевом, давление плодного яйца (p) перераспределено.

В плановом порядке акушерский разгружающий пессарий извлекают при достижении 37-38 недель беременности как в условиях стационара, так и амбулаторно. Техника извлечения обратна введению. Извлекается пессарий легко и безболезненно. При повышенной возбудимости матки следует предварительно рекомендовать прием спазмолитиков в общепринятых дозировках. После извлечения пессария целесообразна санация половых путей в зависимости от характера микрофлоры влагалища.

Ряд клинических ситуаций, которые требуют досрочного удаления пессария:

1. Необходимость экстренного родоразрешения.
 2. Несвоевременное излитие околоплодных вод (назначить антибиотики).
 3. Развитие родовой деятельности (в родах пессарий извлекается без затруднений).
 4. Явление хориоамнионита.
- Возможно, но не рекомендуется удаление пессария самой женщиной.

органического генеза в том числе для профилактики несостоятельности шва при хирургической коррекции ИЦН.

2. Беременные потенциально угрожаемые по невынашиванию.

2.1. Женщины, имеющие в анамнезе выкидыши в поздних сроках, преждевременные роды, страдающие привычным невынашиванием.

2.2. Наступление беременности после продолжительного срока бесплодия, возрастные и юные беременные,

9.1. Показания и противопоказания к применению пессария

1. Истмико-цервикальная недостаточность функционального и

- женщины с нарушениями функции яичников, генитальный инфантилизм.
- 2.3. Женщины с угрозой невынашивания настоящей беременности, в сочетании с прогрессирующими изменениями шейки матки.
- 2.4. Женщины с угрозой прерывания настоящей беременности, проживающие в сельской местности или занимающиеся физическим трудом.
- 2.5. Пациентки с рубцовой деформацией шейки матки.
- 2.6. Женщины с многоплодной беременностью.
- 2.7. Женщины с угрозой прерывания настоящей беременности и
- измененными психоадаптационным и реакциями в отношении завершения беременности.
- В определенных группах беременных высокая вероятность развития ИЦН. Например, при генитальном инфантилизме практически у всех беременных во втором триместре развивается цервикальная недостаточность, приводящая к выкидышу в 40% случаев. У этих пациенток нехирургический секлаж целесообразно проводить с 14-16 недель беременности (группа 2).
- При использовании пессария можно определить следующие противопоказания:
- Данный метод не следует использовать при наличии заболеваний, при которых противопоказано пролонгирование беременности.
 - При рецидивирующих кровянистых выделениях из половых путей во 2-3 триместрах.
- При обнаружении воспалительных заболеваний влагалища, шейки матки, наружных половых органов требуется предварительная санация с последующим бактериологическим контролем.
 - Как основной метод лечения цервикальной недостаточности акушерский разгружающий пессарий не следует использовать при выраженных степенях ИЦН (пролабировании плодного пузыря).
 - Акушерский разгружающий пессарий не предназначен для коррекции опущения и выпадения половых органов.

10.1. Диагностика

Для своевременной диагностики ИЦН следует использовать системы балльных оценок состояния шейки матки (табл. 3, 4) и данные ультразвукового исследования.

Таблица 3

11.1. Балльная оценка степени ИЦН по шкале Штембера

Клинический признак	Оценка в баллах		
	0	1	2
Длина влагалищной части шейки	норма	укорочена	менее 1,5
Состояние цервикального канала	закрыт	частично проходима	пропускает палец
Расположение шейки матки	сакрально	центральное	направлена кпереди
Консистенция шейки матки	плотная	размягчена	мягкая
Расположение прилежащей части плода	над входом в таз	прижата к входу в таз	сегментом во входе в таз

Число баллов от 5 и более указывает на структурные изменения шейки матки и требует коррекции.

Таблица 4

12.1. Балльная оценка степени ИЦН

Длина шейки матки		Цервикальный канал		Консистенция		Истмус по УЗИ	
1,5 см	1 см и ниже	наружный зев закрыт	наружный зев пропускает 1 палец	плотная	мягкая	менее 0,9 см	0,9 см и выше
1	2	1	2	1	2	1	2

При сумме баллов 5 и более показана коррекция (5).

