

УДК 618.146-008.64:618.3-036-071.1

DOI: 10.35278/2664-0767.1(47).2021.242673

КАМІНСЬКИЙ А.В.¹, ЖДАНОВИЧ О.І.¹, КОЛОМІЙЧЕНКО Т.В.¹,
ІСМАІЛОВ Р. І.^{1,2}, ЯНЮТА С.М.²¹Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика,²Клініка ISIDA

ІСТМІКО-ЦЕРВІКАЛЬНА НЕДОСТАТНІСТЬ: АНАМНЕЗ, ПЕРЕБІГ І НАСЛІДКИ ВАГІТНОСТІ (РЕТРОСПЕКТИВНИЙ АНАЛІЗ)

*Істміко-цервікальна недостатність (ІЦН) лишається однією з провідних причин невиношування вагітності та передчасних пологів. Мета дослідження: визначення частоти істміко-цервікальної недостатності, особливостей анамнезу, перебігу вагітності, пологів, стану новонародженого та виділення потенційних факторів ризику. Матеріал і методи дослідження. Проаналізовано 8728 історій пологів, серед яких виявлено 166 (1,9 %) історій жінок, вагітність яких була ускладнена ІЦН. Основну групу склали 166 вагітних з ІЦН, до контрольної групи відібрали 55 жінок без ІЦН та іншої тяжкої акушерсько-гінекологічної та соматичної патології. Отримані результати та їх обговорення. Частота істміко-цервікальної недостатності в середньому за 5 років складала 1,9 %. При ІЦН достовірно менший відсоток жінок молодшого віку, а у віці 35 і більше років - 27,1 % вагітних проти 10,9 % у групі контролю. Лише третина (33,7 %) жінок з ІЦН можуть вважатись соматично здоровими. У структурі захворюваності переважають ендокринна патологія (30,7 %), серед якої виділяється метаболічний синдром/ожиріння (19,9 %), та хвороби сечовидільної системи (27,7 %). Висока частота патологій серцево-судинної системи (21,1 %) та синдрому вегетативної дисфункції (25,9 %), гепатобілярної патології (15,1 %), хвороб ШКТ (19,3), алергічних проявів (16,9 %). У третини пацієнток (28,9 %) спостерігається поєднання двох і більше соматичних хвороб. Кожна четверта жінка має в анамнезі інфекційну патологію сечовидільної сфери (25,9). У 27,7 % пацієнток - поєднання кількох інфекційних патологій. У половини пацієнток (53,0 %) обтяжений гінекологічний анамнез: цервікальна ектопія (33,7 %), хронічні інфекційні захворювання статеві сфери (16,3 %) та СПКЯ (13,9 %), синехії порожнини матки (6,6 %) та вроджені вади розвитку статевих органів (3,0 %). Поєднання кількох гінекологічних патологій спостерігалось у 18,1 % жінок. У кожній четвертій жінки проведена ексцизія шийки матки (25,9 %), у 42,8 % - внутрішньоматковій втручання з розширенням цервікального каналу, у 59,2 % з них два і більше разів. За акушерським анамнезом самовільні викидні та медичні аборти у 27,7 % та 33,7 % жінок, у 18,1 % - завмерла вагітність, у кожній четвертій пацієнтки передчасні пологи (25,9 %), а кожна 10-та перенесла травми шийки матки. При теперішній вагітності найчастіше відмічають загрозу передчасних пологів (51,2 %), на другому місці - загострення інфекції сечостатевої сфери (41,0 %) та загроза передчасних пологів (38,0 %). Висока частота плацентарної дисфункції (30,7 %), гестаційного діабету (13,9 %), затримки росту плода (12,0 %) та преєклампсії (7,3 %). Передчасні пологи у 38,0 % випадків, у 31,9 % - передчасний розрив плодових оболонок, розродження шляхом кесаревого розтину у 19,3 %. Звертає на себе увагу висока частота внутрішньоутробного інфікування (13,9 %). **Висновок.** На основі результатів ретроспективного аналізу після проведення більш детальної оцінки можливих факторів ризику ІЦН будуть виділені найбільш інформативні з них та запропоновані до застосування в клінічній практиці.*

Ключові слова: вагітність, істміко-цервікальна недостатність, частота, анамнез, пологи, новонароджений

Істміко-цервікальна недостатність (ІЦН) лишається однією з провідних причин невиношування вагітності та передчасних пологів, які обумовлюють високий рівень перинатальних втрат, захворюваність та інвалідність народжених дітей, несуть загрозу для психічного і соматичного здоров'я жінки [1, 2].

