

Акушерская тактика при истмико-цервикальной недостаточности: решение основных и сопутствующих проблем

Шейка матки (ШМ) во время беременности является уникальной структурой, предназначенной прежде всего для удержания плода в полости матки до его полной зрелости. Эту функцию ШМ может выполнять только при условии полной ее состоятельности, которая обеспечивается нормальной клеточной структурой, отсутствием активации микрофлоры влагалища и цервикального канала (ЦК), генетически детерминированной способностью соединительной ткани (СТ), адекватными обменными и пролиферативными процессами в организме во время беременности.

Шейка матки является фиброзным органом, в котором содержание СТ, по данным различных авторов, составляет 75-80% [4, 9, 16]. Основными структурными компонентами СТ являются клеточные элементы (разновидности фибробластов, гистиоциты, лаброциты) и экстрацеллюлярный матрикс (ЭЦМ), состоящий из коллагеновых и эластиновых волокон, а также из внеклеточных веществ (фибриллин, эластин, тенаксин, гликопротеины, протеогликаны). При истмико-цервикальной недостаточности (ИЦН) содержание СТ в ткани ШМ снижается до 40%, что приводит к раннему укорочению и размягчению ШМ, развитию ее функциональной несостоятельности [9]. Таким образом, есть все основания считать развитие ИЦН проявлением недифференцированной дисплазии СТ, в основе которой лежат нарушение синтеза коллагена, его чрезмерная деградация, образования патологических форм коллагена, нарушения структуры коллагеновых волокон и морфогенеза компонентов ЭЦМ, возникающие у пациентов с определенной генетической склонностью под влиянием неблагоприятных факторов внешней среды [4, 9].

В то же время высокий уровень заболеваемости фоновыми и предраковыми процессами ШМ, а также участвовавшие случаи рака ШМ у беременных, большое количество аборт в анамнезе, раннее начало сексуальной жизни и распространенность половых инфекций свидетельствуют о необходимости разработки алгоритмов мониторинга, диагностики и коррекции патологии ШМ у беременных.

В организме беременной женщины происходят изменения во всех органах и системах. В частности, в многослойном плоском эпителии ШМ может появляться большое количество клеток на разных стадиях их деления с нарушением дифференцировки и гиперплазией. Слизистая оболочка ЦК гипертрофируется за счет увеличения размеров цилиндрических клеток и усиления в них процессов выделения слизи. На отдельных участках ШМ наблюдается метаплазия цилиндрического эпителия в многослойный плоский эпителий. Вследствие гиперплазии резервных субцилиндрических

клеток образуются полипообразные выросты в ЦК. Это приводит к активации инфекционных агентов половых путей, в том числе вирусов (папилломавируса, вируса герпеса, цитомегаловируса и др.), что является наиболее значимым в процессах малигнизации ШМ [7, 11, 12, 15].

В строении ШМ во время беременности наблюдается деструкция коллагеновых волокон, образуются новые кровеносные сосуды, появляются новые клетки, по морфологическим характеристикам схожие с децидуальными. Строма инфильтрируется лимфоцитами, лейкоцитами, моноцитами [21, 22].

Заболевания ШМ:

- цервицит, эндоцервициты;
- доброкачественные и предраковые заболевания ШМ;
- полипы ЦК;
- рак ШМ;
- эндометриоз влагалищной части ШМ.

Заболевания, встречающиеся только во время беременности:

- децидуоз ШМ;
- шеечная беременность;
- ИЦН.

Причины возникновения заболеваний ШМ у беременных:

- вирусно-бактериальное инфицирование половых путей;
- травматическое повреждение ШМ;
- короткий интергенетический интервал;
- гормональный дисбаланс;
- врожденная патология СТ;
- экстрагенитальные заболевания;
- генетические предпосылки;
- возраст, профессиональные, экологические факторы, образ жизни, санитарно-медицинская осведомленность;
- качество медицинского наблюдения и обследования.

Согласно приказу МЗ Украины № 676 от 31.12.2004 г. «Об утверждении клинических протоколов по акушерской и гинекологической помощи «Доброкачественные и предраковые процессы шейки матки») «Беременность и патология ШМ имеют взаимное негативное влияние. При беременности усиливается стимулирующее действие на течение гиперпластических процессов в шейке матки». В связи с этим

чрезвычайно важными являются диагностика и лечение патологии ШМ еще на этапе планирования беременности, поскольку в течение периода гестации врачи ограничены в проведении диагностических и лечебных мероприятий. В то же время многие женщины становятся на учет по беременности уже с существующими изменениями в ШМ, часто комплексного характера.

Среди этиологических факторов невынашивания беременности большое значение имеет ИЦН как одна из главных причин прерывания беременности в сроке 16-28 нед. Следует отметить, что частота данной патологии в популяции беременных составляет, по данным разных авторов, 15-20%, а среди женщин с привычным невынашиванием – 18-37% [1-3, 19, 20, 24]. Кроме случаев наличия явно выраженных клинических признаков ИЦН, а также привычного невынашивания в анамнезе, особенно в поздние сроки беременности, в настоящее время наблюдается увеличение количества беременных, которых можно отнести к группе риска развития указанной патологии. Среди них – женщины с многоводием (на фоне хронического инфицирования), многоплодием (вследствие увеличения частоты успешного экстракорпорального оплодотворения с развитием многоплодной беременности), макросомией плода, врожденной недифференцированной дисплазией соединительной ткани (нарушение органической структуры ШМ за счет патологии коллагена и, как следствие, снижение запирающей функции внутреннего зева) [1, 2, 4, 9, 19, 21].

