

**ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ПЕССАРИЕВ  
В КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ**

**Аскеров А.А., Атакозуева Г.М., Малдыбаева А.А.**

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К.Ахунбаева  
Национальный Центр Охраны Материнства и Детства  
Бишкек, Кыргызская Республика

**Резюме.** У 43 беременных с факторами риска невынашивания беременности апробирован диагностический алгоритм с применением позиционной цервикометрии для выявления истмико-цервикальной недостаточности. Для коррекции истмико-цервикальной недостаточности (ИЦН) и изучения эффективности консервативного серкляжа были введены пессарии.

**Ключевые слова:** истмико-цервикальная недостаточность, угрожающие преждевременные роды, длина шейки матки, цервикометрия, пессарий, цервикальный серкляж.

**КЫРГЫЗ РЕСПУБЛИКАСЫНДАГЫ АКУШЕР-ГИНЕКОЛОГИЯЛЫК  
ПЕССАРИЙЛЕРДИ КОЛДОНУУ ТАЖРЫЙБАСЫ**

**Аскеров А.А., Атакозуева Г.М., Малдыбаева А.А.**

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы  
Эне жана баланы коргоо улуттук борбору  
Бишкек, Кыргыз Республикасы

**Корутунду.** Истмика - жетишсиздикти аныктоо үчүн бойдон түшүп калуу коркунучу бар 43 кош бойлуу аялдарга цервикометрия ыкмасы колдонулган. Истмика-цервикалык жетишсиздикти дарылоо үчүн жана натыйжалуулукту далилдеш үчүн пессарийлер колдонулган.

**Негизги сөздөр:** истмика-цервикалык жетишсиздик, ара төрөт коркунучу, жатын моюнчасынын узундугу, цервикометрия, пессарийлер, цервикалдык серкляж.

**EXPERIENCE IN THE USE OF OBSTETRIC-GYNECOLOGIC PESSARIES  
IN THE KYRGYZ REPUBLIC**

**Askerov.A.A., Atakozueva G.M., Maldybaeva A.A.**

I.K. Ahunbaev Kyrgyz State Medical Academy  
National Center of Maternal and Child Welfare  
Bishkek, Kyrgyz Republic

**Resume.** Diagnostic algorithm was tested using positional cervicometry to identify cervical incompetence between 43 pregnant women with risk of preterm delivery. Pessaries were inserted to study the effectiveness of noninvasive cerclage for the management of cervical incompetence.

**Keywords:** cervical incompetence, threatened preterm delivery, cervix uteri condition, cervix uteri length, cervicometry, pessary, cervical cerclage.

**Актуальность.**

Каждые 30 секунд умирает ребёнок в результате преждевременных родов (ПР) [17]. Более чем 80% неонатальных смертей и огромный риск постнатальной смертности приходится на преждевременно рождённых детей [23]. невынашивание беременности это наиболее актуальная проблема мировой медицины. Частота данной патологии колеблется от 0,2 до 65 % [2] и достигает 15% от всех желанных беременностей в России [10]. По данным отечественных учёных Э.К. Малдыбаева указывает, что 14,5% случаев от общей популяции беременных приходится на преждевременные роды, по срокам беременности: 34-36-недель 6,8%; ранних родов - 2,8% (28-33 недель); очень ранних родов - 1,8% случаев, (22-27 недель). По данным Кохрановской библиотеки (2010) – авторитетного руководства, в котором отражены научно обоснованные факты, касающиеся эффективности медицинской помощи беременным и новорожденным, частота ПР в течение 50 лет составляет 10-12% и не имеет тенденции к снижению. Согласно данным РМИЦ Кыргызской Республики, в 2013 году частота преждевременных родов составляет 6,7% (РМИЦ, 2013). Несмотря на многофакторность

этиологии невынашивания, одной из ведущих причин является истмико-цервикальная недостаточность (ИЦН) [10]. Частота данной патологии в популяции США колеблется в широком диапазоне от 1,5% до 8,7% [25] от 7,2% до 13,5% [2] в Санкт-Петербурге. Сроки прерывания беременности при наличии ИЦН, по данным литературы, варьируют от 10 до 28 недель, чаще всего в 16-20 недель [4]. Наши отечественные учёные, в частности, Э.К. Малдыбаева (2008) и М.О. Исхакова (2009) указывают, что одной из основных причин очень ранних родов является истмико-цервикальная недостаточность (ИЦН), но в Республике не только не изучена частота ИЦН в структуре преждевременных родов (ПР), но и отсутствуют стандарты для выявления и лечения данной патологии.