Звичне невиношування вагітності є важливою проблемою репродуктивного здоров'я,

оскільки цю подію переживають 2 – 5 % подружніх пар [3, 4, 5]. Крім медичних аспектів даної проблеми, звичне невиношування вагітності чинить значний психологічний вплив на жінок і їх партнерів. Для більшості пар втрата вагітності незалежно від терміну сприймається як втрата новонародженого, а також втрата надій і планів, які майбутні батьки будували в зв'язку з ще не народженою дитиною. Почуття втрати і страж-

дання ще більше поглиблюються після повторних втрат, незалежно від терміну переривання вагітності [6].

Передчасні пологи, які визначаються як народження до 37 тижнів гестації, залишаються актуальною проблемою акушерства, адже саме вони є найчастішою причиною перинатальної захворюваності і смертності у всьому світі [7, 8]. Недоношеність може обумовити незрілість дихання, внутрішньочерепні крововиливи та інфекції, і ці стани можуть призвести до ряду довгострокових ускладнень, таких як інтелектуальні порушення, церебральний параліч, хронічна хвороба легенів, глухота та сліпота. Частота та тяжкість несприятливих наслідків передчасно народжених дітей, що зростають із зменшенням терміну вагітності при народженні, залишаються суттєвою проблемою в клінічній акушерській допомозі.

На долю ПЦН припадає 15-40% пізніх мимовільних викиднів і 30-35% спонтанних передчасних пологів [9]. Серед усіх ускладнень вагітності на цервікальну недостатність припадає від 0,1% до 1,0%. Попередні дослідження виявили, що на недостатність шийки матки припадає 16% - 20% усіх втрат плода у другому триместрі та 10% передчасних пологів [10].

При постійному інтересі як акушерської науки, так і клінічної практики до цієї проблеми, і досі продовжуються суперечки навколо визначення і відповідно діагностики даного стану, можливостей прогнозування передчасних пологів, ефективності і доцільності різних коригуючих методик.

МЕТА ДОСЛІДЖЕННЯ: визначення частоти істміко-цервікальної недостатності, особливостей анамнезу, перебігу вагітності, пологів, стану новонародженого та виділення потенційних факторів ризику.

МАТЕРІАЛ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Проведено ретроспективний аналіз історій пологів, які відбулись на клінічній базі кафедри акушерства, гінекології та репродуктології Національного університету охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика – КНП Київський міський центр репродуктивної та перинатальної медицини та у Клініці ISIDA, за 2015-2019 рр.

Проаналізовано 8728 історій пологів, серед яких виявлено 166 історій жінок, вагітність яких була ускладнена ПЦН, тобто частота ПЦН склала 1,9 %.

Діагноз ПЦН виставлявся згідно до наказів МОЗ України № 417 від 15.07.2011 р та № 624 від 03.11.2008 р на підставі даних анамнезу, клініко-лабораторних та інструментальних методів обстеження.

Для подальшого клініко-статистичного аналізу сформовано наступні групи дослідження: основну групу склали 166 вагітних з ПЦН, до контрольної групи відібрали 55 жінок без ПЦН та іншої тяжкої акушерсько-гінекологічної та соматичної патології.

ОТРИМАНІ РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Частота ПЦН за останні 5 років не знижувалась, навіть прослідковується незначна тенденція до зростання від 1,6 % у 2015 – 2016 рр. до 2,0 – 2,2 % у наступні 3 роки.

Проведений аналіз розподілу вагітних за віком виявив певні відмінності по групах обстежених: у основній групі достовірно меншим був відсоток жінок молодшого віку за віковими інтервалами менше 25 років – майже у 3 рази, 25-29 років – більш ніж у 1,5 рази, тоді як майже 40 % (38,0 %) пацієток з ПЦН склали жінки від 30 до 35 років (проти 23,6 % у контролі, $p < 0,05$), у віці 35 і більше років було 45 (27,1 %) вагітних основної групи проти 6 (10,9 %) у групі контролю ($p < 0,05$). У контрольній групі не було жінок віком за 40 років, тоді як у основній – кожна десята. Частково таку різницю у віці можна пояснити, з одного боку, тим що діагноз ПЦН виставляється, зокрема, за анамнестичними даними про попередні вагітності, з іншого, можливістю накопичення з віком різноманітних порушень в організмі, що можуть впливати на еластичність шийки матки.

Встановлено наступний розподіл за соціальним становищем: в обох групах найбільшу частку (майже половина обстежених) склали службовці, третину – домогосподарки, найменша частка (біля 20 %) припала на представниць робітничих професій. Досліджувані групи не розрізнялись за соціальним становищем ($p > 0,05$). На неблагополучне соціальне становище може вказувати незареєстрований шлюб, частота якого у основній групі у 2 рази перевищувала показник контролю (16,3 % проти 7,3 %, $p < 0,05$), цей факт є додатковим стресогенним фактором для жінки.