Для диагностики состояния ШМ во время беременности в контексте выявления ИЦН наиболее информативными методами являются пальпаторная оценка состояния ШМ при вагинальном обследовании беременной (расположение ШМ, ее длина, консистенция, состояние наружного зева – наличие старых разрывов, степень его раскрытия) и ультразвуковая диагностика трансвагинальным доступом [3, 8, 11, 19, 20].



И.А. Жабченко

Хорошо зарекомендовала себя ультразвуковая трансвагинальная методика оценки критериев изменений ШМ при ИЦН (А.Д. Липман и соавт., 1996):

- длина ШМ 3 см является критической при первой и повторной беременности в сроке <20 нед и требует интенсивного наблюдения с отнесением пациентки к группе риска развития ИЦН;

- длина ШМ ≤2 см является абсолютным критерием диагностики ИЦН и требует интенсивного лечения. У многорожавших женщин на наличие ИЦН указывает укорочение ШМ до 2,9 см в сроке 17-20 нед;

- ширина ЦК ≥1 см в сроке беременности <21 нед свидетельствует о наличии ИЦН;

- пролабирование плодного пузыря с деформацией внутреннего зева (наиболее неблагоприятная – V-образная) (рис. 1, 2).

В дополнение к указанной методике с целью ранней диагностики ИЦН у пациенток с высоким риском ее развития применяют ультразвуковую цервикальный стрессовый тест.

При трансвагинальном УЗИ рукой осуществляется умеренное надавливание на дно матки по ее оси в направлении влагалища в течение 15-30 с. Тест считается положительным в случае:

- уменьшения длины ШМ на ≥2 мм;
- расширения внутреннего зева ШМ до ≥5 мм (E.R. Guzman et al.).

Основными принципами профилактики ИЦН являются:

- восстановление целостности ШМ при

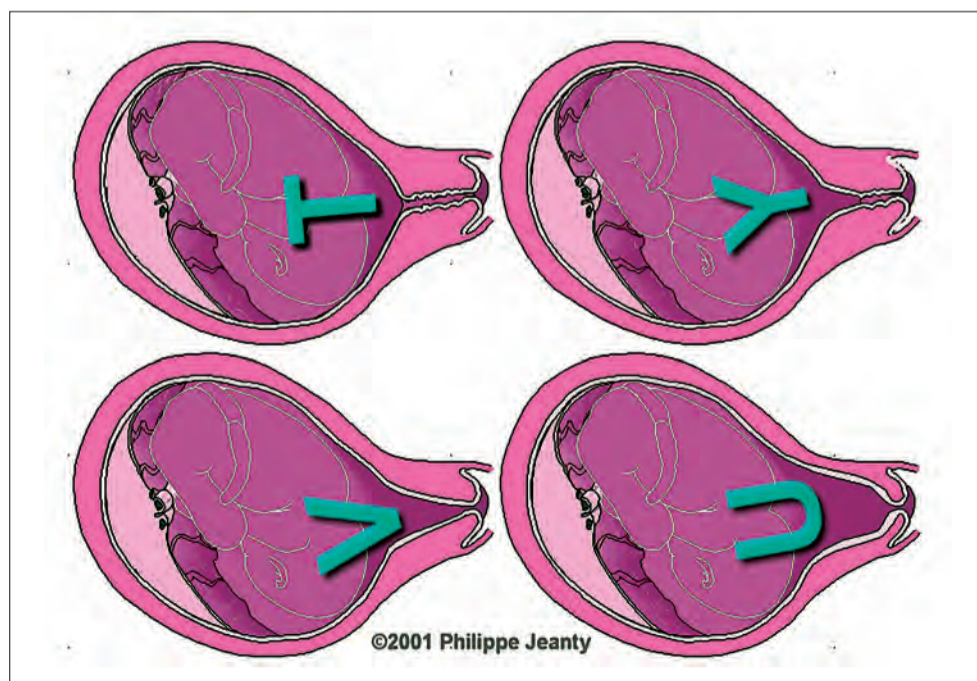


Рис. 1. Ультрасонографическая трансвагинальная методика оценки критериев изменений ШМ при ИЦН по Липману

