

# Фактори ризику розвитку істміко-цервікальної недостатності при вагітності

Т.Г. Романенко<sup>1</sup>, О.І. Кротік<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика МОЗ України, м. Київ

<sup>2</sup>Київський міський центр репродуктивної та перинатальної медицини

Під час клініко-статистичного аналізу соматичного та репродуктивного анамнезу у жінок з істміко-цервікальною недостатністю було встановлено, що основними факторами ризику розвитку цієї патології при вагітності є наявність в анамнезі дитячих та генітальних інфекцій, лікування шийки матки, самовільних викиднів та ускладнених пологів.

**Ключові слова:** соматичний анамнез, репродуктивний анамнез, істміко-цервікальна недостатність.

Важливим показником репродуктивного здоров'я населення є невіношуваність вагітності (НВ), яке не має тенденції до зниження у всьому світі. За даними аналізу останніх трьох років невіношуванням закінчується кожна десята вагітність як результат значної поширеності абортів [1–4], інфекцій, що передаються статевим шляхом, ендокринної патології й т. ін. Прямі репродуктивні втрати від НВ в Україні щорічно нараховують 36–40 тис. ненароджених бажаних дітей [2, 3, 4]. Імовірність втрати вагітності після одного викидня становить 13–17%; після двох викиднів підряд – 36–38%, а при звичному НВ – до 45% [3]. Діти, що народилися в 23–27 тиж гестації, зумовлюють до 50% перинатальної смертності [2, 5]. В Україні, як і в інших країнах світу, з 2007 року розпочато реєстрацію передчасних пологів уже з терміну 22 тиж. Серед безлічі причин, що призводять до передчасного переривання вагітності в II–III триместрі, особливу роль відіграє істміко-цервікальна недостатність (ІЦН). Проблема неспроможності шийки матки при вагітності відома з XIX сторіччя як причина 15–40% пізніх мимовільних абортів і до 30% передчасних пологів [4–6]. ІЦН має велике значення серед етіологічних факторів НВ як одна з головних причин переривання вагітності в терміні 16–28 тиж. Частота цієї патології в популяції вагітних складає 15–20%, а серед жінок із звичною НВ – 18–37%. Окрім випадків з вираженими клінічними ознаками ІЦН та даних анамнезу на наявність звичного НВ, особливо у пізні терміни вагітності, сьогодні зростає кількість вагітних, яких можна віднести до групи ризику щодо розвитку даної патології. Серед них – жінки з багатоводям (на фоні хронічного інфікування), багатоплідям (збільшення частоти успішного екстракорпорального запліднення з розвитком багатоплідної вагітності), макросомією плода, вродженою недиференційованою дисплазією сполучної тканини (порушення органічної структури шийки матки через патологію колагену та, як наслідок, зниження обтураційної функції внутрішнього вічка) [4–6].

Проте діагноз «істміко-цервікальна недостатність» далеко не завжди підтверджують при подальшому обстеженні після вагітності. Дані літератури залишаються суперечливими. До сьогодні не розроблені стандартні ультразвукові (УЗ) критерії ІЦН на підставі уніфікованої методики оцінювання стану шийки матки при вагітності. Розрізняють інтерпретацію особливостей зміни шийки матки і нижнього маткового сегмента в динаміці при загрозі переривання вагітності, мало- і багатоводді, низькому розташуванні плаценти та багатоплідді.

Таким чином, цілу низку питань не вирішено, а діагноз ІЦН є діагнозом виключення або виставляється ретроспективно і вимагає ретельного аналізу при подальших вагітностях. Саме своєчасна діагностика і ефективне лікування ІЦН у переважній більшості випадків дозволяє попередити передчасні пологи і народити доношену та здорову дитину.

**Мета дослідження:** вивчення соматичного та репродуктивного анамнезу у вагітних з ІЦН та виявлення анамnestичних факторів ризику розвитку цієї патології.

## МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Вивчено соматичний та репродуктивний анамнез 156 вагітних з ІЦН, з них 56 – за даними історії хвороби і 100 – під час проспективного дослідження.

## РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Вік пацієнток варіював від 18 до 40 років, в середньому складаючи  $26,01 \pm 5,2$  року. ІЦН превалювала у віковій групі 21–30 років, що, вочевидь, зумовлено вищим рівнем народжуваності у цій віковій групі. Міських мешканок було 141 жінка (90,3%), сільських – 15 (9,7%). У структурі приналежності обстежуваних з ІЦН до соціальних груп переважали домогосподарки і службовці – 55 осіб (35,4%) та 52 особи (33,1%) відповідно; меншою мірою робітниця – 30 (19%); студентки, учениці – 14 (9,1%), а також жінки, які займаються приватним підприємництвом, – 5 (3,4%) ( $p > 0,05$ ).

Особливості анамнезу перебігу вагітності у матерів обстежуваних жінок були з'ясовані у 74 зі 100 пацієнток. Від першої вагітності народжена 31 (41,9%) дитина, від другої – 22 (29,7%), від третьої і більше – 21 (28,4%). У 11 (14,9%) випадках вагітність у матерів обстежуваних жінок перебігала з ускладненнями: загроза переривання – у 8 (10,8%), прееклампсія – у 3 (4,1%); у 39 (52,7%) випадках без ускладнень. Про відсутність ІЦН у матері повідомили 63 (71,6%) вагітні, а 8 (14%) – про наявність викиднів в анамнезі, проте причина їх невідома. У термін народилися 75 (89,4%) зі 100 жінок проспективного дослідження, передчасно – 9 (10,6%).

Таким чином, 31 (41,9%) пацієнтка народилася від першої, а 43 (58,1%) – від другої і третьої вагітності переважно у доношній термін, а вагітності, що перебігали з ускладненнями, складали 14,9%.

Дитячі інфекційні захворювання перенесли 147 (94,2%) обстежуваних: вітряну віспу – 138 (88,4%), гепатит А – 24 (15,6%), краснуху – 30 (19%), кір – 18 (11,8%), скарлатину – 3 (1,9%), інфекційний паротит – 12 (7,6%). У більшості випадків відзначали моноінфекцію – у 94 (64%), мікст-інфекцію – у 53 (36%).

Екстрагенітальна патологія була виявлена у 121 (77,7%) жінки. Лише одне захворювання було у 29 (18,7%) пацієнток, 2 – у 38 (24,3%), 3–5 – у 49 (31,7%), 6–9 – у 5 (3%). Таким чином, поєднану екстрагенітальну патологію виявили у 92 (59%) обстежуваних жінок.

Різні оперативні втручання на органах черевної порожнини (апендектомія, видалення грижі, симпатектомія, операції з приводу перитоніту, синдрому Фрейле, вроджених свищів, жовчнокам'яної хвороби, кісти печінки та ін) перенесли 25 (15,9%) зі 156 пацієнток; інші операції (тиреоїдектомія, видалення фіброаденоми грудної залози, лімфаденектомія, тонзилектомія) виконувалися у 7 (4,7%).

Середній вік настання менархе у пацієнток з ПЦН склав  $13,3 \pm 1,4$  року. Менструації у віці до 10 років почалися у 1 (0,3%) жінки, в 11–14 років – у 131 (84,1%), у 15 років і пізніше – у 24 (15,6%). Менструальний цикл встановився відразу у 109 (70%) жінок, протягом першого року – у 29 (18,6%), двох років – у 9 (5,9%), трьох років – у 4 (2,4%), а протягом двох і більше років – у 5 (3,1%). Регулярний менструальний цикл відзначили у 144 (92,2%) жінок, нерегулярний – у 12 (7,8%); середня тривалість менструального циклу та менструації склала  $28,6 \pm 2,1$  і  $4,7 \pm 4,4$  дня відповідно. Обсяг крововтрати під час менструації був помірним у 131 (84,1%) випадку, мізерним – у 3 (1,6%), рясним – у 22 (14,3%). Менструації були болючими у 44 (28,2%) пацієнток, безболісними – у 112 (71,8%).

