

УДК: 618.146–073.4–8:618.4/5–079.7
© Колектив авторів, 2017

УЛЬТРАЗВУКОВІ ПРЕДИКТОРИ НЕДОСТАТНОСТІ ОБТУРАЦІЙНОЇ ФУНКЦІЇ ШИЙКИ МАТКИ У ЖІНОК З РІЗНИМ ІНТЕРГЕНЕТИЧНИМ ІНТЕРВАЛОМ (ДАНІ РЕТРОСПЕКТИВНОГО АНАЛІЗУ)

Буткова О.І., Жабченко І.А., Олешко В.Ф., Корнієць Н.Г., Дзюба О.М.

ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології НАМН України», м. Київ
ДЗ «Луганський державний медичний університет», м. Рубіжне

Вступ. Недостатність обтураційної функції шийки матки є однією з найважливіших медико–соціальних проблем сучасного акушерства і перинатології [1, 3, 9, 11, 13, 14]. Частота цієї патології в загальній популяції породіль коливається від 1,5% до 13,5% [8, 13] і не має тенденції до зниження.

Недостатність обтураційної функції шийки матки (НОФШМ) є провідною причиною пізніх самовільних абортів у 40% вагітних, на її долю припадає до 30% від усіх бажаних вагітностей, що завершуються передчасними пологамі [2, 3, 9, 14]. Причини НОФШМ різноманітні й чисельні. Серед основних чинників виділяють: генетичні, ендокринні, імунологічні, інфекційні, тромбофілічні, анатомічні, наявність ендотеліальної дисфункції [4, 5, 8, 9, 13]. Особливу роль у патогенезі НОФШМ відіграють фенотипічні прояви недиференційованої дисплазії сполучної тканини (НДСТ), яка супроводжується гормональним дисбалансом, мікродизелементомом, що негативно позначається на процесах обміну колагену і обтураційному стані ШМ.

Стабільно високі показники частоти передчасних пологів у терміні до 32 тижнів вагітності свідчать про низьку ефективність існуючих способів діагностики, прогнозу-

вання та профілактики цієї патології, що зумовлює необхідність подальших досліджень [11].

Новий етап в історії діагностики і профілактики НОФШМ при вагітності пов'язано із впровадженням до рутинної практики закладів охорони здоров'я трансвагінального ультразвукового дослідження (ТВУЗД). Використання трансвагінального датчика апарату УЗД дозволяє не лише оцінити розміри шийки матки, а й визначити наявність і форму трансформації цервікального каналу (ЦК), консистенцію і стан істмусу [3, 4, 5, 7]. Накопичений досвід ультразвукової діагностики дозволяє з високим ступенем вірогідності діагностувати цю патологію під час вагітності [6, 9].

Сьогодні для оцінки обтураційної спроможності ШМ широко використовують діагностичні шкали, що базуються на бальній оцінці довжини ШМ, розміру і форми трансформації ЦК [3, 6, 10]. Діагностичними УЗ критеріями обтураційної недостатності ШМ в Україні вважають укорочення шийки матки до 25 мм і більше в терміні вагітності 16–24 тижні та наявність клиноподібної трансформації ЦК на 40% довжини та більше, які визначені саме при трансвагінальній церві-

кометрії [9, 11]. Окремі автори, крім довжини ШМ та ступеня трансформації ЦК, рекомендують визначати його розкриття (до 8 та більше мм), співвідношення довжини ШМ до її діаметру на рівні внутрішнього вічка (менше ніж $1,53 \pm 0,03$), ширину ШМ на рівні внутрішнього вічка в порівнянні із зовнішнім (різниця в 1–2 см), а також ступінь пролабування плодового міхура за її наявності [3, 8].

Існує точка зору, що скринінгове трансвагінальне вимірювання довжини ШМ у жінок з групи високого ризику щодо невиношування вагітності дозволяє своєчасно діагностувати обтураційну недостатність, а адекватно призначене консервативне лікування – уникнути хірургічної корекції виявлених порушень без шкоди для подальшого перебігу вагітності [13].

Більшість провідних дослідників вважають, що для постановки діагнозу НОФШМ найбільш інформативними є дані про параметри ШМ в залежності від терміну гестації та паритету [6, 7, 8].

