

© Яремчук Л.В.

УДК: 618.39-08-07:618.146

Яремчук Л.В.

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, 21018, Україна)

ІСТМІКО-ЦЕРВІКАЛЬНА НЕДОСТАТНІСТЬ ШИЙКИ МАТКИ, ЯК ПРИЧИНА НЕВИНОШУВАННЯ: СУЧАСНИЙ ПОГЛЯД НА ЕТІОЛОГІЮ, ДІАГНОСТИКУ ТА ЛІКУВАННЯ (ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ)

Резюме. *Огляд літератури присвячений актуальній проблемі сучасного акушерства, перинатології та неонатології - істміко-цервікальній недостатності шийки матки, як причині невиношування вагітності. Особлива увага у статті приділяється етіології, методам діагностики та лікуванню істміко-цервікальної недостатності під час вагітності.*

Ключові слова: *невиношування вагітності, істміко-цервікальна недостатність, ультразвукова цервікометрія.*

Вступ

Важливим показником репродуктивного здоров'я населення є невиношування вагітності, яке не має тенденції до зниження у всьому світі. Актуальність проблеми невиношування вагітності обумовлена тим, що недоношені діти визначають рівень не тільки перинатальної захворюваності і смертності, але також показники дитячої смертності та інвалідності з дитинства. За даними різних авторів, частота цієї патології коливається від 5 до 42,7% [Сидельникова, 2009]. Прямі репродуктивні втрати від невиношування вагітності на Україні щорічно нараховують 36-40 тисяч ненароджених бажаних дітей [Жабченко та ін., 2007]. Можливість втрати вагітності після одного викидня становить 13-17%, після двох - 36-38%, при звичному невиношуванні - до 45% [Сидельникова, 2005]. Діти, які народилися в 23-27 тижнів гестації, обумовлюють до 50% перинатальної смертності [Кулаков, Мурашко, 2002]. За даними ВООЗ з 2007 року в усьому світі розпочато реєстрацію передчасних пологів вже з 22 тижнів вагітності. Одним з напрямків зниження репродуктивних втрат від невиношування є профілактика мимовільного дострокового переривання вагітності, яке має не тільки медичне, але й соціальне значення.

Причини невиношування вагітності складні і різноманітні. Серед основних етіологічних чинників невиношування вагітності велике значення має істміко-цервікальна недостатність як одна з головних причин переривання вагітності в терміні 16-28 тижнів [Debbs et al., 2007]. Слід зазначити, що частота цієї патології в популяції вагітних становить, за даними різних авторів 15-20% [Гурбанова, 2006], а серед жінок із звичним невиношуванням - 18-37% [Кулаков и др., 2006, Краснопольский и др., 2006].

Метою нашого дослідження було відслідкувати за літературними даними етіологічні чинники, сучасні методи діагностики та лікування істміко-цервікальної недостатності, як основної причини невиношування вагітності.

Істміко-цервікальна недостатність це не пов'язане зі скоротливою діяльністю матки мимовільне згладжування та розкриття шийки, що призводить до переривання вагітності, частіше в другому триместрі [Клінічний про-

токол з акушерської допомоги № 624, 2008].

Істміко-цервікальна недостатність є патологічним станом перешийка і шийки матки, при цьому вони не здатні протистояти внутрішньоматковому тиску і утримувати в порожнині матки плодове яйце, що росте, до моменту настання своєчасних пологів.

Розрізняють вроджену, набуту, органічну і функціональну істміко-цервікальну недостатність.

Вроджені аномалії розвитку матки складають вроджену істміко-цервікальну недостатність.

До факторів ризику органічної (вторинної, посттравматичної) істміко-цервікальної недостатності належать: травми шийки матки в анамнезі, які не відновлені хірургічно; оперативні пологи через природні пологові шляхи - акушерські щипці; пологи великим плодом; пологи в тазовому передлежанні; плодоруйнівні операції; лікувально-діагностичні маніпуляції на шийці матки та інвазивні методи лікування патології шийки матки (конізація, ампутація шийки матки); штучні аборти; переривання вагітності на пізніх термінах [Власова и др., 2008].

Основними причинами функціональної істміко-цервікальної недостатності є гіперандрогенія, дисплазія сполучної тканини, підвищений вміст релаксину в сироватці крові (відмічено при багатоплідній вагітності, індукції овуляції гонадотропінами), підвищене навантаження на шийку матки під час вагітності (багатоплідність, багатоводдя, великий плід) [Мацынин, 2003].

