

9. Glaros A. G. Williams K., Lausten L. The role of parafunctions, emotions and stress in predicting facial pain. *J. Am. Dent. Assoc.* 2005; 136: 451–8.
10. Lebedenko I. Ju., Kalivradzhian Je. S., Ibragimov T. I., Bragin E. A. *Rukovodstvo po ortopedicheskoj stomatologii. Protezirovanie pri polnom otsutstvii zubov [Guide to Orthopedic Dentistry. Prosthetics with complete absence of teeth].* M.: Med. Kniga. 2011: 448.
11. Bragin E. A., Vakushina E. A. *Sovremennye metody diagnostiki, prognozirovaniya i lecheniya narushenij smykanija zubnyh rjadov [Modern methods of diagnosis, prediction and treatment of dental abnormalities].* Stavropol': SGMA. 2006: 162.
12. Dolgalev A. A., Bragin E. A., Prijma N. V. Determining the area of occlusal contacts for evaluation of masticatory efficiency in prosthetics of patients with complete loss of teeth. *Novoe v teorii i praktike stomatologii.* 2006: 116-122.
13. Dolgalev A. A., Bragin E. A. Complex examination and treatment of a patient with severe occlusion disorders. *Sovrem. ortopedicheskaja stomatologija.* 2007;7: 17- 20.
14. Bragareva N.V. *Jefferktivnost' obsledovanija i lechenija pacientov s razlichnymi faktorami kompensacii okkluzionnyh vzaimootnoshenij pri fiziologicheskoj okkluzii [Efficiency of examination and treatment of patients with various factors of occlusal relationships compensation in case of physiological occlusion].* Abstract of a candidate's thesis of medical sciences. Stavropol'; 2014:13

Робота надійшла в редакцію 20.07.2018 року.

Рекомендована до друку на засіданні редакційної колегії після рецензування

УДК 618.39-084:615.477.87

DOI <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.1450879>

Е. Н. Носенко, Камел Бакари

ПЕРФОРИРОВАННЫЙ АКУШЕРСКИЙ ПЕССАРИЙ ДОКТОРА АРАБИН ПРИ ВЕДЕНИИ БЕРЕМЕННЫХ ГРУППЫ ВЫСОКОГО РИСКА ПО РАЗВИТИЮ ИСТМИКО-ЦЕРВИКАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Одесский национальный медицинский университет

Summary. Nosenko O. M., Kamel Bakary. **PERFORATED OBSTETRIC PESSARY OF DOCTOR ARABIN IN WOMEN WITH HIGH-RISK OF ISCHEMIC-CERVICAL INSUFFICIENCY.** - *Odessa National Medical University; e-mail: nosenko.olena@gmail.com.* The article analyzes the effectiveness of the therapeutic and prophylactic application of perforated obstetric silicone pessaries of Dr. Arabin in high-risk women for ischemic-cervical insufficiency. 42 pregnant women were under observation. All patients underwent transvaginal ultrasound cervicometry, in which the length of the cervix, the width of the cervical canal and the internal os were measured. Cervicometry data were confirmed by vaginal examination and evaluation of structural changes in the cervix and took into account the data of the Steinber's scale. Pessary was installed with a score of 5 or more. Term deliveries in this group were in 88.3% women. 55 newborns were born alive, in one case (2.4%) there was an intranatal death of two fetuses with extremely low body weight from a multiple pregnancy. The observed women had no bleeding during childbirth and the postpartum period, as well as purulent-septic complications.

Key words: pregnancy, high risk, ischemic-cervical insufficiency, perforated obstetric pessary of Dr. Arabin, childbirth.