Нами виявлено високий рівень соматичної захворюваності у жінок з ПЦН (табл. 1): лише у третини (33,7 %) пацієток не було виявлено захворювань, тоді як 67,3 % жінок контрольної групи вважались соматично здоровими. При цьому у структурі захворюваності переважали ендокринна патологія (30,7 % проти 7,3 % в контролі, $p < 0,05$), серед якої виділявся метаболічний синдром/ожиріння у кожній п'ятій жінки (19,9 % проти 5,5 % у контролі, $p < 0,05$) та хвороби сечовидільної системи (27,7 % проти 5,5 %, $p < 0,05$).

Високою була і частота судинних розладів: патології серцево-судинної системи (21,1 % проти 5,5 %, $p < 0,05$) та синдрому вегетативної дисфункції (25,9 % проти 7,3 %, $p < 0,05$). Достовірно вищою відносно контрольної групи виявилась також частота гепатобіліарної патології (15,1 % проти 5,5 %, $p < 0,05$), хвороб ШКТ (19,3 проти 7,3 %, $p < 0,05$), алергічних проявів (16,9 % проти 5,5 %). Звертає на себе увагу той факт, що

майже у третини пацієток основної групи (28,9 % проти 7,3 % жінок групи контролю, $p < 0,05$) спостерігалось поєднання двох і більше соматичних хвороб, що з урахуванням представленого спектру патології може вказувати на наявність недиференційованої дисфункції сполучної тканини у частини жінок з ІЦН.

Таблиця 1

Соматична захворюваність вагітних з ІЦН

Ознака	Основна група, n= 166		Контрольна група, n= 55	
	абс.ч.	%	абс.ч.	%
Хвороб не виявлено	56	33,7*	37	67,3
Захворювання серцево-судинної системи	35	21,1*	3	5,5
СВД	43	25,9*	4	7,3
Анемія	45	27,1	11	20,0
Ендокринна патологія:	51	30,7*	4	7,3
захворювання щитоподібної залози	28	16,9*	2	3,6
цукровий діабет	8	4,8	-	-
метаболічний синдром/ожиріння	33	19,9*	3	5,5
Хвороби сечовидільної системи	46	27,7*	3	5,5
Гепатобіліарна патологія	25	15,1*	3	5,5
Патологія ШКТ	32	19,3*	4	7,3
Алергія	28	16,9*	3	5,5
Поєднані хвороби	48	28,9*	4	7,3

Примітка. * - статистична достовірність різниці відносно контрольної групи ($p < 0,05$)

На сьогоднішній день загально визнана важлива роль інфекцій у виникненні ІЦН, тому ми проаналізували інфекційну захворюваність в анамнезі жінок досліджуваних груп (табл. 2), яка виявилась суттєво вищою у основній групі вагітних. У два рази вища частка жінок, що страждають на часті ГРВІ (36,1 % проти 18,2 % в контролі, $p < 0,05$), у три рази більше жінок відмітили гострі та хронічні

захворювання дихальних шляхів такі, як пневмонія, ангіна, бронхіт (22,9 % проти 7,3 % відповідно, $p < 0,05$). Кожна четверта жінка з ІЦН мала в анамнезі інфекційну патологію сечовидільної сфери (25,9 проти 7,3 %, $p < 0,05$). У 27,7 % жінок основної групи (проти 12,7 % в контролі, $p < 0,05$) було поєднання кількох інфекційних патологій.

Таблиця 2

Інфекційна захворюваність в анамнезі жінок з ІЦН

Ознака	Основна група, n= 166		Контрольна група, n= 55	
	абс.ч.	%	абс.ч.	%
Дитячі інфекції	78	47,0	19	34,5
Часті ГРВІ	60	36,1*	10	18,2
Гострі та хронічні захворювання дихальних шляхів (пневмонія, ангіна, бронхіт)	38	22,9*	4	7,3
Інфекційні захворювання сечовидільної системи	43	25,9*	4	7,3
Поєднання інфекційних захворювань	46	27,7*	7	12,7

Примітка. * - статистична достовірність різниці відносно контрольної групи ($p < 0,05$)

У половини пацієнток основної групи (53,0 %) відмічено обтяжений гінекологічний анамнез (табл. 3), тоді як у контрольній групі частка таких жінок була значно меншою – лише 14,5 % ($p < 0,05$). Звертає на себе увагу у 10 разів вища щодо показника контрольної групи частота цервікальної ектопії (33,7 проти 3,6 %, $p < 0,05$), хірургічне лікування якої більшість дослідників вважає визначним фактором ризику ІЦН. Також суттєво вища частота хронічних інфекційних захворювань статеві сфери жінки (ендометрит/сальпінгофорит): 16,3 % проти 1,8 % у жінок