Функціональна істміко-цервікальна недостатність, обумовлена інфантилізмом, гормональною та плацентарною недостатністю, як правило, розвивається під час гестації. Розвиток функціональної істміко-цервікальної недостатності пов'язаний з порушеннями пропорційного співвідношення м'язової та сполучної тканин матки, а також із змінами реакції матки на нейрогуморальні подразники [Власова и др., 2008, Мацынин, 2003].

За даними міжнародного дослідження "Born Too Soon" ("Рождение слишком рано"), проведеного в 2012 році, найбільш значущими признані два фактори, які на сьогоднішній день сприяють передчасному перериванню вагітності - передчасні пологи в анамнезі та вкорочення шийки матки. Ці фактори дозволяють віднести вагітну до групи високого ризику передчас-

них пологів [Руднева, 2013].

У патогенезі передчасного переривання вагітності при істміко-цервікальній недостатності значна роль відводиться інфекційному фактору. При внутрішньоутробному інфікуванні мається складний комплекс патогенетичних механізмів розвитку істміко-цервікальної недостатності, пов'язаних як з безпосередньою дією інфекційного агента, так і з його наслідками (імунологічні, гормональні, судинні, обмінно-метаболичні порушення) [Вартанян и др., 1991].

На думку ряду авторів, постановка точного діагнозу "істміко-цервікальна недостатність", можлива тільки під час вагітності, так як при цьому існують об'єктивні умови для функціональної оцінки стану шийки матки та її істмічного відділу [Ковпий и др., 2004].

В наш час для діагностики істміко-цервікальної недостатності під час вагітності проводиться комплексне обстеження, яке включає: збір анамнезу, огляд шийки матки за допомогою піхвових дзеркал і піхвове (пальцево) дослідження, трансвагінальне ультразвукове дослідження.

При постановці діагнозу із анамнестичних даних важливо враховувати: наявність двох та більше епізодів переривання вагітності в другому триместрі, які не є результатом скоротливої діяльності матки чи відшарування плаценти; безболісний пізній викидень або швидкі передчасні пологи; наявність хірургічних втручань на шийці матки, розривів шийки матки другого або третього ступенів в минулих пологах; інструментальна дилатація шийки матки під час штучного переривання вагітності [Сидельникова, 2009].

При об'єктивному обстеженні виявляється спочатку розм'якшення і вкорочення шийки матки, пізніше - з'явлення зовнішнього зіву шийки матки і пролабування плідного міхура. У народжуючих жінок зовнішній зів може бути закритий. У сумнівних випадках проводять ультразвукове дослідження. У пацієнток високого ризику (вагітним, які страждають звичним невиношуванням вагітності в II триместрі) моніторинг стану шийки матки необхідно проводити з 12 тижнів вагітності при підозрі на посттравматичну істміко-цервікальну недостатність, з 16 тижнів - при підозрі на функціональну істміко-цервікальну недостатність як мінімум з двотижневим інтервалом, при необхідності - щотижня. Моніторинг включає огляд шийки матки в дзеркалах, піхвове дослідження і, при необхідності, ультразвукову оцінку довжини шийки матки та стану внутрішнього зіву [Сидельникова, 2005].

При оцінці інформативності довжини шийки матки необхідно враховувати спосіб її виміру, оскільки результати трансабдомінального ультразвукового дослідження відрізняються від результатів трансвагінального і перевищують їх у середньому на 0,5 см [Мгалоблишвили, 2003].

В останні роки в якості моніторингу за станом шийки матки при вагітності застосовується методика транс-

вагінальної цервікометрії. Вимірювання довжини шийки матки за даними УЗД дозволяє виділити групу підвищеного ризику розвитку передчасних пологів. При укороченні шийки матки до 25 мм та більше в терміні 16-24 тижні, ризик передчасних пологів вважається підвищеним. Якщо шийка матки має довжину менше 25 мм, то ризик передчасних пологів вважається високим, навіть при відсутності клінічних симптомів [Руднева, 2013].

Симптоми істміко-цервікальної недостатності наступні: відчуття тиску, розпирання, колючі болі в піхві, дискомфорт внизу живота і попереку, слизові виділення з піхви (можуть бути з прожилками крові), мізерні кров'яністі виділення з піхви.

Необхідно пам'ятати, що істміко-цервікальна недостатність може протікати безсимптомно.

У даний час при ультразвуковому дослідженні ряд авторів рекомендує проводити цервікальний стресовий тест [Мгалоблишвили, 2003]. Мета даного тесту - раннє виявлення пацієнток з високим ризиком розвитку істміко-цервікальної недостатності при проведенні ультрасонографії.