13.1. Ультрасонографические критерии изменений шейки матки при осложненной ИЦН беременности (трансвагинальная методика)

1. Длина шейки матки, равная 3 см, является критической у перво- и повторно беременных при сроке беременности менее 20 недель и требует интенсивного наблюдения за женщиной с отнесением ее в группу риска. Длина шейки матки 2 см и менее является абсолютным критерием ИЦН и требует интенсивного лечения. У многорожавших женщин на ИЦН указывает укорочение шейки матки в 17-20 недель до 2,9 см.
2. Ширина цервикального канала 1 см и более при сроках беременности до 21 недели свидетельствует о цервикальной недостаточности.
3. Отношение длины к диаметру шейки матки на уровне внутреннего зева менее 1,16 является критерием ИЦН (7).
4. Пролабирование плодного пузыря с деформацией внутреннего зева характерно для ИЦН. Наиболее неблагоприятной считается V-образная деформация внутреннего зева (11).
5. Расширение цервикального канала на 0,2 см и более в

сочетании с 4 и более маточными сокращениями в час является диагностическим критерием цервикальной недостаточности. Имеются сообщения, что в группах женщин высокого риска по невынашиванию маточные сокращения длительностью 88-90 секунд с высокой степенью достоверности сочетались с расширением внутреннего зева на 1,1 см у первобеременных и 1,3 см у повторобеременных.

6. Изменения эхоструктуры шейки матки (мелкие жидкостные включения и яркие штриховые эхосигналы) свидетельствуют о гемодинамических изменениях в сосудах шейки матки и могут являться начальными признаками недостаточности шейки матки (1).
7. При оценке информативности длины шейки матки необходимо учитывать способ ее измерения. Результаты трансабдоминального УЗИ исследования достоверно отличаются от результатов трансвагинального и превышают их в среднем на 0,5 см (12).

У большинства женщин группы высокого риска невынашивания беременности акушерские пессарии могут быть применены с целью

профилактики цервикальной недостаточности. Как лечебное средство, пессарий может быть использован практически во всех случаях ИЦН, в том числе для профилактики несостоятельности шва при любом сроке беременности.

14.1. Санация на фоне пессария

В большинстве случаев специфических жалоб при использовании акушерского разгружающего пессария не возникает. Ряд беременных, использующих акушерский разгружающий пессарий, предъявляют жалобы на появление обильных белей. Частой причиной данного состояния является смещение пессария, что легко распознается и устраняется при осмотре.

Другой причиной служит патологические изменения микрофлоры влагалища с развитием кольпита. При этом возможна санация на фоне пессария. Целесообразно чередовать применение водорастворимых антисептиков (хлоргексидин, мирамистин и т.п.) с поликомпонентными лекарственными средствами (полижинакс, гинальгин и т.п.). Длительность лечения составляет до 14 суток. Отсутствие эффекта санации на фоне пессария требует временного удаления последнего (см. выше). Схемы лечения в этих случаях не отличаются от общепринятых.

Обследование и наблюдение за беременными, использующими акушерский разгружающий пессарий