Реферат. Носенко Е. Н., Камел Бакари. **ПЕРФОРИРОВАННЫЙ АКУШЕРСКИЙ ПЕССАРИЙ ДОКТОРА АРАБИН ПРИ ВЕДЕНИИ БЕРЕМЕННЫХ ГРУППЫ ВЫСОКОГО РИСКА ПО РАЗВИТИЮ ИСТМИКО-ЦЕРВИКАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ.** В статье проанализирована эффективность лечебно-профилакти-

ческого наложения перфорированных акушерских силиконовых пессариев доктора Арабин у женщин высокого риска по истмико-цервикальной недостаточности. Под наблюдением находилось 42 беременных. Всем пациенткам проводилась трансвагинальная ультразвуковая цервикометрия, при которой измеряли длину шейки матки, ширину цервикального канала и внутреннего зева. Данные цервикометрии подтверждали данными вагинального осмотра и оценки структурных изменений шейки матки и учитывали данные анамнеза по шкале Штейнберга. Пессарий устанавливали при сумме баллов 5 и более. Удельный вес срочных родов в данной группе составил 88,3 %. Живыми родились 55 новорожденных, в одном случае (2,4 %) отмечена интранатальная гибель двух плодов с экстремально низкой массой тела из многоплодной беременности. У наблюдаемых женщин отсутствовали кровотечения в родах и послеродовом периоде, а также гнойно-септические осложнения.

Ключевые слова: беременность, высокий риск, истмико-цервикальная недостаточность, перфорированный акушерский пессарий доктора Арабин, роды.

Реферат. Носенко О. М., Камель Бакарі. **ПЕРФОРОВАНІЙ АКУШЕРСЬКИЙ ПЕСАРІЙ ДОКТОРА АРАБІН ПРИ ВЕДЕННІ ВАГІТНИХ ГРУПИ ВИСОКОГО РИЗИКУ З РОЗВИТКУ ІСТМІКО-ЦЕРВІКАЛЬНОЇ НЕДОСТАТНОСТІ.** У статті проаналізовано ефективність лікувально-профілактичного накладання перфорованих акушерських силіконових пессаріїв доктора Арабін у жінок високого ризику з розвитку істміко-цервікальної недостатності. Під наглядом перебувало 42 вагітних. Усім пацієнткам проводилася трансвагінальна ультразвукова цервікометрія, при якій вимірювали довжину шийки матки, ширину цервікального каналу і внутрішнього вічка. Дані цервікометрії підтверджували даними вагінального огляду та оцінки структурних змін шийки матки і враховували дані анамнезу за шкалою Штейнберга. Пессарій встановлювали при сумі балів 5 і більше. Питома вага строкових пологів в даній групі склала 88,3%. Живими народилися 55 немовлят, в одному випадку (2,4%) відзначена інтранатальна загибель двох плодів з екстремально низькою масою тіла з багатоплідної вагітності. У спостережуваних жінок були відсутні кровотечі в пологах і післяпологовому періоді, а також гнійно-септичні ускладнення.

Ключові слова: вагітність, високий ризик, істміко-цервікальна недостатність, перфорований акушерський пессарій доктора Арабін, пологи.

Каждый десятый ребенок в мире рождается раньше положенного срока [9]. При этом на долю недоношенных детей приходится до 70 % ранней неонатальной смертности и 65-75 % детской смертности. Мертворождаемость при преждевременных родах в 8-13 раз выше, чем при родах в срок [8].

Причины невынашивания беременности сложны и многообразны. Общеизвестно, что одной из его основных причин является истмико-цервикальная недостаточность (ИЦН) [1, 2]. ИЦН (код МКБ-10 O34.3) (лат. *insufficiencia isthmi cocervicalis: isthmus [uteri]* «перешеек матки» + *cervix [uteri]* «шейка матки»; англ. *cervical incompetence, cervical insufficiency*) – размягчение, расширение и укорочение шейки матки до 37-й недели беременности при отсутствии угрозы прерывания.

На долю ИЦН приходится от 14,3 до 65 % поздних абортів и 20-37 % преждевременных родов. Сроки прерывания беременности при ИЦН, по данным литературы, варьируют от 10 до 28 недель, чаще всего в 16-20 недель. Наблюдающийся в настоящее время рост эндокринной патологии, многоплодия, дисплазий соединительной ткани и беременностей после вспомогательных репродуктивных технологий неизбежно приводит к увеличению частоты ИЦН [1, 2, 8].

Основными методами профилактики и лечения этой акушерской патологии являются: серкляж, акушерский пессарий и применение препаратов прогестерона.