контрольної групи ($p < 0,05$), та синдрому полікістозних яєчників (СПКЯ): 13,9 % проти 3,6 % відповідно ($p < 0,05$). Лише у жінок основної групи відмічались синехії порожнини матки (6,6 %) та вроджені вади розвитку статевих органів (3,0 %). Поєднання кількох патологій репродуктивних органів спостерігалось у 18,1 % жінок основної групи, що у 10 разів перевищує такий показник у контрольній групі (1,8 %, $p < 0,05$)

Таблиця 3

Гінекологічний анамнез пацієнток з ІЦН

Ознака	Основна група, n= 166		Контрольна група, n= 55	
	абс.ч.	%	абс.ч.	%
Не обтяжений	78	47,0*	47	85,5
Цервікальна ектопія	56	33,7*	2	3,6
Хронічний ендометрит/сальпінгофорит	27	16,3*	1	1,8
Порушення менструального циклу	28	16,9	5	9,1
СПКЯ	23	13,9*	2	3,6
Синехії	10	6,0	-	-
Вроджені вади розвитку статевих органів	5	3,0	-	-
Поєднання кількох патологій	30	18,1*	1	1,8

Примітка. * - статистична достовірність різниці відносно контрольної групи ($p < 0,05$)

Велика частка жінок основної групи перенесла гінекологічні оперативні втручання, зокрема на шийці матки, що може бути тригером для розвитку ІЦН. Так, кожна четверта жінка відмітила проведення ексцизії (конізації) шийки матки (25,9 % проти 3,6 % жінок з фізіологічним перебігом вагітності, $p < 0,05$). Більш ніж у 40 % (42,8 % проти 7,3 % в контролі, $p < 0,05$) проводились внутрішньоматкові втручання з розширенням цервікального каналу, причому у 59,2 %

з них двічі і більше разів. Кожна 10-та пацієнтка основної групи перенесла оперативні втручання на додатках, що може вказувати на наявні у них гормональні порушення.

Аналіз паритету обстежених жінок показав (табл. 4), що перші пологи були у половини жінок основної групи (51,8 %), що виявилось достовірно нижчим за показник жінок контрольної групи (70,9 %).

Таблиця 4

Акушерський анамнез

Ознака	Основна група, n= 166		Контрольна група, n= 55	
	абс.ч.	%	абс.ч.	%
Перша вагітність	40	24,1*	36	65,5
Перші пологи	86	51,8*	39	70,9
Безпліддя	18	10,8	3	5,5
Самовільні викидні	46	27,7*	1	1,8
Медичні аборти	56	33,7*	2	3,6

Завмерла вагітність	30	18,1*	1	1,8
Передчасні пологи	43	25,9*	3	5,5
Кесарів розтин	28	16,9*	2	3,6
Травми шийки матки	18	10,8	-	-

Примітка. * - статистична достовірність різниці відносно контрольної групи ($p < 0,05$)

Дана вагітність була першою у чверті жінок основної групи (24,1 %) проти 65,5 % жінок групи контролю ($p < 0,05$). Безпліддя в анамнезі відмітили 10,5 % та 5,5 % жінок основної та контрольної групи ($p > 0,05$). Самовільні викидні та медичні аборти відізначили 27,7 % та 33,7 % жінок основної групи проти 1,8 % та 3,6 % - контрольної групи ($p < 0,05$ в обох випадках). У 18,1 % акушерський анамнез обтяжений завмерлою вагітністю (проти 1,8 % в контролі, $p < 0,05$). У кожній четвертій пацієнтки в анамнезі були передчасні пологи (25,9 % проти 5,5 %, $p < 0,05$), а кожна 10-та перенесла травми шийки матки (у групі контролю таких випадків не було).

Діагноз ІЦН виставлявся за відповідними клінічними протоколами МОЗ України: оцінювалась довжина шийки матки, розкриття вічка, акушерський анамнез. Застосовувались наступні методи корекції ІЦН: хірургічний – цервікальний серкляж у 70 (42,2 %) пацієнток, механічний – встановлення акушерського песарію у 51 (30,7 %) жінок, комбінований – цервікальний серкляж та акушерський песарій – у 20 (12,0 %) та консервативний – вичікувальна тактика з рекомендаціями по обмеженню фізичної активності та застосування прогестерону – у 25 (15,1 %) вагітних.

За нашими даними, теперішня вагітність, обтяжена ІЦН, протікала з високою частотою і інших ускладнень вагітності (табл. 5). Найчастіше відмічена загроза переривання, ознаки якої були у половини вагітних основної групи (51,2 % проти 5,5 % у вагітних контрольної групи, $p < 0,05$). На другому місці за частотою опинились загострення інфекції сечостатевої сфери (41,0 % проти 9,1 % відповідно, $p < 0,05$) та загроза передчасних пологів (38,0 % проти 1,8 %, $p < 0,05$). Висока також частота плацентарної дисфункції (30,7 % проти 3,7 % в контролі, $p < 0,05$). Достовірно вищими відносно жінок контрольної групи були також показники частоти гестаційного діабету (13,9 %), затримки росту плода (12,0 %) та преєклампсії (7,3 %).