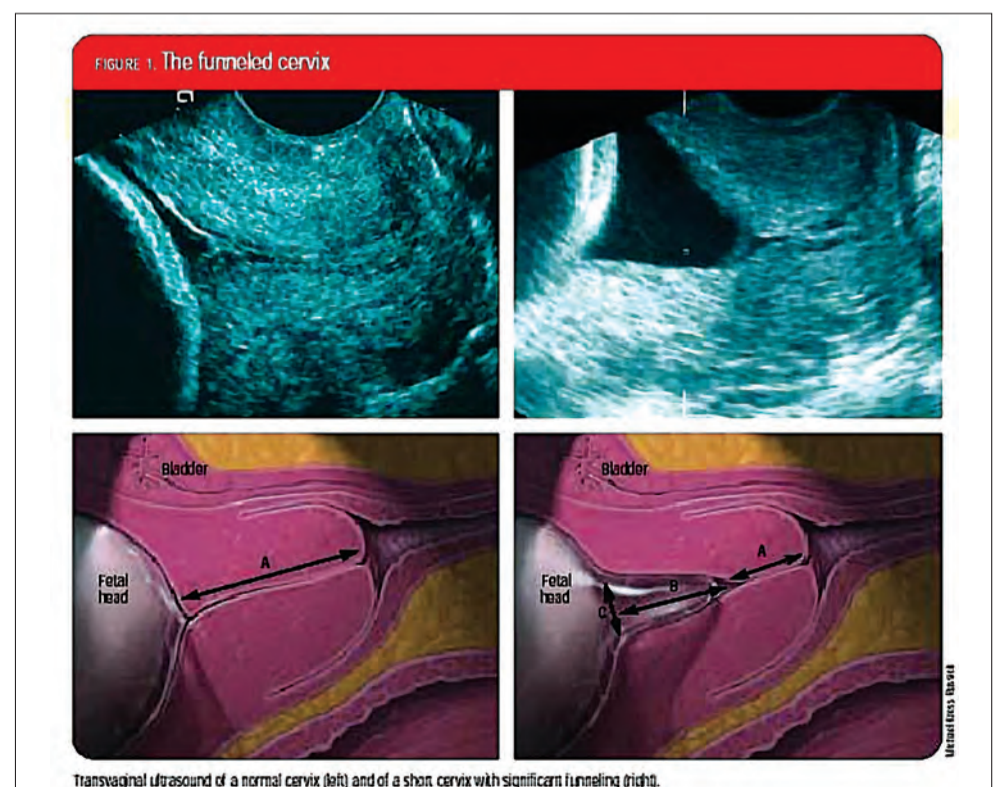


Рис. 2. Трансвагинальное ультразвуковое исследование нормальной и короткой ШМ

ее травматизации сразу после родов, аборт, диагностических выскабливаний;

- коррекция выявленной ИЦН на этапе прегравидарной подготовки (иссечение и ушивание старых разрывов, использование дермальных филлеров на основе гиалуроновой кислоты, которая эффективно восполняет утраченный объем и повышает гидрофильность тканей);

- профилактика сексуально-трансмиссивных инфекций;

- поддержка оптимального уровня pH половых путей;

- своевременное выявление факторов риска развития ИЦН и минимизация их влияния;

- прогестероновая поддержка беременности на фоне ИЦН [7, 16, 18, 23-25].

Начинать любые меры у беременных с патологией ШМ следует с определения особенностей микробиоценоза влагалища и ЦК, чувствительности обнаруженных микробных агентов к антибиотикам и проведения адекватной санации согласно приказу МЗ Украины № 906 от 27.12.2006 г. «Об утверждении клинического протокола по акушерской помощи «Перинатальные инфекции» [13]. Существует этиопатогенетическая связь заболеваний ШМ инфекционного генеза у беременных с микробиоценозом влагалища, уровнем pH его содержимого. Их течение ухудшается при фоновых и предраковых состояниях ШМ, в то же время длительное течение этих заболеваний приводит к усилению пролиферативных процессов в тканях ШМ. Состав микрофлоры ЦК и влагалища значительно ухудшается в сторону преваляирования условно-патогенных и патогенных микроорганизмов именно на фоне патологических состояний ШМ. У больных с признаками генитальной инфекции пролиферативный и пластический потенциалы эпителия значительно выше таковых у неинфицированных пациенток [12, 15, 22].

Как известно, на характер и степень выраженности воспалительного процесса в гениталиях влияет количественный и качественный состав вызывающих его микроорганизмов. Состав микрофлоры влагалища зависит от возраста и физиологического

состояния организма женщины, гормонального фона. У здоровых женщин репродуктивного возраста общее количество микроорганизмов в вагинальных выделениях составляет 6-8,5 lg КОЕ/мл (или на 1 г), при этом отмечается их значительное видовое разнообразие (более 40 видов). Доминирующими бактериями в вагинальной среде являются *Lactobacillus spp.* (95-98%), кроме того, во влагалище выявляют непатогенные коринебактерии и коагулазонегативные стафилококки [1, 2, 11, 18].

Во время беременности под влиянием гормонов желтого тела, а затем — и плаценты слизистая оболочка влагалища утолщается, эластичность клеток промежуточного слоя увеличивается, синтез гликогена в них происходит с максимальной интенсивностью. Одновременно может увеличиваться количество микроорганизмов, устойчивых в кислых средах, — генитальных микоплазм и дрожжевых грибов, что, в свою очередь, приводит к изменению pH среды влагалища, местному нарушению иммунитета ее слизистой оболочки и развитию дисбиоза.

В структуре генитальных инфекций у беременных преобладают нарушения микробиоценоза влагалища, частота которых у женщин группы риска развития акушерской патологии составляет 40-65%. Более чем у половины пациенток во время беременности возникает по крайней мере один эпизод генитальной инфекции [1, 15, 16].

В настоящее время также большое значение имеет проблема дисбактериоза. В период беременности этот вопрос становится еще более актуальным, причем речь идет о дисбиотических изменениях не только половой сферы, но и женского организма в целом.

Кислая среда вагинального секрета (pH 4,0-4,4) и колонизация влагалища и влагалищной части ШМ лактобактериями на 85-90% — это стержневые механизмы обеспечения нормального биоценоза и благоприятного течения беременности. Именно поэтому наиболее предпочтительным и доступным методом контроля состояния функциональной защитной системы влагалища считается pH-метрия

с помощью специальных индикаторных полосок [16].