Для лечения ИЦН у беременных в практике акушеров-гинекологов могут быть использованы хирургические и нехирургические методы. Несмотря на то, что используются различные техники хирургической коррекции ИЦН, все они 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 [7]. На сегодняшний день, неинвазивным методом предотвращения преждевременных родов у женщин с ИЦН, является установка разгрузочного акушерского pessaria, который можно рассматривать как альтернативу хирургическому серкляжу. Несмотря на наличие других модификаций акушерских разгрузочных pessaries в профилактике преждевременных родов в настоящее время в мировой практике широко используют силиконовые pessaries. Maria Goya с группой соавторов (2012) в проспективном, открытом, многоцентровом рандомизированном исследовании изучили эффективность акушерских pessaries у женщин с короткой шейкой матки. В результате преждевременные роды в группе женщин, использовавших pessaries, встречались значительно реже (6%), чем в группе без pessaries (27%). Эффективность pessaries в профилактике преждевременных родов у женщин с укороченной шейкой матки подтвердили многочисленные исследователи [24.,25.,26.,27]. Российские врачи, получившие возможность использования силиконовых перфорированных pessaries доктора Арабин только в 2011 году, провели собственное рандомизированное исследование, в ходе которого изучили результаты применения акушерского pessaria у 248 женщин с ИЦН [11]. Эффективность составила 83%. Актуальность вышеобозначенной проблемы обусловлена, прежде всего, отсутствием у отечественных акушеров четких критериев для диагностики этой патологии и стационарзамещающих консервативных методов её лечения на любом этапе оказания медицинской помощи.

**Цель исследования** – в условиях женской консультации апробировать диагностический алгоритм для выявления истмико-цервикальной недостаточности и использование серкляжного силиконового pessaria для её лечения.

### **Материалы и методы исследования.**

Перед формированием клинической группы обязательно учитывались общеизвестные рекомендуемые факторы риска: привычное невынашивание беременности, наличие в анамнезе ИЦН, многоплодная беременность, несостоятельность швов на шейке матки после хирургического серкляжа [3]. В работе использован следующий диагностический алгоритм для выявления ИЦН [11,13].

- Шкала Штембера сумма баллов 7-8 – ИЦН
- Цервикальный тест (ПАП)
- Бактериоскопия
- Бактериология
- РН влагалища
- УЗИ (цервикометрию) в двух положениях влагалищным датчиком лёжа и стоя [13].

Для диагностики ИЦН проводили цервикометрию [21]. Бальная шкала Штембера оценивалась по следующим параметрам: длина влагалищной части шейки, состояние цервикального канала, расположение, консистенция шейки матки, расположение прилежащей части плода [8]. Короткая шейка матки – это значимый клинический критерий прогноза течения беременности. Длина шейки матки менее 2,5 при одноплодной и

1,5 мм при многоплодной беременности являлась показанием для наложения акушерского pessaria [21]. По мнению Сакварелидзе (2012), проведение балльной оценки степени ИЦН по шкале Штембера позволяет более точно устанавливать диагноз, при сумме баллов 7–8 можно с уверенностью говорить о наличии истмико-цервикальной недостаточности. УЗИ шейки матки выполнялось на аппарате ALOKA SSD 3500 оснащённом доплеровским блоком пульсирующей волны и функцией цветного доплеровского картирования. Использовался конвексный датчик с частотой 3,5 - 5,0 Мг. В своих исследованиях В. Арабин (2003), автор и разработчик акушерских силиконовых pessaries предложила для повышения диагностической точности позиционную цервикометрию, то есть в положении лёжа и стоя, что мы впервые реализовали в процессе исследования.