Як видно з даних таблиці 6 перебіг пологів після ІЦН також характеризувався високою частотою ускладнень, найчастішими з яких були передчасні пологи (38,0 % в основній групі проти 7,3 % у групі порівняння, $p < 0,05$) та передчасний розрив плодових оболонок (31,9 % проти 1,8 % відповідно, $p < 0,05$), що характерно для досліджуваної патології вагітності.

Таблиця 5

Перебіг теперішньої вагітності

Ознака	Основна група, n= 166		Контрольна група, n= 55	
	абс.ч.	%	абс.ч.	%
Загроза переривання	85	51,2*	3	5,5
Загроза передчасних пологів	63	38,0*	1	1,8
Плацентарна недостатність	51	30,7*	4	7,3
Преєклампсія	12	7,2*	1	1,8
Гестаційний діабет	23	13,9*	1	1,8
Гестаційна анемія	30	18,1	7	12,7
ЗРП	20	12,0*	1	1,8
Дистрес плода	27	16,3	6	10,9
Загострення інфекції сечо-статевої сфери	68	41,0*	5	9,1

Примітка. * - статистична достовірність різниці відносно контрольної групи ($p < 0,05$).

Серед інших значущих ускладнень відмічаються дистрес плода в пологах (22,3 %), розродження шляхом кесаревого розтину (19,3 % проти 5,5 %, $p < 0,05$) та аномалії пологової діяльності (13,3 %).

Усі жінки досліджуваних груп народили живих дітей, одна дитина у жінки основної групи померла в ранньому неонатальному періоді внаслідок внутрішньоутробного інфікування (ВУІ), пневмонії.

На відміну від дітей жінок контрольної

групи, переважна більшість (92,7 %) яких народились в задовільному стані, третина новонароджених в основній групі мала ознаки асфіксії різної тяжкості (30,7 % проти 7,3 % в контролі, $p < 0,05$), з них стан 15 (9,0 %) дітей оцінювався як асфіксія тяжкого ступеня, тоді як у контрольній групі жодного такого випадку не відмічено. 63 (38,0 %) дитини в основній групі були недоношеними, 69 (41,6 %) – незрілими, що ускладнює період неонатальної адаптації.

Таблиця 6

Перебіг теперішніх пологів

Ознака	Основна група, n= 166		Контрольна група, n= 55	
	абс.ч.	%	абс.ч.	%
Передчасні пологи	63	38,0*	4	7,3
ПРПО	53	31,9*	1	1,8
Дистрес плода	37	22,3*	4	7,3
Аномалії пологової діяльності	22	13,3*	2	3,6
Кесарів розтин	32	19,3*	3	5,5
Надмірна кровотеча	13	7,8	2	3,6

Примітка. * - статистична достовірність різниці відносно контрольної групи ($p < 0,05$)

Звертає на себе увагу досить висока частота ВУІ в основній групі (13,9 % проти 1,8 % в контролі, $p < 0,05$), що є результатом вищевідміченого зростання випадків загострення інфекційної патології у вагітних цієї групи.

ВИСНОВКИ

Частота істміко-цервікальної недостатності в середньому за 5 років склала 1,9 %. Прослідковується незначна тенденція до зростання показника від 1,6 % у 2015 – 2016 рр. до 2,0 – 2,2 % у наступні 3 роки.

При ІЦН достовірно менший відсоток жінок молодшого віку, а у віці 35 і більше років - 27,1 % вагітних проти 10,9 % у групі контролю. На неблагополучне соціальне становище може вказувати незареєстрований шлюб (16,3 %).

Лише третина (33,7 %) жінок з ІЦН можуть вважатись соматично здоровими. У структурі захворюваності переважають ендокринна патологія (30,7 %), серед якої виділяється метаболічний синдром/ожиріння (19,9 %), та хвороби сечовидільної системи (27,7 %). Висока частота патології серцево-судинної системи (21,1 %) та синдрому вегетативної дисфункції (25,9 %), гепатобіліарної патології (15,1 %), хвороб ШКТ (19,3), алергічних проявів (16,9 %). У третини

пацієнок (28,9 %) спостерігається поєднання двох і більше соматичних хвороб.

Встановлена суттєво вища інфекційна захворюваність: часті ГРВІ (36,1 %), гострі та хронічні захворювання дихальних шляхів (22,9 %). Кожна четверта жінка має в анамнезі інфекційну патологію сечовидільної сфери (25,9). У 27,7 % пацієнок - поєднання кількох інфекційних патологій.