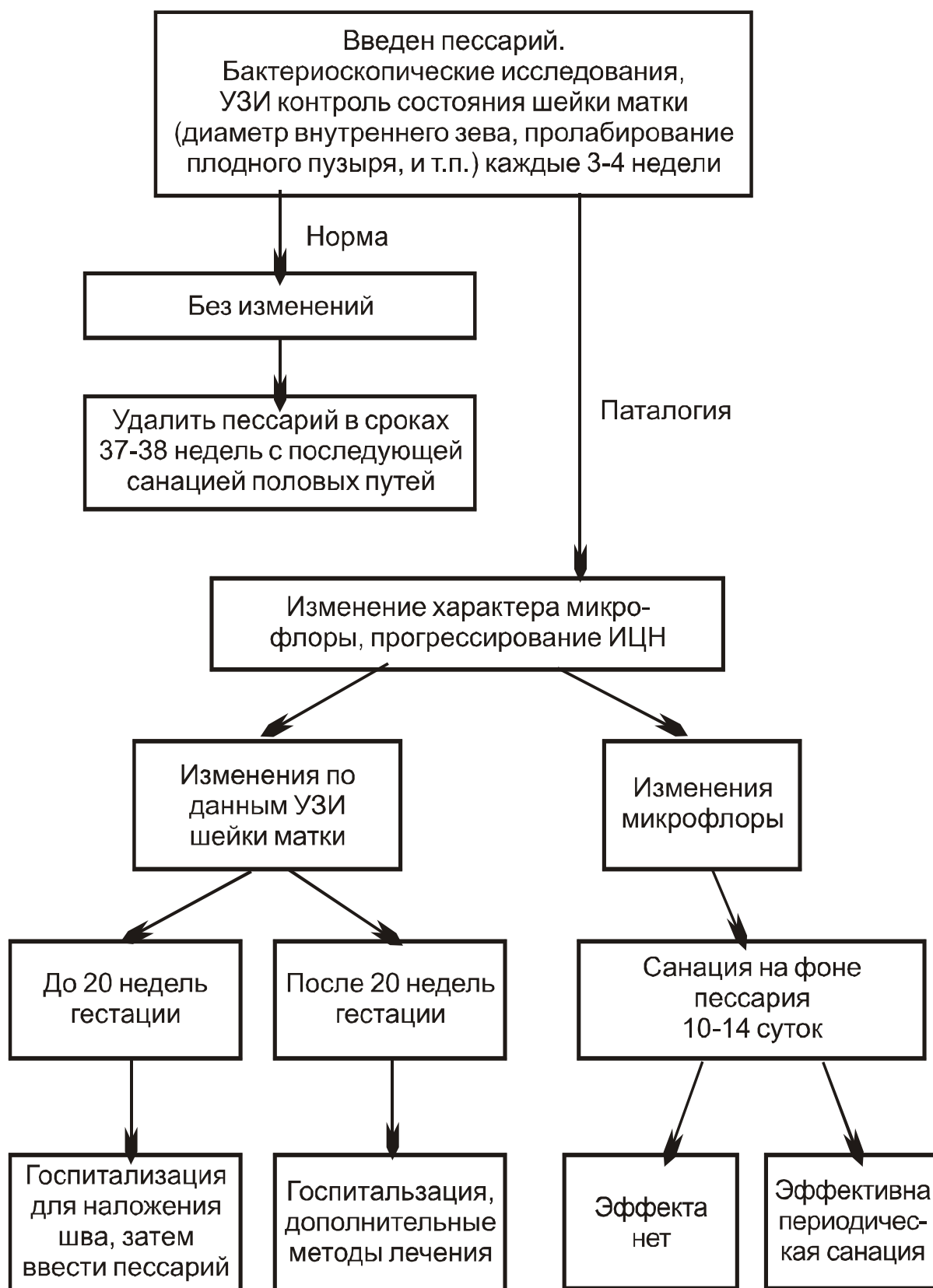
При наблюдении за пациентками целесообразно придерживаться приведенных ниже схем (схемы 1, 2).

Обязательным является бактериоскопическое

исследование влагалищных мазков каждые 14-21 день. Контроль за состоянием шейки матки следует проводить, ориентируясь на данные ультрасонографии в динамике (каждые 3-5 недели). Лечение ИЦН с помощью пессария может быть сочетано с любой медикаментозной терапией,