Методика проведення - рукою виявляється помірний тиск на передню черевну стінку по осі матки в напрямку піхви протягом 15 - 30 секунд.

Позитивний тест: зменшення довжини шийки матки на 2 і більше мм, розширення внутрішнього зіву до 5 і більше мм. Якщо важко оцінити клінічну ситуацію і діагноз неясний, пропонують під час УЗД натиснути на дно матки - якщо є недостатність шийки, то можна бачити при тиску розширення внутрішнього зіву.

Другим по достовірності після трансвагінальної цервікометрії методом діагностики загрози передчасних пологів є тест на наявність фетального фібронектину в вагінальному секреті (наявність його говорить про можливий несприятливий прогноз щодо виношування). Цей тест простий у використанні, але його вартість дорога [Руднева, 2013].

У даний час розроблені різні методи оперативного лікування.

Показаннями до хірургічного лікування є наявність в анамнезі самовільних викиднів і передчасних пологів (у II Ш триместрі вагітності); прогресуюча, за даними клінічного обстеження, недостатність шийки матки: зміна консистенції, поява в'ялості, вкорочення, поступове збільшення "з'явання" зовнішнього зіву і всього каналу шийки матки і розкриття внутрішнього зіву [Сатыева, 2009].

Протипоказаннями до хірургічного лікування є важкі форми захворювань серцево-судинної системи, печінки, нирок, інфекційні, психічні та генетичні захворювання; підвищена збудливість матки, не зникаюча під дією медикаментозних засобів; вагітність, ускладнена кровотечею; вади розвитку плода; III - IV ступінь чистоти вагінальної флори і наявність патогенної флори у виділеннях каналу шийки матки. Слід зазначити, що ектопія шийки матки не є протипоказанням до хірургічної корекції, якщо

не виділяється патогенна мікрофлора.

Вперше операцію на шийці матки з приводу істміко-цервікальної недостатності запропонував Lasha (1950). У даний час відомо кілька модифікацій методу Лаша [Зубарева, 1973].

Операцію з хірургічної корекції істміко-цервікальної недостатності під час вагітності вперше застосував на практиці в 1955 р. Shirodkar. Сутність її полягала в накладенні циркулярного шва на шийку матки в області внутрішнього зіву після попереднього розсічення слизової піхви і зміщення сечового міхура. Пологи після такої операції були можливі тільки шляхом операції кесарського розтину [Кузьмина, 1974].

У 1957 р. McDonald запропонував накладення кисетного шва без попереднього розсічення слизової, кінці ниток зав'язувалися в передньому склепінні. Ефективність операції, за даними різних авторів, складала від 50 до 83,2% [Сатышева, 2009].

Надалі були запропоновані різні модифікації способів накладення швів і види шовних матеріалів, які дозволили підвищити ефективність оперативного лікування під час вагітності до 88,8%. Найчастіше це були різні модифікації кисетних швів: Hervet (1961р.) запропонував при накладенні шва проколювання слизової в чотирьох місцях; Baumgarten (1972 р.) - спосіб накладення циркулярного шва при істміко-цервікальній недостатності.

Багатьма практиками найбільш широко використовується запропонований в 1978 р. шов Любімової А.І. і Мамедалієвої Н.М., подвійний П-подібний шов, що накладається на область внутрішнього вічка. Шов має багато переваг: мало травматичний, надійний, не викликає підвищення тонуусу і скоротливої активності матки, доступний для виконання в звичайних родопомічних закладах, можна застосовувати в разі пролабування плодового міхура. Ефективність лікування, за даними авторів, становить близько 94 %.

За даними Любімової А.І., оптимальними для оперативного лікування вважаються терміни 10-16 тижнів, проте в кожному випадку цей термін визначається індивідуально, залежно від часу виникнення клінічних проявів істміко-цервікальної недостатності.

Заданими Н.М.Мамедалієвої результати мікробіологічного дослідження показують, що при хірургічній корекції істміко-цервікальної недостатності після 20 тижнів (20-27 тижнів), а також при пролабуванні плодового міхура частіше висівається умовно-патогенна флора в порівнянні з оперованими в 11 - 16 тижнів.

Ґрунтуючись на результатах спостереження багатьох авторів, можна зробити висновок, що зі збільшенням ступеня розкриття маткового вічка прогноз для виношування та стану плода погіршується. У зв'язку з цим рекомендується проводити операцію при появі початкових ознак істміко-цервікальної недостатності і навіть профілактично.