Проведен скрининг 34 пациенткам с наличием факторов риска на преждевременное прерывание беременности в различные сроки. Всем женщинам проводилась цервикометрия в двух позициях. В горизонтальном положении укорочение шейки матки выявлено у 11 женщин, в вертикальном у 13. Для коррекции ИЦН мы использовали циркулярный серкляж силиконовыми перфорированными pessaries, как альтернативу хирургическому серкляжу. Силиконовый акушерский pessaries доктора Арабин, любезно предоставлен компанией «Пенткрофт Фарма», за что авторы выражают большую признательность (см. рис. 1), поставлен 13 (100%) женщинам, средний возраст которых составил 27±3,9 лет. У всех женщин диагноз ИЦН верифицирован при помощи предложенного алгоритма диагностики (см. алгоритм диагностики). Подбор группы осуществлялся с использованием критериев включения и исключения. Предварительно заполнялась карта информированного согласия.

### **Собственные исследования.**

У 2 (15,4%) из 13 женщин pessaries введен в 22-24 недели беременности по поводу несостоятельности швов на шейке матки после хирургической коррекции ИЦН, 4 (30,8%) пациенткам – в 16-20 недель, так как у них в анамнезе было 2 и более самопроизвольных прерывания беременности в сроках от 20 недель и более, 7 (53,8%) женщинам акушерский pessaries введён в сроках беременности 16 – 18 недель по поводу рубцовой деформации шейки матки, 2 (15,4%) пациенткам - с многоплодной беременностью в 18 недель беременности. Мы использовали принципы подбора pessaries в зависимости от различных акушерских ситуаций, и данных цервикометрии, предложенные разработчиками [13]. Были выбраны pessaries соответствующих размеров для пациенток четырёх категорий:

- короткая шейка, II триместр, одноплодная беременность, нет конизации, первые роды (n=1/7,7%);
- короткая шейка, II триместр, одноплодная беременность, нет конизации, последующие роды (n=8/61,5%);
- короткая шейка, II триместр, одноплодная беременность, конизация, последующие роды (n=2/15,4%);
- короткая шейка, II триместр, многоплодная беременность, нет конизации, первые роды (n=2/15,4%);

Таким образом, в одном случае был использован пессарий с верхним диаметром 32 с нижним 65 и высотой 21. У двух женщин с многоплодной беременностью – 32/65/25 мм. 35/65/21 мм пессарии были использованы в 2 случаях у женщин рубцовой деформации шейки матки после конизации (см. таблица 1).

Особенности клинической верификации диагноза. Из анамнеза: у 1 пациентки из группы «привычное невынашивание» данная беременность была 3, предстоящие первые роды. Две предыдущих завершились прерыванием в 8 и 11 недель беременности. У следующей пациентки данная беременность была 4. Первая беременность завершилась преждевременными родами в 35 недель беременности, две последующие самопроизвольным прерыванием в 12 и 17 недель беременности. Другая мини подгруппа, была отнесена к категории «несостоятельность швов после хирургического серкляжа». Этим женщинам были наложены круговые швы на шейку матки по поводу ИЦН в 13 и 16 недель беременности в условиях стационара. В анамнезе у женщин повторная беременность, имеются роды, предшествующая беременность осложнилась угрозой прерывания в различные сроки гестации, у одной пациентки родами в 33 недели, у другой в 36 недель. Дети длительное время находились на различных этапах выхаживания. Пациентки предъявляли жалобы на обильные выделения из половых путей, чувство тяжести и дискомфорта. При осмотре обнаружены свободно свисающие нити шёлка, v образная форма шейки матки и явления кольпита. Самую многочисленную группу пациенток (n=7/53,8%) составили женщины с рубцовой деформацией шейки матки. Более подробные данные их акушерско-гинекологического анамнеза представлены в таблице 2.