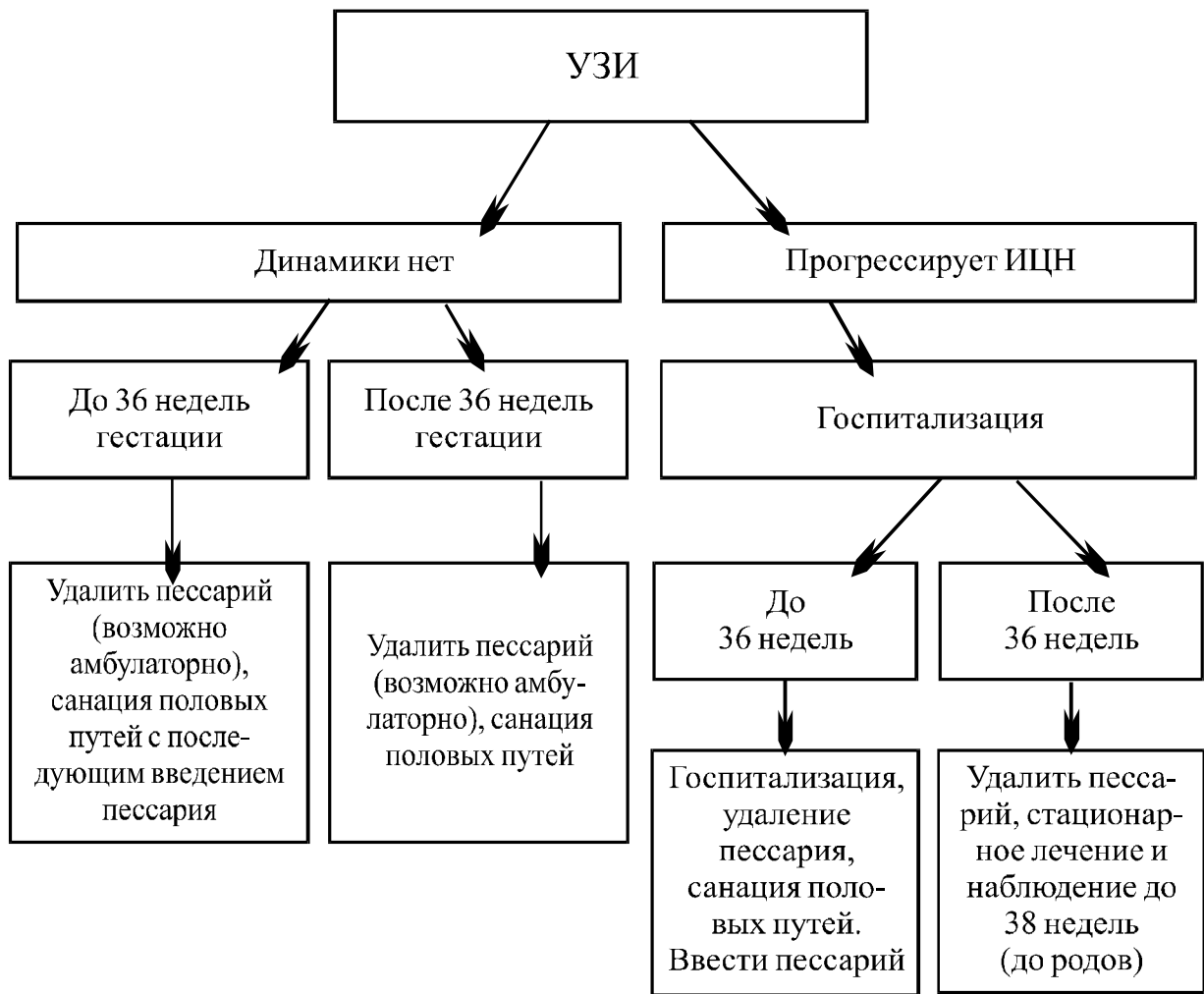
направленной на сохранение беременности, а также при тяжелых степенях ИЦН, с хирургическим методом ее коррекции. Извлекают пессарий в плановом порядке в сроке 38 недель гестации.

Схема 1



В случае отсутствия эффекта от санации на фоне пессария рекомендуется поступать с учетом степени риска прерывания беременности (схема 2).

Схема 2



15.1. Преимущества и недостатки профилактики досрочного прерывания беременности у женщин с ИЦН при помощи акушерского разгружающего пессария

К неоспоримым преимуществам метода относятся:

- Простота и безопасность метода позволяют применять нехирургический серкляж как в условиях стационара, так и амбулаторно (в том числе для профилактики несостоятельности шва).
- Достаточно высокая эффективность при использовании в сроках беременности до 32 недель (3, 4, 14, 17).

- Безопасность для состояния здоровья матери и ребенка. За 10 лет использования пессария нами не было отмечено ни одного случая развития выраженных трофических изменений влагалища и шейки матки и негативного влияния на плод и новорожденного (3, 4).
 - Эффективность и доступность метода позволяют широко применять нехирургический серкляж в группах женщин угрожаемых по развитию ИЦН как средство профилактики невынашивания беременности.
- К недостаткам метода следует отнести недостаточную эффективность при выраженной ИЦН

(пролабировании плодного пузыря).