Статеве життя у віці до 15 років розпочали 10 (6,4%) пацієнток, у 16–18 років – 103 (65,9%), у 19 років і більше – 35 (22,7%). Тільки 8 (5%) жінок почали жити статевим життям у шлюбі. Середній вік сексуального «дебюту» склав  $17,9 \pm 2,3$  року. Отже, 113 жінок (72,3%) почали жити статевим життям в юному віці. Різні методи контрацепції використовували 61 (39%) зі 156 обстежуваних: гормональну контрацепцію – 23 (15%), бар'єрну – 37 (23,9%), внутрішньоматкову – 8 (5,2%), перерваний статевий акт і календарний метод – 4 (2,3%). Не використовували контрацепцію 95 (61%) жінок. Статевих партнерів було зі 156 обстежених: 1 – у 24 (15,5%) жінок, 2 – у 42 (26,8%), 3 – у 50 (32%), 4 і більше – у 40 (25,7%). Отже, 2 і більше статевих партнерів було у 84,5% обстежуваних.

Таким чином, в обстежуваних жінок спостерігали: ранній початок статевого життя (з 15 до 18 років – у 72,3%), велика кількість статевих партнерів (2 і більше – у 84,5%), рідкісне використання контрацепції (61%), позашлюбне статеве життя (95%).

Гінекологічна патологія представлена запальними захворюваннями органів малого таза у 46 (29,7%) випадках, ерозією шийки матки – у 56 (35,8%) (лікування останньої методом ДЕК здійснювали у 38 (24,5%), порушенням менструального циклу – у 3 (1,7%), патологією ендометрія – у 1 (1%), кістами яєчника – у 15 (9,5%), безпліддям – у 7 (4,4%). Операції на органах малого таза перенесли 12 (7,8%) пацієнток. У 28 (18,2%) пацієнток в анамнезі були інфекційні захворювання сечостатевих органів специфічної етіології, з них у 38 (24,1%) – по 2 захворювання, у пацієнток з ПЦН в анамнезі переважала хламідійна інфекція.

Жінок, які завагітніли вперше, було 46 (29,7%), повторно вагітних – 110 (70,3%). Дітородна функція пацієнток з ПЦН: аборти в минулому були у 75 (48,3%) жінок. Різні післяабортні ускладнення мали 19 (12,5%) жінок: ендометрит – 8 (5,3%), перфوراцію матки – 1 (0,9%), повторне вишкрібання порожнини матки – 10 (6,3%). Викидні в анамнезі спостерігалися у 28 (17,9%) обстежуваних, замерла вагітність у 13 (8,1%). Отже, різні варіанти переривання вагітності, що супроводжувалися вишкрібанням порожнини матки, відзначені у 79,2% випадків: 1 раз у 78 (50%), 2 – у 30 (19%), 3 і більше – у 48 (31%) пацієнток. Термінові пологи були у 56 (36,1%) осіб, з них з діагнозом ПЦН – у 20 (13,1%). Швидкі і стрімкі пологи були у 22 (14%) обстежуваних, слабкість пологової діяльності – у 13 (8,4%), передчасний розрив плодових оболонок – у 13 (8,4%), розриви м'яких тканин, епізіотомія – у 19 (12,1%), передчасне відшарування плаценти та гіпотонічні кровотечі – у 9 (5,6%).

Середня вага новонароджених складала  $3230,29 \pm 524,43$  г. Пологи великим плодом спостерігалися у 7 (4,7%) жінок. Передчасні пологи були у 7 (4,4%) жінок, викидні в другому триместрі – у 12 (7,8%). Причинами переривання вагітності за даними анамнезу слугували: ПЦН, загроза переривання вагітності – у 52 (33,3%) випадках, передчасне відшарування плаценти – у 22 (13,9%), вади розвитку плода, багатоплідна вагітність – у 9 (5,6%), передчасний розрив плодових оболонок – у 35 (22,2%), інфекція – у 17 (11,1%), АФС – у 13 (8,3%).