Постановка пессария осуществлялась в амбулаторных условиях. Никакого специальной обработки латекса не проводилось. Пессарий вводился в положении лёжа, пальцами, одевался на шейку матки. Контроль осуществлялся сразу после постановки при помощи вагинального УЗИ (по задней стенке подвели ультразвуковой датчик, осуществляя УЗ цервикометрию). Ни одна женщина не отмечала никакой болевой реакции и дискомфорта в момент постановки пессария. Перед постановкой пессария санации влагалища не проводилась, за исключением двух пациенток на фоне несостоятельных швов после хирургической коррекции ИЦН. Как только в момент проведения цервикометрии у женщины ставился диагноз ИЦН, ей предлагалась постановка пессария (при условии нормальной бактериоскопии влагалищного мазка). Женщине было разъяснено, что количество влагалищного выделений после установки пессария увеличится, это не должно настораживать её, так как в пессарии имеются специальные отверстия для оттока влагалищного секрета. Поскольку используемая методика впервые апробировалась в Кыргызской республике, помимо еженедельного осмотра осуществлялась связь по телефону по мере необходимости. Наблюдение осуществлялось в течение трёх месяцев. Ни в одном случае последующего наблюдения не было признаков угрозы прерывания беременности и потребности в госпитализации. У всех тринадцати женщин в настоящее время беременность

успешно прогрессирует. Женщины не используют ни спазмолитиков, ни токолитиков, ни каких-либо других средств, традиционно назначаемых для лечения угрозы прерывания беременности. В трёх случаях женщины обратились с жалобами на увеличение влагалищных выделений, поскольку у них имелся предшествующий опыт прерывания беременности, увеличение выделений у них ассоциировалось с подтеканием околоплодных вод. Был проведен амниотест, который не выявил наличие околоплодных вод.

Как видно из представленной таблицы №3, у женщин с нормальной микроскопической картиной влагалища и уретры микрофлора не менялась. Лишь двум женщинам (15,4%) (на фоне несостоятельности хирургической коррекции ИЦН) с дисбиозом и вагинитом была проведена санация препаратами на основе хлоргексидина до постановки пессария. После первого контрольного исследования (бактериоскопия и бактериология) именно у этих пациенток потребовалась повторная санация влагалища. Другим женщинам санация не проводилась, поскольку у них не было зарегистрировано изменений микрофлоры. Следовательно, у женщин с нормальной микроскопией мазков из влагалища и уретры можно рекомендовать использовать акушерский пессарий, не дожидаясь результатов бактериологического исследования. Наши данные созвучны результатам исследований Н.Ю. Сакварелидзе (2012).

Механизм действия акушерских разгрузочных пессариев, по мнению разработчиков, заключается в: замыкании шейки матки стенками центрального отверстия пессария; формировании физиологической сакрализации шейки матки; частичной передачи внутриматочного давления на переднюю стенку матки вследствие вентрально-косоного положения пессария и сакрализации шейки; сохранении слизистой пробки, что приводит к снижению инфицирования матери и плода [11,13]. Эти условия являются необходимыми для благополучного вынашивания беременности при несостоятельности шейки матки.

Таким образом, несмотря на малые сроки наблюдения и малую выборку женщин можно предполагать, что акушерские пессарии являются отличной альтернативой хирургическому серкляжу, поскольку являются малозатратной технологией стационарзамещения, более того, их использование не требует специальной подготовки ни пациентки, ни персонала и позволяет осуществлять лечение на любом уровне оказания помощи. Несомненно, требуется дальнейшее изучение эффективности применения консервативного серкляжа, отработка критериев диагностики и уточнения групп риска на невынашивание беременности с учётом местных условий для отработки республиканских стандартов диагностики и лечения истмико-цервикальной недостаточности.

### **Литература:**

1. Исхакова М.О. Перинатальные исходы очень ранних родов./М.О. Исхакова // Автореф. дисс. канд. мед. наук. - Бишкек, 2009. - 19 с.
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.

