

СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Г.М. Атакозуева

Национальный Центр Охраны Материнства и Детства

Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. Проблема невынашивания беременности является одной из актуальных проблем современного акушерства, так как имеет не только медицинское, но и социальное значение. Медицинские проблемы ассоциируются с развитием нарушений в репродуктивной функции женщины, отрицательного влияния на рождаемость, обуславливая значительное повышение уровня перинатальной заболеваемости и смертности новорожденных в раннем неонатальном периоде.

Ключевые слова: Преждевременные роды, перинатальная смертность, истмико-цервикальная недостаточность, цервикальный церкляж, длина шейки матки, пессарий, цервикометрия.

БОЮНДАГЫ КӨТӨРҮМСҮЗДҮКТҮ ДАРЫЛООНУН МЕТОДУНУН АЗЫРКЫ УБАКТАГЫ КӨЗКАРАЛЫШТАР

Г.М. Атакозуева

Эне жана Баланы Коргоо Улуттук Борбору

Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду. Кош бойлуулукту көтөрө албоо бул азыркы кездеги акушерствонун эн маанилүү көйгөйү, себеби бул көйгөй медициналык гана эмес социалдык мааниге да ээ. Медициналык көйгөй аялдардын төрөө мезгилине терс таасирин тийгизип ымыркайлардын неонаталдык мезгилинде оорушуна жана өлүм коркунучуна алып келет.

Негизги сөздөр: ара торот, перинаталдык өлүм, истмико-цервикалдык жетишсиздик, цервикалдык церкляж, жатындын моюнчасынын узундугу, пессарий, цервикалдык өлчөө.

THE MODERN VIEW OF TREATMENT OF MISCARRIAGE

G.M. Atakozueva

National Center for Maternal and Child Welfare

Bishkek, Kyrgyz Republic

Resume. Medical problems associated with development disorders of the reproductive function of women, the negative impact on fertility causing a significant increase in prenatal morbidity and neonatal mortality in the early neonatal period.

Key words: premature bith, perinatal mortality, threatened preterm delivery, cervical cerclage, cervix uteri length, pessary, cervicometry.

Социальные проблемы сопряжены с повышением частоты инвалидности с детства среди недоношенных детей. Частота данной патологии колеблется от 0,2 до 65 % (Кошелева Н.Г., 2002). Существует недостаточное количество данных по частоте преждевременных родов во всём мире, однако оценочные данные варьируют от 5% в некоторых развитых странах до 25% в некоторых развивающихся странах. Частота преждевременных родов последние 30 лет оставалась стабильной на уровне примерно 5%-10% в наиболее развитых странах. По данным Российских учёных и достигает 15% от всех желанных беременностей (Сидельниковва В.Т., 2005). Частота преждевременных родов, по данным исследований отечественных авторов (Малдыбаева Э.К., 2008) в когорте обследованных составила 14,5% случаев от общей популяции беременных, по срокам беременности: 34-36-недель 6,8%; , ранних родов - 2,8% (28-33 недель); очень ранних родов - 1,8%

случаев, (22-27 недель). Согласно данным РМИЦ Кыргызской Республики в 2013 году в структуре перинатальной смертности преждевременные роды занимают 75,9% (РМИЦ, 2013).

В 2003 году впервые в Центральной Азии Кыргызстан при поддержке СДСЧОСАИД, ЮНИСЕФ, ВОЗ, DFTD перешел на принятую в международной практике систему учета и статистики в части критериев живорождения, мертворождения и перинатального периода детей, родившихся с массой от 500,0 и выше. С этого периода все плоды, родившиеся с массой тела менее 1000,0 (ранее 27 нед. гестации) стали рассматриваться как жизнеспособные. С переходом на критерии живо - и мертворождения, рекомендованные ВОЗ (2004 г.), в республике отмечался прогнозируемый рост младенческой смертности (2004 г. - 25,6‰; в 2005 -32,44‰, в 2007г. – 29,84‰, Нацстатком), Основной причиной смерти детей являются перинатальные причины: состояния, связанные с незрелостью

плода (36,4%), асфиксия (24,1%), врожденные пороки развития (11,4%). В 2012 году показатель младенческой смертности составил 20‰. Как и во всем мире, так и в Кыргызской Республике, как показывает статистика, проблема — именно в новорожденных, родившихся при сроке 22–28 недель, так как самый высокий уровень перинатальной смертности регистрируется именно в этой категории новорожденных. Насколько мы готовы оказывать им помощь? Сейчас смертность детей с массой тела при рождении 500—999 г достигает 26,1%; 1000–1499 г 23,9% (РМИЦ, 2013).

Несомненно, в Республике внедряются дорогостоящие технологии, направленные на выхаживание маловесных детей, достигнут определённый прогресс в этом направлении, но недостаточно усилий прикладывается для предупреждения невынашивания беременности, именно в эти критические сроки.

При этом, по экспертным оценкам, в стране была достигнута положительная динамика по снижению детской смертности, которая позволяет отнести Кыргызстан к группе немногих стран, которые находятся на пути к достижению ЦРТ 4, что доказывает необходимость продолжения и усиления проводимых мероприятий по снижению детской смертности в стране (Отчёт ФОМС КР, 2012; ПРООН, в КР, отчёт, 2013).