Таким чином, вивчення анамнезу в обстежуваних пацієнток встановлено, що вони були народжені від матерів, що мали ускладнений перебіг вагітності, – 14,9%. У структурі приналежності до соціальних груп ПЦН частіше зустрічалася у міських мешканок, домогосподарок та службовців. У наших пацієнток відзначено високий інфекційний індекс – 71,3%, висока частота екстрагенітальної патології – 77,7%. Пізнє становлення менструальної функції (у 15 років і пізніше) спостерігалося у 15,6% обстежуваних, метрорагія – у 14,3%, альгоменорея – у 28,2%. Статеве життя без контрацепції (61%) поза шлюбом було розпочате у 95% випадків; у віці 15–18 років – у 72,4%; наявність 2 та більше статевих партнерів було в 84,6%. Звідси й випливає висока частота гінекологічної патології – 29,7%, з якої найбільш значущим для розвитку ПЦН є ерозія шийки матки (35,8%) та її лікування методом ДЕК (24,5%) [183, 184]. А також висока частота абортів (43,8%), викиднів (17,9%), замерлих вагітностей (8,1%), що супроводжувалися вишкрібанням порожнини матки у 70,3% випадків, призвели до травматизму цервікального каналу у 208 пацієнток. Попередні вагітності в обстежуваних жінок ускладнилися передчасним розривом плодових оболонок – у 13 (8,2%) випадках, швидкими та стрімкими пологами – у 22 (14%), слабкістю пологової діяльності – у 13 (8,4%), розривами м'яких тканин, епізіотомією – у 19 (12,1%), передчасним відшаруванням плаценти, гіпотонічними кровотечами – у 8 (5,3%), що, за даними літератури, може бути проявом «слабкості» сполучної тканини [76, 85].

Для оцінювання впливу факторів ризику на розвиток ПЦН був проведений кореляційний аналіз з групою контролю ( $n=20$ ). Отже, в обстежених присутня різна комбінація факторів ризику розвитку ПЦН. У середньому на одну пацієнтку припадало 5,8 несприятливих фактора ризику ПЦН. Достовірне значення ( $p < 0,05$ ) у розвитку ПЦН мають наступні фактори: наявність в анамнезі ускладнених пологів, лікування ерозії шийки матки методом ДЕК, дитячі інфекції, поліменорея і прояви, характерні для вродженої недиференційованої дисплазії сполучної тканини.

На другому етапі статистичного дослідження відібрані фактори були включені в побудову логістичної регресійної моделі, за якою можна виявляти незалежний вплив того чи іншого фактора на розвиток ПЦН. За цією моделлю було відібрано єдину ознаку – наявність викидня ( $> 1$ ) в анамнезі. За наявності одного викидня в анамнезі ризик розвитку ПЦН збільшується в 1,7 разу ( $p < 0,05$ ): відношення шансів ПЦН = 13,304 [95% ДІ; 1,669–106,03], де ДІ – довірчий інтервал, в якому знаходиться ризик розвитку ПЦН з імовірністю 95%. Інші фактори, включені в модель, такого впливу не здійснюють. Їхній вплив здійснюється опосередковано, через інші фактори.

## ВИСНОВКИ

Таким чином, дані соматичного та репродуктивного анамнезу дозволяють зробити висновок, що обстежені жінки мають наступні фактори ризику для розвитку істміко-цервікальної недостатності (ПЦН): травматичні; інфекційні; гормональні; поєднані. При наявності одного викидня в анамнезі ризик розвитку ПЦН збільшується в 1,7 разу. Таким чином, це дослідження встановило першорядне значення викиднів у розвитку ПЦН.

**Факторы риска развития истмико-цервикальной недостаточности при беременности**

**Т.Г. Романенко, Е.И. Кротик**

При клинико-статистическом анализе соматического и репродуктивного анамнеза у женщин с истмико-цервикальной недостаточностью было установлено, что основными факторами риска развития этой патологии при беременности есть наличие в анамнезе детских и генитальных инфекций, лечения патологии шейки матки, самопроизвольных выкидышей и осложненных травматических родов.

**Ключевые слова:** соматический анамнез, репродуктивный анамнез, истмико-цервикальная недостаточность.

**Risk factors of the cervical insufficiency development during the pregnancy**

**T.G. Romanenko, E.I. Krotik**

The clinical and statistical analysis of the somatic and reproductive health in women with the cervical insufficiency has shown that main risk factors of this pathology development during the pregnancy are the presence of childhood and genital infections in the anamnesis, the cervical pathology treatment, spontaneous abortions and complicated traumatic delivery.