**Таблица 1.**  
**Выбор пессария в зависимости от акушерской ситуации**

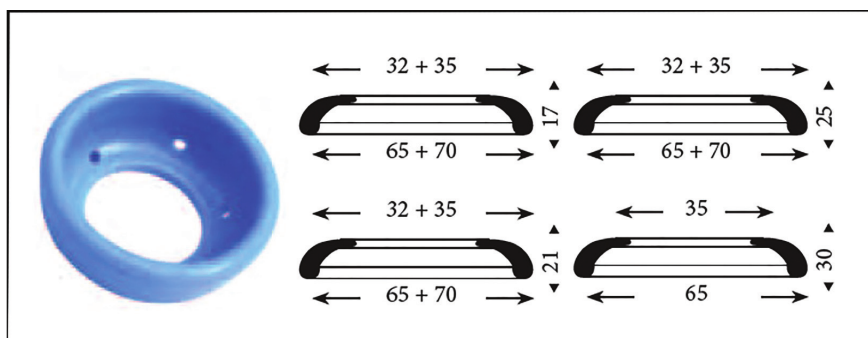
Показания (n)	Срок гестации (нед)	Размер пессария (мм)
Привычное невынашивание, n=2/15,4%	16-20	32/65/21 в одном случае и 32/70/ 21
Несостоятельность швов после хирургического серкляжа, n=2/15,4%	22-24	32/70/21
Рубцовая деформация шейки матки, n= 7/53,8%	16-18	В 1 случае – 32/70/21 В 4 – 35/70/21 В 2 – 35/65/21
Многоплодная беременность, n=2/15,4%	18-20	32/65/25

**Таблица 2.**  
**Особенности анамнеза у женщин с рубцовой деформацией шейки матки**

Пациентки (N=7/53,8%)	Срок гестации (нед)	Паритет беременности/родов	Анамнез
1. Пациентка К., 27 л	12	4/2	Разрывы шейки матки, в анамнезе ВЗПО, 1с/в. 1 м/а
2. Пациентка Г., 36 л	19	5/3	Конизация, в анамнезе ВПЧ, ДиК, 2 м/а
3. Пациентка А., 22 л	16	2/2	Разрывы шейки матки
4. Пациентка Б., 30 л.	13	3/2	Конизация, в анамнезе ДиК, 1 м/а
5. Пациентка С., 29 л	16	3/3	Разрывы шейки матки, в анамнезе ВЗПО, ДЭК
6. Пациентка Ж. 19 л	19	2/2	Разрывы шейки матки
7. Пациентка М. 29 л	14	3/2	Разрывы шейки матки, в анамнезе ДиК, 1 м/а

**Таблица 3.**  
**Динамический контроль состояния влагалищной флоры на фоне пессария**

Степень чистоты влагалища	Количество женщин(13/100%)	Первый контроль	Второй контроль	Третий контроль
Нормоценоз	3/23,1%	3/23,1%	2/15,4%	2/15,4%
Промежуточный тип	7/53,8%	7/53,8%	8/61,5%	8/61,5%
Дисбиоз	2/15,4%	3/23,1%	3/23,1%	3/23,1%
Вагинит	1/7,7%	-	-	-