История применения акушерских пессариев давняя. Еще в Древней Греции для поддержания шейки матки у беременных использовались специальные камни. В современном акушерстве история применения пессариев берет начало с 1950 г. [4]. В конце 1970-х гг. Hans Arabin в Западной Германии разработал круглый конусообразный

акушерский пессарий, сделанный из гибкого силикона. Дизайн этого пессария впервые был опубликован в главе книги F. Kubli и B. Arabin (1982) [5]. Через 10 лет в 1991 г. было опубликовано полное описание пессариев доктора Арабин и использования их в лечебных целях [3].

Во время беременности шейка матки имеет сомкнутый цервикальный канал, плотно заполненный слизистой пробкой. Высказывается гипотеза о том, что нарушение слизистой пробки, например, при раскрытии цервикального канала, может привести к восходящей инфекции и преждевременным родам [4]. Вагинальный пессарий охватывает шейку матки и сжимает цервикальный канал, и поэтому может предотвратить изменения цервикальной слизистой пробки. Пессарий меняет наклон цервикального канала и исправляет некомпетентную шейку матки, направленную вперед по оси влагалища. Он снимает прямое давление на внутреннюю цервикальную ось, распределяя вес беременной матки на тазовое дно, ретросимфизальные остеомаскулярные структуры и полость Дугласа и, таким образом, может препятствовать преждевременной дилатации шейки матки и преждевременному разрыву околоплодных оболочек. Кроме того, он блокирует опускание головки плода и надавливает на внутренний зев [6, 10].

Наложение цервикального пессария является относительно неинвазивным вмешательством, его можно легко ввести и удалить в амбулаторной клинике без применения анестезии. В последнее время все чаще используются перфорированные акушерские силиконовые пессарии доктора Арабин. Они имеют разные размеры диаметра и высоты, которые можно подобрать, используя специальные таблицы, которые учитывают паритет родов и количество плодов [7]. Они являются гибкими и облегчают шейку матки, так что меньший внутренний диаметр пессария охватывает шейку матки. После введения пессария пациентку кратковременно наблюдают, чтобы не было никакого дискомфорта, вагинальной кровопотери или сократительной активности матки.

Цель исследования: изучить эффективность лечебно-профилактического наложения перфорированных акушерских силиконовых пессариев доктора Арабин у женщин высокого риска по истмико-цервикальной недостаточности.

Материалы и методы

Исследование проведено на базе КУ «Родильный дом № 7» г. Одессы и Областного перинатального центра г. Одессы.

Под наблюдением находились 42 беременных группы высокого риска по развитию истмико-цервикальной недостаточности. Критериями исключения из исследования являлись урогенитальные инфекции; кровянистые выделения из половых путей; врожденный порок развития плода, регулярные сокращения матки, кровотечения из половых путей, разрыв плодных оболочек, предлежание плаценты, хирургический серкляж шейки.

Оценивались анамнестические данные, течение предыдущей беременности и родов и данной беременности, клинические и лабораторные показатели, данные цервикометрии. В исследовании использовались перфорированные силиконовые пессарии доктора Арабин, предназначенные для предотвращения преждевременных родов у женщин группы риска.

Всем пациенткам проводилась трансвагинальная ультразвуковая цервикометрия, при которой измеряли длину шейки матки, ширину цервикального канала и внутреннего зева. Данные цервикометрии подтверждали данными вагинального осмотра и оценки структурных изменений шейки матки и учитывали данные анамнеза по шкале Штейнбергера. Пессарий устанавливали при сумме баллов 5 и более.

Пессарии устанавливались в наиболее оптимальные сроки (11-22 недели беременности). Размер пессария в каждом конкретном случае определялся врачом после детального исследования с учетом анатомических особенностей шейки матки, согласно инструкции по применению. Проводилась предварительная санация при изменениях в биоценозе влагалища. Перед введением пессарий смазывали мазью, 1 г которой содержит мирамистин. Микроскопическое исследование влагалищного содержимого проводилось в динамике, с интервалом 4 недели.

Обязательным условием было наличие информированного согласия пациентки на проводимое исследование. Исследование одобрено этическим комитетом Одесского национального медицинского университета.

Статистическая обработка данных проводилась с применением «Microsoft Excel».