У половини пацієнок з ІЦН (53,0 %) обтяжений гінекологічний анамнез: цервікальна ектопія (33,7 %), хронічні інфекційні захворювання статеві сфери (16,3 %) та СПКЯ (13,9 %), синехії порожнини матки (6,6 %) та вроджені вади розвитку статевих органів (3,0 %). Поєднання кількох гінекологічних патологій спостерігалось у 18,1 % жінок.

У кожної четвертої жінки проведена ексцизія шийки матки (25,9 %), у 42,8 % - внутрішньоматкові втручання з розширенням цервікального каналу, причому у 59,2 % з них два і більше разів. Кожна 10-та пацієнтка перенесла оперативні втручання на придатках.

За акушерським анамнезом самовільні викидні та медичні аборти у 27,7 % та 33,7 % жінок, у 18,1 % - завмерла вагітність. У кожної

четвертої пацієнтки в анамнезі передчасні пологи (25,9 %), а кожна 10-та перенесла травми шийки матки.

Застосовують наступні методи корекції ПЦН: цервікальний серкляж у 42,2 % випадків, встановлення акушерського песарію у 30,7 %, цервікальний серкляж та акушерський песарій – у 12,0 %, рекомендації по обмеженню фізичної активності та застосування прогестерону – у 15,1 %.

При теперішній вагітності, обтяженій ПЦН, найчастіше відмічають загрозу переривання (51,2 %), на другому місці - загострення інфекції сечостатевої сфери (41,0 %) та загроза передчасних пологів (38,0 %). Висока також частота плацентарної дисфункції (30,7 %), підвищені показники частоти гестаційного діабету (13,9 %), затримки росту плода (12,0 %) та прееклампсії (7,3 %). Передчасні пологи у 38,0 % випадків, у 31,9 % - передчасний розрив плодових оболонок. Серед інших значимих ускладнень пологів відмічаються дистрес плода (22,3 %), розродження шляхом кесаревого розтину (19,3 %) та аномалії пологової діяльності (13,3 %).

Третина новонароджених має ознаки асфіксії різної тяжкості (30,7 %), стан 9,0 % дітей оцінюється як асфіксія тяжкого ступеня. 38,0 % дітей недоношені, 41,6 % – незрілі. Звертає на себе увагу висока частота ВУІ (13,9 %).

На основі результатів ретроспективного аналізу після проведення більш детальної оцінки можливих факторів ризику ПЦН будуть виділені найбільш інформативні з них та запропоновані до застосування в клінічній практиці.

ЛІТЕРАТУРА

1. Жабченко И.А., Занько С.Н. Истмико-цервикальная недостаточность: Классификация, этиопатогенез, диагностика, Методы профилактики и коррекции. Охрана материнства и детства. 2020; №1 (35): 64-77.
2. Радзинский В.Е., Оразмуратов А.А., Савенкова И.В., Дамирова К.Ф., Хаддад Х. Преждевременные роды - нерешенная проблема XXI века. Кубанский научный медицинский вестник. 2020; 27 (4): 27-37.
3. Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine Evaluation and treatment of recurrent pregnancy loss: a committee opinion. Fertil Steril. 2012;98(5):1103-1111.
4. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, Scientific Advisory Committee, Guideline No. 17. The Investigation and treatment of couples with recurrent miscarriage. 2011. [Accessed January 10,

2017]. Available from: <http://www.rcog.org.uk/womens-health/clinical-guidance/investigation-and-treatment-couples-recurrent-miscarriage-green-top->

5. Воробйова П, Живецька-Денисова АА, Ткаченко ВВ, Рудакова НВ, Толкач СМ. Невиношування вагітності: сучасні погляди на проблему (Огляд літератури). Здоров'я жінки. 2017; 3(119):113-16.
6. Bardos J., Hercz D., Friedenthal J., Missmer S.A., Williams Z. A national survey on public perceptions of miscarriage. Obstet Gynecol. 2015;125(6):1313-1320.
7. Koullali B, Westervelt AR, Myers KM, House MD. Prevention of preterm birth: Novel interventions for the cervix. Semin Perinatol. 2017 Dec;41(8):505-510.
8. Коцьков Д.Г., Булавенко О.В., Галич С.Р., Жабченко І.А., Старовер А.В., Журавльов О.Ю. Профілактика передчасних пологів (методичні рекомендації) Київ, 2017. 56 с.
9. Vink J, Myers K. Cervical alterations in pregnancy. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2018 Oct;52:88-102.
10. Pang Q, Jia X, Chen L. Perinatal Outcomes After Emergency Cervical Cerclage for Cervical Insufficiency with Prolapsed Membranes. Med Sci Monit. 2019 Jun 6;25:4202-4206.