16.1. Клинические результаты

Для лечения и профилактики ИЦН с 1989 года применяется акушерский разгружающий пессарий фирмы "Симург" собственной конструкции (3). Накопленный за десять лет клинический опыт использования пессария позволяет рассматривать нехирургический серкляж шейки матки как метод выбора при лечении и профилактике ИЦН. В последние годы соотношение хирургической коррекции ИЦН и нехирургического серкляжа с помощью пессария, по данным городского клинического

родильного дома № 1 г. Витебска, составляет 1 к 30, кроме того, практически во всех случаях хирургического лечения ИЦН мы дополнительно, для профилактики прорезывания шва, используем и акушерский пессарий.

С целью определения эффективности лечения невынашивания беременности при ИЦН с помощью пессария нами проанализировано течение беременности, родов и послеродового периода у всех 169 женщин, использовавших данный метод и родоразрешенных в родильном доме № 1 г. Витебска в 1996 году (это количество составляет 11,3 % от числа всех родивших). Первородных было 72 женщины, настоящая беременность была повторной у 97 пациенток, которые имели в прошлом 197 беременностей, из них самопроизвольным прерыванием в различные сроки завершилось 67 беременностей (17 - преждевременными родами, 39 - ранними и 11 - поздними выкидышами). В 86 случаях беременность прерывалась по желанию женщины: у 54,6 % произведена вакуум-аспирация, у 38,4 % - медицинский аборт и у 7 % - амниоцентез.

В 61 родах (44 срочных и 17 преждевременных), имевшихся в анамнезе, зарегистрировано 10 случаев перинатальной смертности, которая составляла 163,9 %.

Интервал между предшествующей и наступлением настоящей беременности почти у одной трети женщин (31,4 %) был менее одного года. Возраст беременных с ИЦН колебался от 16 до 42 лет, моложе 17 лет было 5 женщин (43 %), первобеременные старше 27 лет составляли 11,2 % (19), повторобеременных старше 35 лет было 6 (3,55 %). Женщины с ИЦН имели высокий уровень экстрагенитальной и гинекологической заболеваемости, в 96 случаях (56,8 %) имелось сочетание обеих патологий, здоровыми были только 8 (4,7 %) женщин. Обращает на себя внимание значительная частота аномалий массы тела у беременных женщин с ИЦН. Так, дефицит массы тела от 10 до 32 % при взятии на учет по беременности в женской консультации имело 42 % пациенток, ожирение отмечено у 13,6 % женщин. Беременность у всех женщин с ИЦН протекала с угрозой прерывания в различные сроки, по этой причине каждая пациентка провела в стационаре в среднем около трех недель. Простудные заболевания во время беременности зарегистрированы у 36,7 % женщин, явления гестоза разной степени тяжести отмечены в 21,4 % случаев, анемия беременных имела место у каждой шестой пациентки, частота

пиелонефрита беременных составляла 5,9 %.

Акушерский пессарий 3 типоразмеров подбирали и устанавливали по методике описанной нами ранее, как в стационарных условиях (79,9 %) 135 женщин, так и амбулаторных 20,1 % (34). При необходимости перед введением пессария осуществлялась санация влагалища с проведением соответствующего лабораторного контроля. В процессе коррекции ИЦН санация проводилась 34 беременным (20,1%), во всех случаях без извлечения пессария по общепринятой методике. Для нехирургического серкляжа значительно чаще, причем в равном соотношении использовались пессарии первого и второго размеров, которые были установлены 90 % беременных.

Все женщины в зависимости от времени диагностики ИЦН и введения пессария были разделены на 4 группы. Первую составили беременные, которым пессарий был установлен в сроке до 22 недель, во второй группе срок беременности составлял от 23 до 27 недель, в третьей - от 28 до 32 недель, в четвертую группу были включены пациентки, которым коррекция ИЦН с помощью пессария начали осуществлять после 32 недель беременности. Исходы беременности и родов у женщин всех групп представлены в таблицах 5-8.