Результаты исследования и обсуждение

По срокам гестации в группе наблюдения перфорированный акушерский пессарий доктора Арабин был установлен: в 11-14 недель – у 8 (19,0 %) беременных; в 15-18 недель – у 21 (50,0 %); 19-22 недель – у 13 (31,0 %).

Изучение анамнеза пациенток позволило выявить, что большинство женщин находилось в среднем репродуктивном возрасте. Средний возраст составил $30,3 \pm 0,8$ года, находился в пределах от 18 до 43 лет. Процент работающих женщин – 81,0 % (34), из них высшее образование имели 48 % (47,1 %). Паритет у обследуемых пациенток был следующим: первобеременные – 28,6 %, повторнобеременные – 71,4 %, первородящие – 57,1 %, повторнородящие 42,9 %. Беременность была первой у 28,6 %, второй – у 26,2 %, третьей – у 23,8 %, четвертой – у 9,5 %, пятой – у 4,8 %, шестой у 7,1 %. Средняя масса плода у повторнородящих в предыдущих родах составила 2846 ± 198 г, при этом у 27,8 % из них превышала 4000 г, что, возможно сыграло роль в развитии ИЦН при исследуемой беременности.

У большинства пациенток (96,3 %) имел место отягощенный акушерско-гинекологический анамнез: воспалительные заболевания (9,5 %), бесплодие в анамнезе (26,2 %), СПКЯ (7,1 %), миома матки (2,4 %), двурогая матка – 2,38 %, самопроизвольные аборты (23,8 %), искусственные аборты (39,5 %).

У 26,2 % женщин беременность наступила после проведения искусственного оплодотворения. Многоплодные беременности наблюдались у 33,3 % пациенток, при этом у 31,0 % – двойня, у 2,4 % – тройня. Монохориальными многоплодные беременности были в 28,6 % случаев, в 71,43 % – полихориальными. Моноамниотических многоплодных беременностей в исследовании не было.

Среди экстрагенитальной патологии встречались болезни мочевыделительной системы в 16,7 % случаях (бессимптомная бактериурия у 7,1 %, хронический пиелонефрит – у 7,1 %, мочекаменная болезнь – у 2,4 %), сердечнососудистой системы – у 28,7 % (пороки сердца – у 4,8 %, миокардитический атеросклероз – у 2,4 %, вегето-сосудистая дистония – у 11,9 %, тахикардийный синдром – у 4,8 %, варикозная болезнь – у 4,8 %), заболевания пищеварительной системы и желчевыводящих путей – у 16,7 %. Хроническая железодефицитная анемия составила 38,1 %. Обращает на себя внимание высокая частота перенесенных в детстве вирусных инфекций – ветряная оспа у 45,2 %, корь – у 7,1 %, эпидемический паротит – у 9,5%, краснуха – у 7,1 %.

Показаниями для наложения пессария явились: аномальное расположение плаценты – 35,4 %; миома матки – 25,6 % (структура миоматозных узлов: интрамуральная миома – 28,6 %; субсерозная миома с узлами больших размеров и средних размеров – 45,6 % и 28,8 %, соответственно); ИЦН – 11,0 %; многоплодная беременность – 13,4 %; беременность после ЭКО – 14,6 %.

Определенный интерес представляет ведение беременных с аномально расположенной плацентой, так как имеются разноречивые литературные данные по коррекции ИЦН в данной группе пациенток. При наблюдаемой беременности у 9,5 % женщин регистрировалась низкая плацентация, у 2,4 % – центральное предлежание плаценты. Вследствие миграции плаценты к концу беременности ее расположение во всех случаях было нормальным. У 11,9 % пациенток беременность осложнилась маловодием, у 14,3 % – многоводием, у 2,4 % – тяжелой преэклампсией, у 2,4 % беременность замерла в сроке 20 недель.

Обязательным условием перед наложением пессария явилось отсутствие нарушений биоценоза влагалищного биотопа. У каждой третьей беременной проведена санация влагалища перед введением акушерского пессария в связи с изменениями биотопа, ассоциированными с бактериальным вагинозом, аэробным вагинитом и/или генитальным кандидозом. На фоне применения пессария в исследуемой группе неспецифический вагинит развился в 7,1 % случаев, в связи с чем была проведена соответствующая санация.