При беременности резко ограничено количество разрешенных к использованию препаратов, особенно на ранних ее сроках. Однако известно, что моноинфекция в настоящее время встречается очень редко (8-27,5%, по данным разных авторов), в связи с чем возникает потребность в применении комплексных антимикробных препаратов, соответствующих следующим требованиям: безвредность во время беременности; бактерицидное воздействие на широкий спектр возбудителей, что позволяет уменьшить количество одновременно назначаемых лекарственных средств; минимальное всасывание с поверхности влагалища, что способствует снижению алергизации организма беременной и обеспечивает безопасность для плода; высокая эффективность; удобство применения; доступность.

Для дальнейшего восстановления биоценоза влагалища после санации половых путей у беременных необходимо проводить заселение нормальной микрофлорой путем назначения специфических биологических препаратов. К таким препаратам относятся пробиотики — вещества, содержащие живые высушенные клетки молочнокислых бактерий. Наиболее эффективными являются культуры с высокой антагонистической активностью в отношении широкого спектра патогенных микроорганизмов. Однако многие существующие пробиотики для местного применения содержат лакто- и бифидобактерии кишечного происхождения, которые не способны эффективно приживаться во влагалище из-за низких адгезивных свойств по отношению к вагинальным эпителиоцитам, в результате чего на фоне лечения может наблюдаться недолговременный клинический эффект. Поэтому патогенетически обоснованным является дифференцированное назначение на втором этапе санации пробиотиков специфического действия (отдельно для микрофлоры влагалища, кишечника, мочевых путей).

В случае применения пробиотиков у беременных с ИЦН целесообразным и патогенетически обоснованным является

использование препарата Вагисан («Галенска лаборатория Ядран», Хорватия). Ввиду существования определенной этапности в коррекции ИЦН (санация половых путей перед лечением — серкляж/введение пессария — санация и регенерация после серкляжа/введения пессария) на фоне обязательного применения различных форм препаратов микронизированного прогестерона (пероральная/сублингвальная, интравагинальная) задачу восстановления и поддержки нормального состава вагинального биотопа существенно упрощает наличие двух форм препарата (пероральной и вагинальной). Это позволяет не прерывать курс терапии и чередовать применение различных форм препарата в зависимости от необходимости, аналогично использованию препаратов микронизированного прогестерона.

В состав пероральной формы препарата входят пробиотические штаммы *Lactobacillus rhamnosus GR-1™* и *Lactobacillus reuteri RC-14™* в суммарном количестве не менее 10^9 живых бактерий; вагинальная форма Вагисана содержит те же микроорганизмы, но уже в большей концентрации (в суммарном количестве не менее 2×10^9 живых бактерий), фруктоолигосахариды (ФОС) и молочную кислоту. Активную жизнедеятельность лактобактерий поддерживают именно ФОС, выступая питательным субстратом. Молочная кислота обеспечивает снижение уровня pH влагалищного содержимого, тем самым угнетая рост и адгезию патогенных бактерий и способствуя восстановлению нормоценоза. На фоне применения препарата отмечается быстрое увеличение количества лактобактерий во влагалище, так как пробиотические штаммы *Lactobacillus rhamnosus GR-1™* и *Lactobacillus reuteri RC-14™* обеспечивают восстановление естественной кислой среды во влагалище (pH 3,8-4,5), продуцируют бактериоцины, перекись водорода, обладают антиграмотрицательной и антиграмположительной активностью, способны разрушать биопленки патогенных микроорганизмов.

Продолжение на стр. 28.

Вагисан®

ІНТИМНЕ ЗДОРОВ'Я ЖІНКИ

щоденна
інтимна гігієна



підтримка

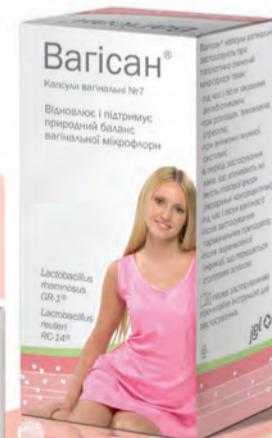
спеціальна інтимна гігієна
при сухості



Відновлення

унікальні штами, виділені
з урогенітального тракту
здорових жінок

грунтовне відновлення
та підтримка вагінальної
мікрофлори



швидке
відновлення
мікрофлори
піхви



«Ядран — Галенська Лабораторія д. д.», Хорватія. Представництво в Україні: Київ, вул. Інститутська, 28, блок Е. Тел. (044) 377-54-16.
Вагисан® капсули вагінальні Свідоцтво про державну реєстрацію № 12898 від 16.08.2013 р. Виріб медичного призначення, Вагисан® дієтична добавка Висновок державної сан.-епід. експертизи № 05.03.02-03/86802 від 25.09.2013 р. Вагисан® засіб для інтимної гігієни Висновок державної сан.-епід. експертизи № 05.03.02-03/79757 від 03.09.2013 р. Вагисан® зволожуючий гель для інтимної гігієни Висновок державної сан.-епід. експертизи № 05.03.02-03/108530 від 06.11.2012 р. Не є лікарськими засобами. Інформація для професійної діяльності спеціалістів охорони здоров'я.

www.vagisan.com.ua

И.А. Жабченко, д.м.н., ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины», г. Киев

Акушерская тактика при истмико-цервикальной недостаточности: решение основных и сопутствующих проблем

Продолжение. Начало на стр. 26.