Ускладненнями при хірургічній корекції можуть бути

інфікування плідного яйця, інвазія патогенної флори і поширення інфекції по волокнах ниток з розвитком місцевого запалення, вилиття навколоплідних вод, мимовільні викидні, неспроможність шва (у зв'язку з чим допускається повторне накладення швів), утворення шийкових або шийково-вагінальних свищів. Деякі автори вказують на високу частоту патології шийки матки в пологах (дистоція, розриви, ригідність), утворення пролежнів, поперечні і кругові відриви шийки матки. Травматизм в пологах досягає 46,16 % випадків [Macdonald et al, 2001].

Оригінальним є метод реконструктивно-пластичної операції на шийці матки запропонований В.І. Ельцовим (1979). Хірургічну операцію з приводу істміко-цервікальної недостатності проводять при вагітності [Ельцов-Стрелков, 1989].

Хірургічна корекція істміко-цервікальної недостатності зазвичай здійснюється в період з 13 по 27 тижні вагітності [Сатышева, 2009]. Термін проведення операції слід визначати індивідуально залежно від часу виникнення клінічних проявів. Результати мікробіологічних досліджень показують, що при хірургічній корекції пізніше 20 тижнів вагітності, а також при пролабуванні плодового міхура в будь-якому терміні вагітності умовно-патогенні мікроорганізми висіваються у великій кількості з каналу шийки матки значно частіше порівняно з оперованими в 13-17 тижнів вагітності.

З метою профілактики внутрішньоматкової інфекції доцільно проводити операцію в 13-17 тижнів, коли відсутнє значне вкорочення та розкриття шийки матки. Зі збільшенням терміну вагітності недостатність "затупленої" функції істмуса веде до механічного опускання і пролабування плодового міхура. Це створює умови для інфікування нижнього полюса його висхідним шляхом - з нижніх відділів статевих шляхів на тлі порушення бар'єрної антимікробної функції вмісту каналу шийки матки.

Крім цього, плодовий міхур, проникаючи в цервікальний канал, сприяє подальшому його розширенню. У зв'язку з цим оперативне втручання в більш пізні терміни вагітності при виражених клінічних проявах істміко-цервікальної недостатності менш ефективне.

Деякі дослідники пропонують використовувати катетер Фоллея, який наповнюють 50 мл фізіологічного розчину, щоб відсунути пролабування плідного міхура, накладають шви, а потім перед їх затягуванням катетер забирають [Сатышева, 2009]. Деякі практики пропонують зробити амніоцентез і прибрати деяку кількість навколоплідних вод, щоб зменшити напруження оболонок, а води використовувати для дослідження на наявність інфікування [Вартанян и др., 1991].

Хірургічні методи лікування мають ряд ускладнень. Найбільш часте ускладнення після хірургічної корекції з використанням лавсанових, шовкових, капронових швів - прорізування тканин шийки матки ниткою. Це можливо, по-перше, в тому випадку, якщо виникає

скорочувальна активність матки, а шви не зняті, по-друге, якщо технічно операція виконана неправильно і шийка матки перетягнена швами, по-третє, якщо тканина шийки матки вражена запальним процесом.

У цих випадках при накладенні кругових швів по Макдональду можливе утворення пролежнів, а надалі нориць, поперечних або кругових відривів шийки матки. При прорізуванні П-подібних швів розрив шийки матки відбувається в основному на задній губі, де шви перетинаються.

При неможливості повторної хірургічної корекції показана консервативна терапія, яка полягає в тривалому дотриманні постільного режиму, призначення медикаментозних засобів, спрямованих на зняття збудливості матки.

Останніми роками широко використовується метод введення акушерського песарія, що є неінвазивним, не вимагає спеціальної підготовки й участі суміжних фахівців (анестезіолога), завдає меншої психологічної травми вагітній [Комарцева и др., 2004]. Однією з основних переваг цього методу є можливість його успішного застосування на етапі доклінічних проявів істміко-цервікальної недостатності (за даними УЗД, анамнезу) і його профілактичний ефект, а також можливість його застосування в амбулаторних умовах. Механізм дії акушерського песарія зводиться до зменшення навантаження на неспроможну шийку внаслідок зміщення тиску плідного яйця; часткового перерозподілу внутрішньоматкового тиску на передню стінку матки внаслідок вентрально-косого розташування песарію; фізіологічної сакралізації шийки матки завдяки фіксації в зміщеному назад центральному отворі акушерського песарію; замикання шийки матки стінками центрального отвору песарію; збереження слизової пробки, зниження статевої активності дозволяють зменшити вірогідність інфікування; поліпшення психоемоційного стану пацієнтки. Можна використовувати

ти кільце Гольджі [Занько, 2004].