REFERENCES

1. Zhabchenko I.A., Zan`ko S.N. Isthmico-cervical insufficiency: Classification, etiopathogenesis, diagnosis, Methods of prevention and correction. Okhrana materinstva i detstva. 2020; №1 (35): 64-77. (In Russian)
2. Radzinskij V.E., Orazmuratov A.A., Savenkova I.V., Damirova K.F., Khaddad Kh. Premature birth - an unsolved problem of the XXI century. Kubanskij nauchny`j mediczinskij vestnik. 2020; 27 (4): 27-37. (In Russian)
3. Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine Evaluation and treatment of recurrent pregnancy loss: a committee opinion. Fertil Steril. 2012;98(5):1103-1111.
4. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, Scientific Advisory Committee, Guideline No. 17. The Investigation and treatment of couples with recurrent miscarriage. 2011. [Accessed January 10, 2017]. Available from: <http://www.rcog.org.uk/womens-health/clinical-guidance/investigation-and-treatment-couples-recurrent-miscarriage-green-top->
5. Vorobiova II, Zhyvetska-Denysova AA, Tkachenko VB, Rudakova NV, Tolkach SM. Miscarriage: modern views on the problem (Literature review). Zdorovia zhinky. 2017; 3(119):113-16. (In Ukrainian)
6. Bardos J., Hercz D., Friedenthal J., Missmer S.A., Williams Z. A national survey on

- public perceptions of miscarriage. *Obstet Gynecol.* 2015;125(6):1313–1320.
- Koullali B, Westervelt AR, Myers KM, House MD. Prevention of preterm birth: Novel interventions for the cervix. *Semin Perinatol.* 2017 Dec;41(8):505–510.
 - Konkov D.H., Bulavenko O.V., Halych S.R., Zhabchenko I.A., Starovier A.V., Zhuravlov O.Iu. Prevention of premature birth (guidelines). Kyiv, 2017. (In Ukrainian)
 - Vink J, Myers K. Cervical alterations in pregnancy. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2018 Oct;52:88–102.
 - Pang Q, Jia X, Chen L. Perinatal Outcomes After Emergency Cervical Cerclage for Cervical Insufficiency with Prolapsed Membranes. *Med Sci Monit.* 2019 Jun 6;25:4202–4206.

РЕЗЮМЕ

ИСТМИКО-ЦЕРВИКАЛЬНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ: АНАМНЕЗ, ТЕЧЕНИЕ И ПОСЛЕДСТВИЯ БЕРЕМЕННОСТИ (РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ)

КАМИНСКИЙ А.В., ЖДАНОВИЧ О.И.,
КОЛОМИЙЧЕНКО Т.В., ИСМАЙЛОВ Р.И.,
ЯНЮТА С.М.

Истмико-цервикальная недостаточность (ИЦН) остается одной из ведущих причин невынашивания беременности и преждевременных родов. **Цель исследования:** определение частоты ИЦН, особенностей анамнеза, течения беременности, родов, состояния новорожденного и выделение потенциальных факторов риска. **Материал и методы исследования.** Проанализированы 8728 историй родов, среди которых обнаружены 166 (1,9%) историй женщин, беременность которых была осложнена ИЦН. Основную группу составили 166 беременных с ИЦН, в контрольную группу отобрали 55 женщин без ИЦН и другой тяжелой акушерско-гинекологической и соматической патологии. **Полученные результаты и их обсуждение.** Частота ИЦН в среднем за 5 лет составила 1,9%. При ИЦН достоверно меньший процент женщин молодого возраста, а в возрасте 35 и более лет - 27,1% беременных против 10,9% в группе контроля. Только треть (33,7%) женщин с ИЦН могут считаться соматически здоровыми. В структуре заболеваемости преобладают эндокринная патология (30,7%), среди которой выделяется метаболический синдром / ожирение