Применение микронизированного прогестерона при ИЦН имеет принципиальное значение, и целесообразность его назначения обусловлена двумя основными причинами: необходимостью снижения тонуса матки при короткой ШМ и создании благоприятных условий для формирования адекватного эпителиального слоя во влагалище за счет его утолщения и увеличения эластичности клеток промежуточного слоя, что обеспечивает формирование необходимой среды для существования и размножения лактобактерий. Как уже было отмечено, возможность чередования по необходимости различных форм препарата позволяет не прерывать курс гормональной терапии на период санации и тем самым пролонгировать беременность. В нашей практике ведения беременных с ИЦН хорошо зарекомендовал себя препарат Лютеина (Адамед, Польша), выпускаемый в субинъекционной и вагинальной формах.

Вследствии с целью поддержания кислой среды во влагалище показано ежедневное использование увлажняющего средства для интимной гигиены Вагисан на основе молочной кислоты, экстрактов календулы и ромашки аптечной. Средство обеспечивает противовоспалительное, антимикробное, успокаивающее действие, увлажняет и защищает слизистую оболочку, поддерживает кислую среду во влагалище.

Существующие методы лечения ИЦН направлены, как правило, на механическое усиление запирающей функции внутреннего зева ШМ и применяются уже на фоне выраженной клинической картины (раскрытие наружного и внутреннего зева, укорочение ШМ, клинические проявления угрозы прерывания беременности и др.). Известные инвазивные методы лечения ИЦН (наложение циркулярного шва на ШМ в различных модификациях) [14] требуют тщательной подготовки, госпитализации женщины в акушерско-гинекологический стационар, применения наркоза, являются психологически травмирующим фактором для беременной, что, в свою очередь, может усугубить течение угрожающего аборта на фоне ИЦН. Метод использования медицинского клея с антимикробным эффектом [10] менее травматичен, однако вызывает развитие синехий в ЦК, что может негативно сказаться на течении первого периода родов, а также применим в случаях клинически выявляемой ИЦН.

Получивший в последние годы широкое распространение метод введения акушерского разгружающего pessaria является неинвазивным, не требует специальной подготовки и участия смежных специалистов (анестезиолога), ассоциируется с нанесением меньшей психологической травмы

беременной. Одним из основных преимуществ данного метода является возможность его успешного применения на этапе доклинических проявлений ИЦН (по данным УЗИ, анамнеза, при наличии вышеуказанных факторов риска) и его профилактический эффект [5, 6, 17], а также возможность его использования в амбулаторных условиях. Механизм действия акушерского pessaria заключается в уменьшении нагрузки на несостоятельную ШМ вследствие смещения давления плодного яйца; частичном перераспределении внутриматочного давления на переднюю стенку матки вследствие вентрально-косоугольного расположения pessaria; физиологической сакрализации ШМ благодаря фиксации в смещенном кзади центральном отверстии акушерского pessaria; замыкании ШМ стенками центрального отверстия pessaria; сохранении слизистой пробки; снижении половой активности, что позволяет уменьшить вероятность инфицирования; улучшении психоэмоционального состояния пациентки. Суммарное воздействие акушерского pessaria обеспечивает замыкание ШМ, перераспределение давления плодного яйца, сакрализацию ШМ, улучшение формирования укороченной и частично открытой ШМ [6].

Наряду с более жесткой конструкцией предыдущего поколения акушерских разгружающих pessaries сегодня в Украине зарегистрированы и разрешены к применению pessaries из гибкого силикона, имеющие форму чаши и отличающиеся по внешнему диаметру (65 или 70 мм), а также по высоте искривления (каждый 17, 21, 25, 30 мм). Внутренний диаметр для всех моделей составляет 32 либо 35 мм (рис. 3, 4). Необходимая высота определяется индивидуально при оценке бимануальной и эхографической длины ШМ и ее консистенции. Выбор внешнего и внутреннего диаметров pessaria осуществляется на основании оценки размера верхней трети влагалища и диаметра ШМ соответственно при влагалищном исследовании с учетом количества родов в анамнезе (табл.). Перфорированная модель обеспечивает лучший отток жидкости при повышенной вагинальной секреции и более предпочтительна у беременных.

Показания к применению практически не отличаются от таковых для других акушерских pessaries: ИЦН функционального и органического генеза, в том числе для профилактики несостоятельности циркулярного шва при хирургической коррекции ИЦН; принадлежность беременных

к группе риска по невынашиванию (пациентки, имеющие в анамнезе выкидыши в поздних сроках, преждевременные роды, страдающие привычным невынашиванием беременности); наступление беременности после продолжительного срока бесплодия; нарушения функции яичников, генитальный инфантилизм; угроза невынашивания настоящей беременности в сочетании с прогрессирующими изменениями ШМ; многоплодная беременность, в том числе после применения вспомогательных репродуктивных технологий; угроза прерывания настоящей беременности и измененные психоадаптационные реакции в отношении завершения беременности.

Противопоказания к введению акушерского pessaria любой конструкции: экстрагенитальные заболевания, при которых противопоказано пролонгирование беременности; рецидивирующие кровянистые выделения из половых путей во II-III триместрах беременности; выраженная степень ИЦН (пролабирование плодного пузыря) или нарушение его целостности.