Нехірургічні методи мають ряд переваг: вони безкровні, надзвичайно прості і застосовні в амбулаторних умовах. Ці методи можуть бути використані: при функціональній істміко-цервікальній недостатності; якщо спостерігається тільки розм'якшення і вкорочення шийки матки, але канал шийки матки закритий [Golfie et al, 2001]; при підозрі на істміко-цервікальну недостатність, для профілактики розкриття шийки матки [Комарцева и др., 2004]. При виражених проявах істміко-цервікальної недостатності ці методи мало-ефективні. Разом з тим, кільцеподібний песарій і кільце Гольджі можна використовувати після зашивання шийки матки для зменшення тиску на шийку матки та для профілактики більш важких наслідків (нориці, розриви шийки матки).

Висновки та перспективи подальших розробок

1. Таким чином, не дивлячись на багатофакторність етіології невиношування, однією з провідних причин, яка призводить до переривання вагітності в другому триместрі, є істміко-цервікальна недостатність.

2. Роль трансвагінальної цервікометрії, як методу діагностики даної патології зростає і в перспективі спонукає нас до розробки чітких ехографічних критеріїв діагностики неспроможності шийки матки під час вагітності.

3. Вагітним з ІЦН для корекції істміко-цервікальної недостатності застосовуються консервативні та хірургічні методи лікування.

На сьогоднішній день існує велика кількість наукових публікацій, які присвячені вивченню причин, патогенетичних механізм розвитку та лікування істміко-цервікальної недостатності, але питання щодо вироблення чіткого діагностичного та лікувального алгоритму дій при даній патології залишається актуальним.

Список літератури

- Ведение беременности у женщин с невынашиванием в анамнезе: пособие для врачей / [Краснопольский В.И., Серова О.Ф., Титченко Л.И. и др.]. - М., 2006. - 24 с.
- Гурбанова С.Р. Истмико-цервикальная недостаточность - признак недифференцированной дисплазии соединительной ткани / С.Р. Гурбанова, Г.М. Соболева // Мать и дитя: материалы 8-го Всерос. науч. форума. - М., 2006. - С. 71-73.
- Дифференцированная тактика ведения беременных с функциональной истмико-цервикальной недостаточностью / Ю.В. Ковпий, К.Ю. Сагамонова, И.Г. Шевко [и др.] // Российский вестник акушера-гинеколога. - 2004. - №4. - С. 55-57.
- Ельцов-Стрелков В.И. Хирургическое лечение невынашивания беременности при истмико-цервикальной недостаточности // В.И. Ельцов-Стрелков, Е.В. Мареев, Т.В. Смирнова // Акушерство и гинекология. 1989. - № 12. - С. 46-47.
- Занько С.Н. Предупреждение преждевременных родов с помощью акушерского разгружающего песария / С.Н. Занько, А.Ю. Журавлев // Здоровоохранение. - 2004. - №8. - С. 6-9.
- Зубарева Л.П. Хирургическое лечение истмикоцервикальной недостаточности у беременных, страдающих недонашиванием / Л.П. Зубарева // Вопросы охраны материнства и детства. - 1973. - №5. - С. 71-75.
- Истмико-цервикальная недостаточность: возможности диагностики и исход беременности / Т.А. Власова, Е.Г. Гуменюк, Е.Ю. Шакурова [и др.] // Мать и дитя: материалы X все-
- российского научного форума. - М., 2008. - С. 41-42.
- Клінічний протокол з акушерської допомоги "Невиношування вагітності". - Наказ МОЗ України № 624 від 03.11.2008.
- Кузьмина З.П. Новая модификация операции Широкарка при лечении истмико-цервикальной недостаточности во время беременности / Кузьмина З.П. // Актуальные вопросы современной хирургии. - Петрозаводск, 1974. - С. 179-181.
- Кулаков В.И. Преждевременные роды / В.И. Кулаков, Л.Е. Мурашко. - М.: Медицина, 2002. - 172 с.
- Мацынин А.Н. Клиническая оценка эффективности лечения истмико-цервикальной недостаточности / А.Н. Мацынин // Репродуктивное здоровье женщины. - 2003. - №4(16). - С.