Акушерский пессарий доктора Арабин извлекался непосредственно с началом родовой деятельности или перед оперативным родоразрешением, после чего проводилась профилактическая санация антисептиками.

Проанализированы исходы беременностей и родов у женщин с акушерским пессарием доктора Арабин в группе высокого риска по развитию ИЦН. Результаты проведенных исследований показали, что осложненные роды наблюдались в 11,9 % случаев

женщин групп высокого риска (стремительные роды составили 2,4 %, быстрые – 7,1 %, затяжные роды – 2,4 %).

Средняя продолжительность первого периода родов составила 6 час 15 мин (± 0 час 33 мин), второго периода – 18 мин ($\pm 1,7$ мин), минимальная продолжительность родов достигала 1 час 50 мин, максимальная – 14 час 35 мин. Беременность осложнилась родовым излитием околоплодных вод в 9,5 % случаев. Аномалия родовой деятельности в родах отмечена у 7,1 % женщин. Процент оперативных родов составил 14,3 %.

Показаниями для оперативных родов явились: многоплодная беременность после ЭКО, прогрессирующая гипоксия плода в родах, миома матки с наличием узла больших размеров, предлежание плаценты, аномалии родовой деятельности в родах. Таких осложнений, как кровотечение в родах и послеродовом периоде, нами отмечено не было. По нашим данным, беременность закончилась преждевременными родами в сроке 24-35 недель в 11,9 % случаев, причем во всех у всех наблюдаемых причиной явилась многоплодная беременность после вспомогательных репродуктивных технологий.

В остальных случаях (88,3 %) беременность завершилась срочными родами. Средний вес доношенного плода составил 3375 ± 245 г. Средний вес недоношенных новорожденных – 1935 ± 193 г. Живыми родились 55 новорожденных, в одном случае (2,4 %) отмечена интранатальная гибель двух плодов с экстремально низкой массой тела из многоплодной беременности.

У наблюдаемых женщин отсутствовали кровотечения в родах и послеродовом периоде, а также гнойно-септические осложнения.

Выводы:

Применение перфорированного акушерского pessaria доктора Арабин при ведении беременных групп высокого риска по развитию истмико-цервикальной недостаточности является высокоэффективным. Удельный вес срочных родов в данной группе составляет 88,3 %.

Литература:

1. Жабченко ИА. Акушерская тактика при истмико-цервикальной недостаточности: решение основных и сопутствующих проблем. Охрана материнства и детства. 2015. 1(25):58-65.
2. Щербина М.О., Му'Авия Салем Насер Альмарадат. Нові шляхи оптимізації ведення жінок з істміко-цервікальною недостатністю. Збірник наукових праць Асоціації акушерів-гінекологів України. К.: «Поліграф плюс», 2014: 315-317.
3. Arabin H. Pessartherapie (Therapy with pessaries) In: Martius G, editor. Gynäkologie: Stuttgart, New York: Thieme; 1991:263-276.
4. Becher N, Waldorf KA, Hein M, Uldbjerg N. The cervical mucus plug: structured review of the literature. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*. 2009;88(5):502–513.
5. Kubli F, Arabin B. Frühgeburt (Preterm delivery) In: Dudenhausen JW, editor. Praxis der Perinatalmedizin (Practice of Perinatal Medicine). Stuttgart, New York: Thieme; 1982:148-184.
6. Liem SM, van Pampus MG, Mol BW, Bekedam DJ. Cervical pessaries for the prevention of preterm birth: a systematic review. *Obstet Gynecol Int*. 2013;2013:576723. doi: 10.1155/2013/576723. Published online 2013 Mar 31.
7. Liem SM1, Schuit E1,2,3, van Pampus MG4, van Melick M5, Monfrance M6, Langenveld J6, Mol BW7, Bekedam D4. Cervical pessaries to prevent preterm birth in women with a multiple pregnancy: a per-protocol analysis of a randomized clinical trial. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2016 Apr;95(4):444-51. doi: 10.1111/aogs.12849.
8. MacDorman MF, Gregory ECW. Fetal and perinatal mortality: United States, 2013. *Natl Vital Stat Rep*. 2015;64:1–24.
9. Schoen CN, Tabbah S, Iams JD, Caughey AB4 Berghella V. Why the United States preterm birth rate is declining. *Am J Obstet Gynecol*. 2015 Aug;213(2):175-80. doi: 10.1016/j.ajog.2014.12.011.
10. Vitsky M. Simple treatment of the incompetent cervical os. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*. 1961;81:1194–1197.