Для того чтобы четко определять группу риска, выделять женщин, которым требуется дополнительная помощь, необходимо учитывать ряд факторов. Основные предикторы преждевременных родов: показатель фетального фибронектина, укорочение шейки матки и преждевременные роды в анамнезе, лишь во вторую очередь следует ориентироваться на жалобы, данные анамнеза, биохимические и иммунологические маркеры. Сейчас в Кыргызстане нет разницы в оказании медицинской помощи при преждевременных родах в ЛПУ разных уровней.

Известно, что риск потери последующей беременности растёт пропорционально количеству предшествующих выкидышей.

Несмотря на многофакторность этиологии невынашивания, одной из ведущих причин является истмико-цервикальная недостаточность (Сидельникова В.М., 2003). Частота данной патологии в популяции колеблется в широком диапазоне от 1,5% - 8,7%, в Санкт-Петербурге. Сроки прерывания беременности

с ИЦН, по данным литературы, варьируют от 10 до 28 недель, чаще всего в 16-20 недель. Наши отечественные учёные в частности, Э.К. Малдыбаева Э.К. (2008) и М.О. Исхакова (2009) указывают, что одной из основных причин очень ранних родов является истмико-цервикальная недостаточность. Но в Республике не только не изучена частота ИЦН в структуре ПР, но и отсутствуют стандарты для выявления и лечения данной патологии.

Наблюдающийся в настоящее время рост эндокринной патологии, многоплодия, дисплазий соединительной ткани. По данным Липман А.Д. и соавт. (1996), частота развития ИЦН у женщин с соединительнотканскими дисплазиями достигает 17,3% и беременностей после ЭКО неизбежно приведет к увеличению частоты данной патологии. 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. Механизм прерывания беременности при ИЦН не зависит от типанедостаточности 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. Непосредственно перед выкидышем и преждевременными родами может возникнуть чувство легкого распираания во влагалище, вызываемое пролабировавшими через зев плодными оболочками. При этом достаточно незначительного повышения внутриматочного давления (кашель, чиханье, движения плода) как плодные оболочки разрываются; иногда стремительно и малоболезненно происходит рождение целого плодного яйца. Недостаточность шейки матки при описанной клинической картине встречается у 4-10 % пациенток (Сидельникова В.М. 2002) уже при первой беременности. Большинство из этих женщин имеют проявления эндокринопатий, инфантилизма, постпубертатного аденогенитального синдрома и т. д.

В странах постсоветского пространства диагноз истмико-цервикальной недостаточности базировался на клинических симптомах и вагинальном осмотре. Обычно диагноз ставится ретроспективно, основываясь на предшествующих потерях беременности во втором и третьем триместрах. Как правило, врач встречается с ИЦН постфактум, когда приводят женщину с начавшемся самопроизвольным выкидышем. Диагноз ИЦН основывается на анамнезе (травмы шейки матки, выкидыши, эндокринные нарушения), осмотре (деформации, патологическое укорочение, размягчение и раскрытие шейки матки) и инструментальных методах обследования (гистеросальпингография – вне беременности и УЗИ – во время беременности). Бессимптомные формы ИЦН не подлежали своевременному выявлению, не говоря о формировании женщин групп риска на развитие ИЦН. С широким внедрением эхографии расширились диагностические возможности динамического наблюдения за состоянием шейки матки. Однако и здесь много противоречий. В первую очередь, они касаются длины шейки матки, в частности, достаточное количество РКИ, доказывающих высокую информативность вагинальной цервикометрии в постановке диагноза ИЦН, у нас эти технологии до сих пор не используются.

Для лечения ИЦН у беременных могут быть использованы оперативные и неоперативные методы. Методики предупреждения преждевременных родов при наличии истмико-цервикальной недостаточности включают токолиз, наложение швов (серкляж) и использование разнообразных приспособлений, механически поддерживающих несостоятельную шейку матки. Традиционно в нашей стране и в большинстве стран постсоветского пространства для лечения ИЦН используется хирургический метод лечения – наложение швов на матку в различных модификациях. Ни один из существующих методов лечения не обладает 100% эффективностью. Несмотря на то, что используются различные техники, все имеют существенный недостаток – высокий риск осложнений при выполнении операции после 18 недель гестации: инвазивность, необходимость анестезиологического пособия, риск случайного повреждения родовых путей, несостоятельность и «прорезывание» швов. Основные осложнения хирургического метода

коррекции ИЦН, суммированы в многочисленных публикациях. К ним относятся: разрыв шейки матки; преждевременный разрыв плодных оболочек; стимуляция активности миометрия; сепсис, эндотоксический шок; затрудненное родоразрешение; стеноз шейки матки; пузырно-влагалищный свищ; разрыв матки; осложнения анестезии и смерть матери. Двумя широко распространенными и вызывающими беспокойство побочными явлениями шеечного серкляжа являются вероятность инфицирования и высвобождение простагландинов во время этой процедуры, что фактически увеличивает риск наступления преждевременных родов.