- 31-33.
Наш опыт санации влагалища при хирургической коррекции истмико-цервикальной недостаточности /М.М. Вартанян, Г.В.Петросян, Г.Г.Окоев [и др.] //Вопросы охраны материнства и детства. - 1991. - №4. - С. 71-73.
- Опыт лечения невынашивания беременности с помощью акушерского пессария /И.Н.Комарцева, А.А.Марчак, Т.А.Максимова [и др.] //Амбулаторная хирургия. Стационарзаменяющие технологии. - 2004. - №3(15). - С. 44-45.
- Применение неинвазивного метода профилактики и лечения истмико-цервикальной недостаточности /И.А.Жабченко, А.Г.Коломийцева, Н.Я.Скрипченко [и др.] // Проблемы, достижения и перспективы развития медико-биологических наук и практического здравоохранения: труды Крымского государственного медицинского университета им. С.И. Георгиевского. - 2007. - Т.143, Ч.III. - С. 76-79.
- Руднева О.Д. Преждевременные роды: джунгли контраверсий //Здоровье женщины. - 2013. - №6(82). - С. 42-46.
- Руководство по амбулаторно-поликлинической помощи в акушерстве и гинекологии; под ред. В.И.Кулакова, В.И.Прилепской, В.Е.Радзинского. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. - С. 131-135.
- Сатышева И.В. Клинико-диагностические особенности и эффективность различных методов лечения истмико-цервикальной недостаточности: автореф. дис. на соискание науч. степени канд. мед. наук: спец.14.01.01 "Акушерство и гинекология" /И.В.Сатышева. - Томск, 2009. - 20 с.
- Сидельникова В.М. Привычная потеря беременности /Сидельникова В.М. - М.: Триада-Х, 2005. - 303 с.
- Сидельникова В.М. Невынашивание беременности / Сидельникова В.М. - М., 2009. - 290 с.
- Ультразвуковая диагностика угрозы прерывания беременности и состояния шейки матки /И.Б.Мгалоблишвили, К.П.Осидзе, М.Б.Мгалоблишвили [и др.] //Проблемы репродукции. - 2003. - №3. - С. 43-47.
- Macdonald R. Cervical incompetence: the use of transvaginal sonography to provide an objective diagnosis / R.Macdonald, P.Smith, S.Vyas // Ultrasound. Obstet. Gynecol. - 2001. - №18. - P. 211-216.
- Transabdominal cerclage after comprehensive evaluation of women with previous unsuccessful transvaginal cerclage /R.H.Debbs, G.A.DeLa Vega, S.Pearson [et al.] //Am. J. Obstet. Gynecol. - 2007. - Vol.197, №3. - P. 317-324.
- Transvaginal cervicoisthmic cerclage as an alternative to the transabdominal technique /F.Golfier, K.Bessai, P.Paparel [et al.] //Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol. - 2001. - Vol.100, №1. - P. 16-21.

Яремчук Л.В.

ИСТМИКО-ЦЕРВИКАЛЬНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ШЕЙКИ МАТКИ, КАК ПРИЧИНЫ НЕВЫНАШИВАНИЯ: СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ЭТИОЛОГИЮ, ДИАГНОСТИКУ И ЛЕЧЕНИЕ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

Резюме. Обзор литературы посвящен актуальной проблеме современного акушерства, перинатологии и неонатологии - истмико-цервикальной недостаточности шейки матки, как причине невынашивания беременности. Особое внимание в статье уделено этиологии, методам диагностики и лечения истмико-цервикальной недостаточности во время беременности.

Ключевые слова: невынашивание беременности, истмико-цервикальная недостаточность, ультразвуковая цервикометрия.

Yaremchuk L.V.

ISTHMIC-CERVICAL INSUFFICIENCY OF UTERINE NECK AS A CAUSE OF NONCARRYING OF PREGNANCY: MODERN VIEWPOINT ON ETIOLOGY, DIAGNOSTICS AND TREATMENT (LITERATURE REVIEW)

Summary. Review of the literature devoted to the urgent problem of modern obstetrics, perinatology and neonatology - isthmic-cervical insufficiency as a cause of miscarriage. Particular attention is paid to the etiology, diagnosis and treatment isthmic-cervical insufficiency during pregnancy.

Key words: noncarrying of pregnancy, isthmic-cervical insufficiency, ultrasound cervicometry.

Стаття надійшла до редакції 03.10.2013р.

Яремчук Лілія Вікторівна - к.мед. н., доцент кафедри акушерства та гінекології №1 Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова; +38 096 300-23-01; yaremchuk-liliya@mail.ru