**Key words:** somatic anamnesis, reproductive anamnesis, cervical insufficiency.

**Сведения об авторах**

**Романенко Тамара Григорьевна** – Национальная медицинская академия последиplomного образования имени П.Л. Шупика, 04112, г. Киев, ул. Дорогожичская, 9. E-mail: Romanenko.tamara@yandex.ru

**Кротик Елена Игоревна** – Киевский городской центр репродуктивной и перинатальной медицины, 04210, г. Киев, просп. Героев Сталинграда, 16

**СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ**

1. Венцківський Б.М. Особливості патогенезу невиношування вагітності в терміни 22–28 тижнів / Б.М. Венцківський // Вісник наукових досліджень. – 2006. – № 2. – С. 41–45.  
2. Кулаков В.И. Преждевременные

роды /В.И. Кулаков, Л.Е. Мурашко. – М.: Медицина, 2002. – 172 с.  
3. Бурудули Г.М. Репродуктивные потери /Г.М. Бурудули, О.Г. Фролова. – Москва: «Триада-Х», 2007. – С. 19.  
4. Голяновский О.В. Истмико-цервикальная недостаточность: современ-

ные методы коррекции /О.В. Голяновский, В.В. Мехедко, И.Д. Галич //Жіночий лікар. – 2012. – № 2. – С. 39.  
5. Васеленко В.А. Истмико-цервикальная недостаточность: все еще клинико-диагностическая проблема? / В.А. Васеленко, И.Ю. Гордиенко

//Ультразвукова перинатальна діагностика. – 2005. – Т. 18. – С. 21–30.  
6. Ледина А.В. Истмико-цервикальная недостаточность. Заболевания шейки матки (клинические лекции) /А.В. Ледина, И.Ю. Абуд. – М.: Изд-во «Медиа Сфера». – 2007. – С. 81–85.

Статья поступила в редакцию 16.12.2013

**НОВОСТИ МЕДИЦИНЫ**

**КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ НЕ СНИЖАЕТ РИСКА РАЗВИТИЯ ДЦП**

Детские церебральные параличи являются одним из наиболее тяжелых заболеваний детей. Существуют разные формы ДЦП и разные теории их происхождения. А австралийские ученые утверждают, что им удалось разрушить один из наиболее стойких мифов о ДЦП.

В настоящее время медики объясняют причины развития детского церебрального паралича у ребенка разными причинами - их существует около 10, в том числе среди основных чаще всего фигурируют родовая травма и кислородное голодание мозга младенца при родах.

С другой стороны, считается, что проведение операции кесаревого сечения (особенно плановой) значительно снижает риск развития у новорожденного этого тяжелейшего заболевания центральной нервной системы.

Неожиданно опровергателями давно устоявшегося мнения вы-

ступили австралийские ученые, сотрудники специальной группы, занимающейся изучением детского церебрального паралича из университета города Аделаида (University of Adelaide).

Авторы статьи, которая увидит свет в декабрьском номере журнала *Obstetrics & Gynecology*, утверждают, что операции кесаревого сечения, в том числе и плановые, ничуть не снижают количества случаев ДЦП - и при использовании этого менее травматичного для ребенка способа появления на свет по сравнению с естественными родами, частота случаев заболевания остается неизменной.

Авторы пришли к такому без преувеличения сенсационному выводу, опровергающему существовавшее на протяжении более 100 лет представление о ДЦП, после того как изучили истории болезней почти 4 000 детей,

страдавших этим заболеванием, а также проанализировали данные о состоянии здоровья почти 1,7 миллиона здоровых малышей.

"На протяжении последних 40 лет число операций кесаревого сечения значительно возросло в большинстве западных стран. Например, в Австралии их число увеличилось в 6 раз: с 5% до 33% от общего количества родов. Однако число детей, рождающихся с ДЦП, продолжает оставаться неизменным - 2-2,5 случая на каждую 1 000 новорожденных", - подчеркивает руководитель этого исследования профессор Аластер МакЛеннан (Alastair MacLennan).

"Мы уверены, что причины подавляющего числа случаев ДЦП следует искать в особенностях внутриутробного периода развития ребенка", - добавляет он.

Источник: [www.health-ua.org](http://www.health-ua.org)