При воспалительных заболеваниях влагалища, ШМ, наружных половых органов необходима предварительная санация очагов инфекции с последующим бактериологическим контролем.

Обработка pessaria: изделие не должно использоваться другими пациентами, и его следует хранить при комнатной температуре. Перед введением pessaria необходимо промыть теплой водопроводной водой и продезинфицировать с использованием альдегидсодержащих растворов.

Введение pessaria: после осмотра женщины при опорожненном мочевом пузыре pessary в согнутом состоянии помещают во влагалище и далее располагают по отношению к сводам с меньшим диаметром, больший диаметр при этом поддерживается тазовым дном. После того как pessary установлен на ШМ путем давления пальцами, введенный во влагалище, на край pessaria, расположенный у заднего свода, необходимо выполнить смещение его (вместе с ШМ) к крестцу.

Таким образом, ШМ должна быть расположена в пределах верхнего кольцевого диаметра и сакрализована. Сакрализация ШМ позволяет достичь отсутствия давления со стороны плода на внутренний зев, что обеспечивает основной механизм действия pessaria.

Методика установки проста, не требует анестезии, легко переносится пациентками. В качестве смазочного средства можно использовать глицерин или гель Вагисан на основе молочной кислоты, способствующий поддержанию нормального уровня pH влагалища.

Введение pessaries возможно как в стационарных, так и в амбулаторных условиях.

Извлечение pessaria: в плановом порядке акушерский разгружающий pessary извлекают в сроке 37-38 нед беременности, как в условиях стационара, так и амбулаторно. Техника извлечения обратна введению. Извлекается pessary легко и безболезненно.

Клинические ситуации, требующие досрочного удаления pessaria:

- необходимость экстренного родоразрешения;
- несвоевременное излитие околоплодных вод;
- развитие родовой деятельности;
- явления хориоамнионита.

Санация у пациенток с установленным pessarium выполняется в соответствии с вышеизложенным алгоритмом при наличии показаний. Удаление pessaria во время санации не требуется.

Побочные эффекты и осложнения: при правильном положении pessaria (с обращением искривления и меньшего диаметра кверху), как правило, специфические жалобы не возникают. Некоторые беременные, использующие pessary, отмечают появление обильных белей, чаще безмикробного характера.

В случаях развития неспецифического бактериального вагинита возможна санация на фоне использования pessaria хлоргексидинсодержащими препаратами.

Эффективность: в зарубежных исследованиях (уровень доказательств В) изучали эффективность акушерских pessaries у женщин с короткой ШМ. Было показано, что у беременных с длиной ШМ ≤ 25 мм, которым был введен pessary и использована выжидательная тактика, частота



Рис. 3. Пессарий акушерский разгружающий «Юнона»



Рис. 4. Пессарий силиконовый: цервикальный перфорированный

Правила подбора акушерских pessaries

		Внутренний диаметр		Наружный диаметр		Высота			
		32	35	65	70	17	21	25	30
I триместр	ОДНОПЛОДНАЯ								
	Первородящая	+		+		+			
	Первородящая*		+	+			+		
	Повторнородящая	+			+	+			
	Повторнородящая*		+		+		+		
	ДВОЙНЯ								
	Первородящая	+		+			+		
	Первородящая*		+	+			+		
II триместр (многоплодная)	БЕЗ РАСШИРЕНИЯ ВНУТРЕННЕГО ЗЕВА								
	Первородящая	+		+				+	+
	Повторнородящая	+			+			+	+
	V ИЛИ U ФОРМА ВНУТРЕННЕГО ЗЕВА								
II триместр (одно-плодная)	Первородящая		+	+				+	+
	Повторнородящая		+		+			+	+

* с изменениями на ШМ, в т.ч. швы на матке.

преждевременных родов составила 6% против 27% среди женщин группы контроля, у которых не были использованы пессарии (отношение шансов 0,18; 95% доверительный интервал 0,08-0,37; $p < 0,0001$). Пациентки с длиной ШМ < 25 мм (по данным трансвагинальной эхографии) имеют чрезвычайно высокий риск преждевременных родов и нуждаются в назначении сохраняющей терапии [20].

Раннее исследование ШМ у женщин из групп риска по невынашиванию беременности, выявление риска развития ИЦН на более ранних сроках гестации (15-16 нед) и введение пессария с целью предотвращения прогрессирования этого состояния, по данным отечественных авторов, способствуют повышению эффективности метода до 97% [17].

Таким образом, преимуществами использования пессариев в акушерской практике являются:

- возможность применения метода в амбулаторных условиях;
- отсутствие необходимости в госпитализации и анестезиологическом пособии;
- безболезненность и простота введения пессария;
- снижение риска инфицирования и травматизма в родах;
- экономическая целесообразность.

Подытоживая изложенную информацию, можно предложить следующий алгоритм действий акушера-гинеколога при выявлении ИЦН.

- Диагностические действия (осмотр, пальпация ШМ, УЗИ + цервикальный стрессовый тест, определение уровня рН влагалища, концентрации прогестерона в крови, бактериологическое обследование).
- Двухэтапная санация половых путей с использованием местного антимикробного препарата и селективного пробиотика

Вагисан (вагинальные капсулы на основе штаммов *Lactobacillus rhamnosus GR-1™* и *Lactobacillus reuteri RC-14™*, 7 дней)

- Прогестероновая поддержка (микронизированный прогестерон Лютеина сублингвально 50-100 мг 2 раза в сутки).