Таблица 5

17.1. Средняя длительность ношения пессария

Показатели	1 группа	2 группа	3 группа	4 группа	Всего
Количество женщин	37	50	65	17	169
Срок беременности при введении пессария в неделях	до 22 недель	23-27	28-32	более 33	

Средняя длительность ношения пессария в неделях	17,2	12,75	7,71	4,6	10,97
---	------	-------	------	-----	-------

Таблица 6

18.1. Время и причина извлечения пессария

Показатели	1 группа	2 группа	3 группа	4 группа	Всего
Плановое в 37 и более недель	31 – 83,8%	44 – 88%	54 – 83%	15 – 88,2%	144 – 85,2%
Преждевременное излитие вод, роды	5 – 13,6%	4-8%	9 – 13,8%	2 – 11,8%	20 – 11,8%
Прочие причины	1-2%	2-4%	2-3,2%	0	5-3,0%

Прочие причины: тяжелый гестоз беременных и предлежание плаценты по 2 случая, подозрение на отслойку плаценты - 1 случай.

Таблица 7

Исходы беременности и родов при коррекции ИЦН с помощью акушерского пессария

Показатели	1 группа	2 группа	3 группа	4 группа	Всего
Срочные роды	31-83,8%	46-92%	57-87,7%	15-88,2%	149-88,2%
Преждевременные роды	6-16,2%	4-8%	8-12,3%	2-11,8%	20-11,8%

В первой, второй и третьей группах имели место 6 случаев многоплодной беременности (2,3 и 1 двойня соответственно).

Таблица 8

19.1. Характеристика новорожденных

Показатели	1 группа	2 группа	3 группа	4 группа	Всего
Масса тела от 1000 г до 1599 г	0	0	1 -1,5%	0	1 -0,6%
Масса тела от 1500 г до 1999 г	1-2,55%	3 -5,9%	4 -5,9%	0	8 -4,6%
Масса тела от 2000 г до 2499 г	1-2,55%	0	6 -8,8%	1 -5,9%	8 -4,6%
Масса тела более 2500 г	37 -94,9%	48 -94,1%	57 -83,8%	16 -94,1%	158 -90,2%
Перинатальная смертность	0	0	0	1 - 5,9 ‰	1 - 5,9 ‰

Как видно из приведенных данных, эффективность использования нехирургического серкляжа с помощью акушерского пессария была достаточно высока во всех группах, частота преждевременных родов составляла в среднем 11,8 % и колебалась от 8 % во второй группе до 16,2 % в первой, при этом следует

учесть, что в первой группе не было новорожденных с очень низкой массой тела, а у 4 недоношенных детей из 6 вес при рождении превышал 2500г. Только в одном случае не удалось пролонгировать беременность до срока, превышающего 34 недели беременности, женщина была родоразрешена в 32 недели путем операции кесарева

сечения из-за тяжелого гестоза, масса новорожденного составляла 1300г. Также необходимо отметить, что из 8 недоношенных новорожденных, вес которых не превышал 2000г, 6 рождены при многоплодных беременностях. Случаев антенатальной гибели плодов у женщин всех 4-х

групп, а так же поздних выкидышей в первой группе не было. Умер один доношенный новорожденный массой 3920г от аспирационной пневмонии, перинатальная смертность в группе женщин, использовавших пессарий, была в 2,5 раза ниже, чем по родильному дому в целом. Максимальная длительность ношения пессария составляла 24 недели, минимальная 1,5 (пессарий, введенный в 34 недели беременности, был удален через 10 дней в связи с преждевременным излитием вод). Нами не отмечено случаев удаления пессария из-за жалоб пациенток или развития осложнений воспалительного характера. Практически все женщины отмечали исчезновение чувства тяжести внизу живота и других симптомов угрозы прерывания беременности через 1-2 суток после введения пессария. Субъективно пессарий женщинами не ощущался, его наличие оказывало благоприятное психологическое воздействие на женщин, вселяя уверенность в успешном исходе беременности. При необходимости на фоне нехирургического серкляжа проводили медикаментозную терапию угрозы прерывания беременности по общепринятым методикам.