На сегодняшний день, неинвазивным методом предотвращения преждевременных родов является установка разгрузочного акушерского pessaria, который можно рассматривать как альтернативу серкляжу. С 2000 года для профилактики преждевременных родов у беременных с ИЦН стал применяться нехирургический метод коррекции ИЦН с помощью акушерского разгружающего pessaria, изготовленного из биологически инертного полиэтилена. Данный метод широко применяется в учреждениях родовспоможения Республики Беларусь, России и ряде клиник Киева. В последнее время в мировой практике широко используют силиконовые pessaries доктора Арабин. Эффективность pessaries в профилактике преждевременных родов подтвердили многочисленные исследователи.

MariaGoya с соавторами (Испания 2012г) в проспективном многоцентровом рандомизированном исследовании изучили эффективность силиконовых pessaries доктора Арабина (GoyaM, PratorcoronaL, MercedCetal., 2012). В результате преждевременные роды в группе использовавшие pessaries были значительно реже (6%), чем в группе без pessaries (27%). В контрольной группе потребовалось более 1 цикла токолиза, и большему количеству женщин потребовалась кортикостероидная терапия. Российские врачи получили такую возможность только в 2011 году (Ранние сроки беременности: проблемы пути решения, перспективы, 2013). В России Н.Ю. Сакварелидзе(2012г), изучил эффективность силиконовых разгрузочных pessaries в рандомизированном исследовании у 248 женщин. Эффективность составила 83% (Сакварелидзе, 2012).

Механизм действия пессария, по мнению авторов, заключается в: замыкании шейки матки стенками центрального отверстия пессария; формировании физиологической сакрализации шейки матки; частичной передачи внутриматочного давления на переднюю стенку матки вследствие вентрально-косо́го положения пессария и сакрализации шейки; сохранении слизистой пробки, что приводит к снижению инфицирования матери и плода.

Профессор Л.Г. Сичинава (2012) использовала пессарии др. Арабин для профилактики преждевременных родов у женщин с многоплодной беременностью в Центре планирования семьи и репродукции. По словам профессора Л.Г. Сичинавы основной причиной преждевременных родов при многоплодии (частота которого выше в 7-10 раз) является перерастяжение матки и недостаточность со стороны шейки матки. Нередко в таких случаях применяется нерациональная, агрессивная терапия. В тоже время применение разгружающего пессария позволяет доносить беременность до 35-36 недель в 50 % случаев, что улучшает перинатальные исходы. М.В. Царегородцева (2012) использовала пессарии у женщин после ЭКО с целью профилактики преждевременных родов. Эффективность составила 94 %.

Таким образом, применение разгрузочных акушерских пессариев у беременных женщин с высоким риском невынашивания при ранней диагностике формирования ИЦН и у женщин группы риска позволит повысить эффективность комплексной терапии невынашивания, пролонгировать беременность и может служить альтернативой хирургической коррекции шейки матки у данной категории пациенток.

Литература:

1. Исхакова М.О. Перинатальные исходы очень ранних родов./М.О.
2. Кошелева Н.Г., Аржанова О.Н., Плужникова Т.А. и др. Невынашивание беременности: Этиопатогенез, диагностика, клиника и лечение. Учебное пособие Спб.: Н-Л, 2002.
3. Кулаков В.И. Мурашко Л.Е. Преждевременные роды М.: Медицина, 2002.–172 с.
4. Кулаков В.И. Акушерство и гинекология. Клинические рекомендации. — М.: ГЭОТАРМедиа, 2006.
5. Журавлев, А.Ю. Применение разгружающего акушерского пессария в лечении и профилактике невынашивания при истмико-цервикальной недостаточности /А.Ю. Журавлев, В.Г. Дородейко // Охрана материнства и детства. – 2000. – № 1. – С. 24-35.
6. Малдыбаева Э.К. Оптимизация ведения преждевременных родов. /Э.К. Малдыбаева // Автореф. дисс. канд. мед.наук. - Бишкек, 2008. - 19 с.
7. Сакварелидзе Н.Ю. Вагинальные пессарии: за и против/ Акушерство и гинекология. 1/2013. Медицинский форум XVIII Всероссийский научный форум «Мать и дитя». С50-52.
8. Отчетные данные РМИЦ 2013 Г.
9. Отчетные данные ФОМС КР 2012 г.
10. Abdel-Aleem H, Shaaban OM, Abdel-Aleem MA. Cervical pessary for preventing preterm birth. *Cochrane Database Syst Rev.* 2010 Sep 8;(9):CD007873. doi: 10.1002/14651858.CD007873.pub2. Review. Updatein: *CochraneDatabaseSystRev.* 2013; CD007873
11. Arabin B, Halbesma JR, Vork F, Hubener M, van EJ: Is treatment with vaginal pessaries an option in patients with a sonographically detected short cervix? *J PerinatMed* 2003, 31(2):122-133
12. Arabin B, Alfirevic Z. Cervical pessary for preventing preterm birth: past, present and future. *UltrasoundObstetGynecol.* 2013 Oct;42(4):390-9. doi: 10.1002/uog.12540. Review.