References:

1. Zhabchenko IA. Obstetrical tactics in case of Isthmiko-cervical insufficiency: the solution of the main and accompanying problems. *Protection of motherhood and childhood*. 2015. 1 (25): 58-65.
2. Shcherbyna MO, Mu'Avia Salem Nasser Almaradat. New ways of optimizing the management of women with ischemic-cervical insufficiency. Collection of scientific works of the Association of Obstetricians-Gynecologists of Ukraine. Kiev: "The Polygraph Plus", 2014: 315-317.
3. Arabin H. Pessartherapie (Therapy with pessaries) In: Martius G, editor. *Gynäkologie*: Stuttgart, New York: Thieme; 1991:263-276.
4. Becher N, Waldorf KA, Hein M, Uldbjerg N. The cervical mucus plug: structured review of the literature. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*. 2009;88(5):502–513.
5. Kubli F, Arabin B. Frühgeburt (Preterm delivery) In: Dudenhausen JW, editor. *Praxis der Perinatalmedizin (Practice of Perinatal Medicine)*. Stuttgart, New York: Thieme; 1982:148-184.
6. Liem SM, van Pampus MG, Mol BW, Bekedam DJ. Cervical pessaries for the prevention of preterm birth: a systematic review. *Obstet Gynecol Int*. 2013;2013:576723. doi: 10.1155/2013/576723. Published online 2013 Mar 31.
7. Liem SM1, Schuit E1,2,3, van Pampus MG4, van Melick M5, Monfrance M6, Langenveld J6, Mol BW7, Bekedam D4. Cervical pessaries to prevent preterm birth in women with a multiple pregnancy: a per-protocol analysis of a randomized clinical trial. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2016 Apr;95(4):444-51. doi: 10.1111/aogs.12849.
8. MacDorman MF, Gregory ECW. Fetal and perinatal mortality: United States, 2013. *Natl Vital Stat Rep*. 2015;64:1–24.
9. Schoen CN, Tabbah S, Iams JD, Caughey AB4 Berghella V. Why the United States preterm birth rate is declining. *Am J Obstet Gynecol*. 2015 Aug;213(2):175-80. doi: 10.1016/j.ajog.2014.12.011.
10. Vitsky M. Simple treatment of the incompetent cervical os. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*. 1961;81:1194–1197.

Робота надійшла в редакцію 02.07.2018 року.

Рекомендована до друку на засіданні редакційної колегії після рецензування

УДК 618.11- 159.922.8

DOI <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.1450881>

А. В. Камінський

ВПЛИВ ОСОБИСТІСНОГО ПРОФІЛЮ БЕЗПЛІДНИХ ПАЦІЄНТОК ЦИКЛІВ ДОПОМІЖНИХ РЕПРОДУКТИВНИХ ТЕХНОЛОГІЙ НА ЯКІСТЬ ЇХ ЖИТТЯ

Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика

Summary. Kaminsky A. V. **THE EFFECT OF THE PERSONAL PROFILE OF INFERTILE PATIENTS OF ASSISTED REPRODUCTIVE TECHNOLOGIES PROGRAMMAS ON THE QUALITY OF THEIR LIFE.** The article analyzes the influence of the personal profile on the quality of life of infertile patients of assisted reproductive technologies (ART) cycles. 237 women aged 25-44 years were examined, of which 103 were patients of the ART, and 134 were fertile. To assess the personal profile of the patients, the Freiburg personal questionnaire was used, and to assess the quality of life, the questionnaire SF-36 was used. It has been established that prolonged infertility with unsuccessful treatment attempts is a specific chronic psycho-traumatic situation, which determines the formation of characteristic personality features and a peculiar system of psychological protection. Thus, such personal determinants as neuroticism, depressiveness and emotional lability not only impair the quality of life, but also are