Частота операций кесарева сечения в группе беременных, использовавших для лечения ИЦН пессарий, составляла 9,5 % (16), что значительно ниже, чем по родильному дому - 17,6 % (217), так же существенно отличалась частота развития аномалий родовых сил, которая составляла 6,5 % и 11,2 % соответственно. В 5,5 раза чаще у беременных с ИЦН использовалось программированное ведение родов, что составило 27,8 %

(47 плановых амниотомий). Разрывы шейки матки при применении акушерского пессария имели место у 42 женщин - 24,8 % (в 35 случаях имел место разрыв шейки матки I ст. и в 7 - II ст.), по родильному дому это осложнение отмечалось несколько реже (20 % родильниц). Другие осложнения родов регистрировались примерно с одинаковой частотой, как при использовании пессария, так и у женщин, его не применявших.

Приведенные данные свидетельствуют об отсутствии отрицательного влияния коррекции ИЦН с помощью пессария на течение родового акта.

Гнойно-воспалительные заболевания в послеродовом периоде имели место у 5 родильниц, применявших для сохранения беременности акушерский пессарий (2,9 %), что несколько ниже, чем по родильному дому в целом (4,1 %). При использовании пессария частота заболеваемости новорожденных, как доношенных - 246,7 %, так и недоношенных - 708,3 %, не отличалась от аналогичных показателей учреждения (262 % и 760 % соответственно).

Полученные результаты позволяют сделать вывод о высокой эффективности метода нехирургического серкляжа ИЦН с помощью акушерского пессария.

Безопасность, доступность и простота применения данного метода позволяют рекомендовать его для более широкого использования не только для лечения ИЦН, но и для профилактики досрочного прерывания беременности в группах женщин высокого риска по невынашиванию.

20.1. Список литературы

1. Воскресенский С.Л. // *Ультразвук. диагн. в акуш., гин. и педиат.* 1993. № 3. С. 118-119.
2. Ельцов-Стрелков В.И., Смирнова Т.В. // *Акуш., гин.* - 1979. № 2. С. 29-30.
3. Журавлев А.Ю., Журавлев Ю.В., В.Г. Дородейко, С.А Дроздов, Кичигина В.В. *Течение беременности и родов при коррекции ИЦН с помощью акушерского пессария // Репродуктивная функция женщин Беларуси в современных экологических условиях (Сборник научных работ VI съезда акушеров-гинекологов и неонатологов Беларуси), Минск, 1997, С. 146-150.*
4. Журавлев Ю.В., Дородейко В.Г., Дроздов С.А., Данченко И.О. // *Здравоохранение Белоруссии.* 1991. № 2. С. 47-49.
5. Ледина А.В., Абуд И.Ю. *Истмико-цервикальная недостаточность // Заболевания шейки матки (клинические лекции). М. Изво "Медиа Сфера". 1997. С. 81-85.*
6. Любимова А.И., Мамедалиева Н.Н. // *Акушерство и гинекология.* 1981. № 9. С. 40-43.
7. Маркин Л.Б., Корытко А.А. // *Ассоциация специалистов ультразвуковой диагностики в медицине. Съезд 1-й: Тезисы. М, 1991. С. 37.*
8. Пестрикова Т.Ю. *Ведение беременности и родов высокого риска. М., 1994. 287 с.*
9. Сидельникова В.М. *Невынашивание беременности. М., 1986. 175 с.*
10. Слепцова С. И., Сидельникова В. М., Логинова Н. Ф. и др. // *Акушерство и гинекология.* 1989, № 1. с. 56-60.
11. Стрижасков А.И., Бунин А.Т., Медведев М.В. *Ультразвуковая диагностика в акушерской клинике. М., 1991. С. 23-31.*
12. Andersen H.F., Nugent C.E., Wanty S.D., Hayashi R.H. //

- Amer.J.Obstet.Gynec.* 1990.
Vol. 163, N 3. P. 859-867.
13. Ansari A.H., Reynjlds R.A. // I.
Reprod.Med. 1987. 32. N 3.
P. 167-171.
14. Forster F., During R.,
Schwazzlos G. // *Zentrallblatt
für Gynðkologie.* 1986. 108. N
4. P. 230-237.
15. Renaud R. // *Rev.frame
Gynecol / Obstet.* 1983. 78. N 5.
P. 347-357.
16. Yu Victor Y.H., Wood E. Carl
Prematurity. New York, 1987.
368 p.
17. Yuratco K., Baran P.,
Labransky P. // *Zentralblatt für
Gynacologie.* 1977-99. № 4. S.
220-228.