- Введение акушерского пессария (с использованием увлажняющего геля Вагисан на основе молочной кислоты) или серкляж.

- Длительная поддержка рН влагалища (применение пробиотика Вагисан в форме капсул для перорального применения длительностью до 1 мес; средство для ежедневной интимной гигиены на основе ромашки, календулы и молочной кислоты Вагисан).

- Прогестероновая поддержка (микронизированный прогестерон Лютеина в вагинальной форме по 50-150 мг 2 раза в сутки).

- Периодический контроль эффективности (определение уровня рН влагалища, при необходимости – бактериоскопическое/бактериологическое обследование; УЗИ).

- Удаление пессария в сроке 37-38 нед с последующей санацией перед родами по тем же принципам.

Литература

1. Акушерство: национальное руководство / Под ред. Э.К. Айламазяна, В.И. Кулакова, В.Е. Радзинского, Г.М. Савельевой. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 1200 с.
2. Акушерство та гінекологія: нац. підруч.: у 4 т. / Кол. авт., за ред. акад. НАМН України, проф. В.М. Запорожана. – Т. 1: Акушерство / В.М. Запорожан, В.К. Чайка, Л.Б. Маркін та ін.; за ред. акад. НАМН України, проф. В.М. Запорожана. – К.: ВСВ «Медицина», 2013. – 1032 с. + 4 с. кольор. вкл.
3. Васеленко В.А., Гордиенко И.Ю. Истмико-цервикальная недостаточность: все еще клинико-диагностическая проблема? // Ультразвуковая перинатальная диагностика. – 2005. – № 18. – С. 21-30.
4. Влияние неспецифического кольпита и цервицита на интеграцию вируса папилломы человека 16 типа в геном у больных с фоновыми

заболеваниями и предраком шейки матки / Т.П. Якимова, С.М. Карташов, О.А. Белодед, Г.Ж. Удербаява // Здоровье женщины – 2005. – № 2 (22). – С. 97-99.

5. Дубоссарская З.М., Дубоссарская Ю.А., Нагорнюк В.Т. Дискуссионные вопросы патологического течения беременности и родов при дисплазии соединительной ткани (обзорная статья) // 36. науч. пр. Асоціації акушерів-гінекологів України. – К.: Поліграф плюс, 2014. – С. 125-129.
6. Журавлев А.Ю., Занько С.Н. Исходы беременности при консервативной и хирургической коррекции истмико-цервикальной недостаточности // Медико-социальные проблемы сім'ї. – 2006. – Т. 11, № 2. – С. 44-46.
7. Инструкция по применению акушерского разгружающего пессария для профилактики невынашивания беременности у женщин с истмико-цервикальной недостаточностью / С.Н. Занько, В.Г. Доройдейко, А.Ю. Журавлев. – Витебск, 1999. – 15 с.
8. Коханевич Е.В., Суханова А.А. Алгоритм лікування вагітних з патологією шийки матки // Жіночий лікар. – 2010. – № 6 (32). – С. 16-18.
9. Куковенко Е.М., Саркисов С.Э. Возможности трансвагинального ультразвукового исследования и цервикогистероскопии в диагностике полипов цервикального канала // Ежеквартальный научно-практический журнал. – 2003. – № 1. – С. 41-46.
10. Маркін Л.Б., Прокіп У.Є. Функціональна істміко-цервикальна недостатність як прояв недиференційованої дисплазії сполучної тканини // 36. науч. пр. Асоціації акушерів-гінекологів України. – К.: Поліграф плюс, 2014. – С. 2315-2322.
11. Машинин А.Н. Клиническая оценка эффективности лечения истмико-цервикальной недостаточности // Репродуктивное здоровье женщины. – 2003. – № 4 (16). – С. 31-33.
12. Мониторинг патологии шейки матки у беременных / Н.Н. Волошина, О.Ю. Петрова, Т.П. Кузнецова и др. // Здоровье женщины. – 2007. – № 2 (30). – С. 63-67.
13. Про затвердження протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги «Доброякісні та передракові процеси шийки матки»: наказ МОЗ України від 31.12.2004 р. № 676. – К., 2004.
14. Про затвердження протоколу з акушерської допомоги «Перинатальні інфекції»: наказ МОЗ України від 27.12.2006 р. № 906. – К., 2006.
15. Ониськів Б.О., Бегош Б.М., Шадріна В.С. Лікування істміко-цервикальної недостаточності у жінок з невиношуванням вагітності //

Невиношування вагітності (зб. наук. пр.). – К., 1997. – С. 323-324.