**Рис. 1. Вид и размеры силиконового пессария.**

3. Кулаков В.И., Серов В.Н., Адамян Л.В. *Руководство по охране репродуктивного здоровья М.: Триада-Х, 2001.*
4. Кулаков В.И. Мурашко Л.Е. *Преждевременные роды М.: Медицина, 2002.—172 с.*
5. Кулаков В.И. *Акушерство и гинекология. Клинические рекомендации. — М.: ГЭОТАРМедиа, 2006.*
6. Липман, А.Д. *Ультразвуковые критерии истмико-цервикальной недостаточности / А.Д. Липман // Акушерство и гинекология.— 1996. — №4. — С. 5-7.*
7. Роузвия С.К. *Гинекология / Сильвия К.Роузвия; Пер. с англ.; Под общей ред. Э.К. Айламазян. - М.: МЕДпресс-информ, 2004. - С. 65 - 68.*
8. Журавлев, А.Ю. *Применение разгружающего акушерского пессария в лечении и профилактике невынашивания при истмико-цервикальной недостаточности /А.Ю. Журавлев, В.Г. Дородейко // Охрана материнства детства. — 2000. — № 1. — С. 24-35.*
9. Малдыбаева Э.К. *Оптимизация ведения преждевременных родов. /Э.К. Малдыбаева // Автореф. дисс. канд. мед. наук. - Бишкек, 2008. - 19 с.*
10. Сидельникова В.М. *«Привычная потеря беременности. - Триада-Х», 2005.*
11. Сакварелидзе Н.Ю. *Вагинальные пессарии: за и против/ Акушерство и гинекология. 1/2013. Медицинский форум XVIII Всероссийский научный форум «Мать и дитя». С50-52.*
12. 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. Update in: Cochrane Database Syst Rev. 2013; CD007873.*
13. 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 Perinat Med 2003, 31(2):122-133.*
14. Arabin B, Alfirevic Z. *Cervical pessary for preventing preterm birth: past, present and future. Ultrasound Obstet Gynecol. 2013 Oct;42(4):390-9. doi: 10.1002/uog.12540. Review.*
15. Alfirevic Z, Owen J, Carreras Moratonas E, Sharp AN, Szychowski JM, Goya M. *Vaginal progesterone, cerclage or cervical pessary for preventing preterm birth in asymptomatic singleton pregnant birth and sonographic short cervix. Ultrasound Obstet Gynecol. 2013 Feb;41(2):146-51. doi: 10.1002/uog.12300. Epub 2013 Jan 17.*
16. Berghella V, Keeler SM, To MS, Althuisius SM, Rust OA. *Effectiveness of cerclage according to severity cervical shortening: a meta-analysis. Ultrasound Obstet Gynecol. 2010 Apr;35(4):468-73. Review.*
17. Lee AC, Katz J, Blencowe H, Cousens S, Kozuki N, Vogel JP, Adair L, Baqui AH, Bhutta ZA, et al; *CHERG SGA-Preterm Birth Working Group. National and regional estimates of term and preterm babies born small for gestation age in 138 low income and middle income countries in 2010. Lancet Glob Health. 2013 Jul;1(1):e26-36.*
18. Collinot H, Azria E. *Cervical pessary for preventing preterm birth. Gynecol Obstet Fertil. 2013 Apr;41(4):260-1.*
19. *Cervical length and obstetric history predict spontaneous preterm birth: development and validation of a model to provide individualized risk assessment / F. Celic [et al.] // Ultrasound Obstetric and Gynecology. — 2008. — Т.31. — P. 549-554.*
20. Care A, Sharp A, Alfirevic Z. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed. 2014 Jun;99 Suppl 1:A93.*
21. *Cervical assessment // Fetal Medicine Foundation [Электронный ресурс]. — Режим доступа: [http:// www.fetalmedicine.com](http://www.fetalmedicine.com). — Дата доступа: 15.01.2010.*
22. Goya M, Pratorcorona L, Merced C, Rodo C, Valle L, Romero A, et al. *Cervical pessary in pregnant women with a short cervix (PECEP): an open-label randomised controlled trial Beincowe H et al. Lancet, l. Lancet 2012 May 12;379(9828):1800-6.*
23. Lawn J, Bhutta Z, Darmstadt G, Diskson K, Kinney M, Mason L, McDougall. *Every Newborn: progress, priorities, and potential beyond survival. Lancet 2014 Jul 12;384(9938):189-205.*
24. Newcomer J. *Pessaries for the treatment of incompetent and premature delivery. Obstet Gynecol Surv. 2000 Jul;55(7):443-8. Review*
25. Nicolaidis K. *Randomize study of pessary vs Stamdart Management Women with Increased Chance of Premature Birth ClinicalTrials.gov processed this record on August 10, 2014.*
26. Wetta LA, Biggio JR Jr. *Cervical pessary use and preterm birth Clin Obstet Gynecol. 2014 Sep;57(3):607-15. doi: 10.1097/GRF.0000000000000036.*
27. Zimmerman AL, Neeman O, Wiener Y, Maymon R, Arie H. *Harefuah. First year experience using arabin cervical pessary with intravaginal micronized progesterone for the prevention of preterm birth in patients with mid-trimester short cervix]. Harefuah. 2014 Feb;153(2):79-82, 127.*