(19,9%), и болезни моче-выделительной системы (27,7%). Высокая частота патологии сердечно-сосудистой системы (21,1%) и синдрома вегетативной дисфункции (25,9%), гепатобиллиарной патологии (15,1%), болезней ЖКТ (19,3), аллергических проявлений (16,9%). У трети пациенток (28,9%) наблюдается сочетание двух и более соматических болезней. Каждая четвертая женщина имеет в анамнезе инфекционную патологию моче-выделительной сферы (25,9%). У 27,7% пациенток - сочетание нескольких инфекционных патологий. У половины пациенток (53,0%) осложненный гинекологический анамнез: цервикальная эктопия (33,7%), хронические инфекционные заболевания половой сферы (16,3%) и СПКЯ: (13,9%), синехии полости матки (6,6 %) и врожденные пороки развития половых органов (3,0%). Сочетание нескольких гинекологических патологий наблюдалось у 18,1% женщин. У каждой четвертой женщины проведена эксцизия шейки матки (25,9%), у 42,8% - внутриматочные вмешательства с расширением цервикального канала, у 59,2% из них два и более раз. По данным акушерского анамнеза самопроизвольные выкидыши и медицинские аборт у 27,7% и 33,7% женщин, у 18,1% - замершая беременность, у каждой четвертой пациентки преждевременные роды (25,9%), а каждая 10-я перенесла травмы шейки матки. При теперешней беременности чаще всего отмечают угрозу преждевременных родов (51,2%), на втором месте - обострение инфекции мочеполовой сферы (41,0%) и угроза преждевременных родов (38,0%). Высокая частота плацентарной дисфункции (30,7%), гестационного диабета (13,9%), задержки роста плода (12,0%) и преэклампсии (7,3%). Преждевременные роды в 38,0% случаев, в 31,9% - преждевременный разрыв плодных оболочек, родоразрешение путем кесарева сечения в 19,3% случаев. Обращает на себя внимание высокая частота внутриутробного инфицирования (13,9%). Вывод. На основе результатов ретроспективного анализа после проведения более детальной оценки возможных факторов риска ИЦН будут выделены наиболее информативные из них и предложены к применению в клинической практике.

Ключевые слова: беременность, истмико-цервикальная недостаточность, частота, анамнез, роды, новорожденный

SUMMARY

CERVICAL INSUFFICIENCY: ANAMNESIS, PREGNANCY AND CONSEQUENCES OF PREGNANCY (RETROSPECTIVE ANALYSIS)

A. V. KAMINSKYI, O. I. ZHDANOVYCH,
T. V. KOLOMIICHENKO, R. I. ISMAILOV
S.M. YANUTA

Cervical insufficiency (CI) remains one of the leading causes of miscarriage and premature birth. **Purpose of the study:** to determine the frequency of CI, the characteristics of the anamnesis, the course of pregnancy, childbirth, the state of the newborn and the identification of potential risk factors. **Material and research methods.** 8728 birth histories were analyzed, among which 166 (1.9%) stories of women whose pregnancy was complicated by CI were found. The main group consisted of 166 pregnant women with CI, the control group included 55 women without CI and other severe obstetric-gynecological and somatic pathologies. **The results obtained and their discussion.** The incidence of CI on average over 5 years was 1.9%. With CI, there is a significantly lower percentage of young women, and at the age of 35 and over - 27.1% of pregnant women versus 10.9% in the control group. Only one third (33.7%) of women with CI can be considered somatically healthy. The morbidity structure is dominated by endocrine pathology (30.7%), among which metabolic syndrome / obesity (19.9%) and diseases of the urinary excretory system (27.7%) are distinguished. High frequency of pathology of the cardiovascular system (21.1%) and autonomic dysfunction syndrome (25.9%), hepatobiliary pathology (15.1%), gastrointestinal diseases (19.3), allergic manifestations (16.9%). A third of patients (28.9%) have a combination of two or more somatic diseases. Every fourth woman has a history

of an infectious pathology of the urinary excretory sphere (25.9). In 27.7% of patients - a combination of several infectious pathologies. Half of the patients (53.0%) had a complicated gynecological history: cervical ectopy (33.7%), chronic infectious diseases of the genital area (16.3%) and PCOS: (13.9%), synechiae of the uterine cavity (6.6%) and congenital malformations of the genitals (3.0%). The combination of several gynecological pathologies was observed in 18.1% of women. Every fourth woman underwent an excision of the cervix (25.9%), 42.8% - intrauterine interventions with the expansion of the cervical canal, 59.2% of them two or more times. According to the obstetric anamnesis, spontaneous miscarriages and medical abortions in 27.7% and 33.7% of women, in 18.1% - a missed pregnancy, every fourth patient has premature birth (25.9%), and every 10th patient has suffered injuries cervix. With a current pregnancy, the threat of premature birth is most often noted (51.2%), in second place is an exacerbation of infection of the genitourinary sphere (41.0%) and the threat of premature birth (38.0%). High incidence of placental dysfunction (30.7%), gestational diabetes (13.9%), fetal growth retardation (12.0%) and preeclampsia (7.3%). Premature birth in 38.0% of cases, in 31.9% - premature rupture of membranes, delivery by cesarean section in 19.3% of cases. Noteworthy is the high frequency of intrauterine infection (13.9%). **Conclusion.** Based on the results of a retrospective analysis, after a more detailed assessment of possible risk factors for CI, the most informative ones will be identified and proposed for use in clinical practice.

Key words: pregnancy, ischemic-cervical insufficiency, frequency, history, childbirth, newborn.