16. Суханова А.А. Патогенез, профілактика, діагностика і лікування фонових і передракових процесів шийки матки у вагітних: автореф. дис...к.м.н.: 14.01.01. – К., 2010. – 35 с.
17. Предупреждение репродуктивных потерь: стратегия и тактика. Избранные материалы Образовательного семинара «Инновации в акушерстве и гинекологии с позиций доказательной медицины»: информационный бюллетень / Под ред. проф. В.Е. Радзинского. – М.: Редакция журнала Status Praesens, 2014. – 24 с.
18. Применение неинвазивного метода профилактики и лечения истмико-цервикальной недостаточности / И.А. Жабченко, А.Г. Коломийцева, Н.Я. Скрипченко, Т.Д. Букшицкая // Труды Крымского государственного медицинского университета им. С.И. Георгиевского «Проблемы, достижения и перспективы развития медико-биологических наук и практического здравоохранения». – 2007. – Т. 143, Ч. III. – С. 76-79.
19. Профілактика та лікування найближчих та віддалених наслідків пологових травм м'яких тканин родового каналу / І.А. Жабченко, О.М. Бондаренко, Т.М. Коваленко, Т.Д. Букшицка // Здоровье женщины. – 2006. – № 2. – С. 95-98.
20. Романенко Т.Г., Мельничук І.П. Багатоплідна вагітність та істміко-цервикальна недостатність // Здоровье женщины. – 2014. – № 6 (92). – С. 33-40.
21. Руководство по эффективной помощи при беременности и рождении ребенка / М. Энкин, М. Кейрс, Д. Нейлсон и др. / Пер. с англ. под ред. А.В. Михайлова. – СПб.: Петрополис, 2003. – 480 с.
22. Савицкий Г.А., Савицкий А.Г. Биомеханика физиологической и патологической родовой схватки. – СПб.: Элби-СПб, 2003. – 287 с.
23. Туманова Л.Е., Коломиец О.В. Микроэкология влагалища и цервикального канала у беременных с патологией шейки матки // Здоровье женщины. – 2005. – № 2 (22). – С. 46-48.
24. Цвігун М.В. Невиношування вагітності – один із наслідків перенесених оперативних втручань на шийці матки у жінок репродуктивного віку // Здоровье женщины. – 2014. – № 8 (94). – С. 44-46.
25. Щербина М.О., Му'Авія Салем Насер Альмарат. Нові шляхи оптимізації ведення жінок з істміко-цервикальною недостатністю // 36. науч. пр. Асоціації акушерів-гінекологів України. – К.: Поліграф плюс, 2014. – С. 315-317.

37



Лютеїна
Мікронізований прогестерон

СУЧАСНІ ФОРМИ МІКРОНІЗОВАНОГО
НАТУРАЛЬНОГО ПРОГЕСТЕРОНУ

ШВИДКІСТЬ ТА СИЛА ЕФЕКТУ МАЄ ЗНАЧЕННЯ!



Початок дії Лютеїни вже через
30 хвилин!

Швидка та максимальна біодоступність
обумовлена унікальністю форм Лютеїни!

- Швидкість настання ефекту вже за 30 хвилин при сублінгвальному застосуванні¹
- Відсутність первинного проходження через печінку – висока біодоступність¹
- Сприяє овуляції та підтримці вагітності²



ТАБЛЕТКИ ВАГІНАЛЬНІ №30. Склад: 1 таблетка містить прогестерону мікронізованого - 50 мг. Показання: лікування порушень, пов'язаних з дефіцитом прогестерону, порушення менструального циклу, болісні менструації, ановуляційні цикли, передменструальний синдром, дисфункціональні маткові кровотечі, ендометріоз матки, безпліддя, звичні і загрозові викидні, недостатність лютеїнової фази передменопаузального періоду, а також у гормональній замісній терапії та у програмах штучного запліднення. Побічні реакції: під час застосування Лютеїни, вагінальних таблеток, що містить прогестерон, ідентичний ендogenous гормону, побічні ефекти спостерігалися спорадично. В окремих випадках відзначалися сонливість, порушення концентрації і уваги, відчуття страху, депресивні стани, головний біль та запаморочення (дивіться повну інструкцію). Протипоказання: підвищена чутливість до компонентів препарату, злаякісні пухлики молочних залоз. Реєстраційне посвідчення: UA/5244/01/01



ТАБЛЕТКИ СУБЛІНГВАЛЬНІ №30. Склад: 1 таблетка містить прогестерону мікронізованого - 50 мг. Показання: лікування ендogenous дефіциту прогестерону у формі порушень менструального циклу, вторинної аменореї, ановуляторних циклів, передменструального синдрому, функціональних маткових кровотеч, при штучному заплідненні, безплідді, пов'язаному з лютеїновою недостатністю, звичному невиношуванні та загрози мимовільного аборті при дефіциті прогестерону, недостатності жовтого тіла, вторинній аменореї, запобігання гіпертрофії ендометрія у жінок, які приймають естрогени (наприклад, при гормональній замісній терапії). Побічні реакції: у поодиноких випадках відзначалися сонливість, порушення концентрації та інші (дивіться повну інструкцію). Протипоказання: підвищена чутливість до компонентів препарату, період годування груддю, підозрювана або підтверджена неоплазія грудей або статевих органів, невизначені кровотечі зі статевих шляхів. Реєстраційне посвідчення: UA/5244/02/01



Виробник: ТОВ «АДАМЕД», Польща. Пабяницький
фармацевтичний завод Польфа А.Т., Польща.
Заявник: ТОВ «АДАМЕД», Польща. Представництво
в Україні: 01015, м. Київ, вул. Редутна, 10
Тел./факс: (044) 280-57-16, 280-57-84

1. Н.В. Хомяк, В.И. Мамчур. Клиникофармакологические особенности современных лекарственных форм микронизированного прогестерона, применяющихся во время беременности // Здоровье женщины. – 2014. – № 4(90).

2. Инструкция для медицинского застосування препарату Лютеїна.

*Повна інформація міститься в інструкції для медичного використання препарату. Інформація призначена для професійної діяльності фахівців охорони здоров'я