Так, А.Д. Ліпман і співав. (2006) [6], О.А. Лукьянова і співав. (2011) [7] і П. Г. Мартиненко і співав. (2012) [8], вважають довжину ШМ, що дорівнює 3 см, критичною для загрози самовільного переривання вагітності у першовагітних і повторновагітних в терміні 16–20 тижнів вагітності.

Абсолютною ознакою невиношування вагітності, що вимагає відповідної хірургічної корекції, вважається, незалежно від паритету, довжина ШМ, що дорівнює 2 см. При оцінці ширини шийки матки на рівні внутрішнього вічка діагностичним критерієм обтураційної недостатності ціла низка авторів вважають поступове зростання цього показника з 10–го по 36–й тиждень вагітності від 2,58 до 4,02 см. Також, прогностично несприятливою ознакою щодо пролонгації вагітності, є зниження співвідношення дов-

жини ШМ до її діаметру на рівні внутрішнього вічка до $1,16 \pm 0,04$ [9, 13, 14].

У разі сумнівних результатів цервікометрії деякі автори рекомендують проводити цервікальний стресовий тест (ЦСТ), суть якого полягає в помірному натисканні протягом 15–30 секунд на передню черевну стінку за віссю матки в напрямку піхви. Вкорочення ШМ на 2 мм і більше, збільшення відсотка клиновидної трансформації ЦК, розширення внутрішнього вічка до 5 і більше міліметрів [13], яке при цьому відбувається, свідчить про наявність високого ризику НОФШМ. Водночас окремі автори вважають за доцільне при проведенні цього тесту натискати безпосередньо на дно матки. Безумовно, застосування навантажувальних тестів під час ТВУЗД цервікометрії збільшує вірогідність визначення обтураційної неспроможності ШМ. Проте, на нашу думку, більш доречним є застосування навантажувальних тестів – позиційного при вставанні пацієнтки та кашльового [9, 10, 14], проведення яких не супроводжується безпосереднім тиском на стінку матки.

Нові перспективи в діагностиці НОФШМ пов'язують із впровадженням у повсякденну практику ультрасонографічної діагностики трьохмірного трансвагінального сканування з режимом статичної реконструкції. За допомогою цієї методики вже в терміні 6–7 тижнів вагітності можна виявити діагностичні критерії обтураційної недостатності ШМ – анехогенні структури циліндричної форми, які являють собою залози ШМ розмірами 0,2–0,4 см. Внутрішнє вічко при цьому може бути щілиноподібним. При динамічному ультразвуковому спостереженні (8–9 та 17–20 тижнів вагітності) кількість залоз ШМ прогресивно збільшується, їх розмір зростає до 0,4–0,6 см з одночасним розширенням внутрішнього вічка до 0,2 см і мож-

ливим пролабуванням плодових оболонок, що розташовані в проекції внутрішнього вічка [11, 13]. Поряд з розширенням цервікальних залоз на ранніх термінах вагітності у вагітних з групи високого ризику щодо недостатності обтураційної функції ШМ також діагностують наявність крипт, які утворює призматичний епітелій шийки матки, що розглядається авторами як ультразвуковий діагностичний критерій її обтураційної неспроможності. Автори [6, 7] справедливо вважають, що впровадження в рутинну практику ультрасонографічної діагностики трьохмірного трансвагінального сканування з режимом статичної реконструкції дозволить ще на доклінічному етапі діагностувати НОФШМ у жінок з групи високого ризику.

Одним із факторів ризику щодо НОФШМ безсумнівно вважається паритет пологів. Так, у жінок, що багато і часто народжували, в 13–14 тижнів вагітності фізіологічно вважається довжина ШМ 36–37 мм, а на обтураційну недостатність в 17–20 тижнів вказує її вкорочення до 2,9 мм [13, 14]. Тому ультразвукова оцінка стану фетоплацентарного комплексу (ФПК), плода і шийки матки із урахуванням інтергенетичного інтервалу представляє певний інтерес, що і обумовило напрямок нашого дослідження.

Мета дослідження дослідити особливості стану фетоплацентарного комплексу та шийки матки у вагітних з недостатністю її обтураційної функції при різному інтергенетичному інтервалі (ІГ).

Матеріал та методи дослідження. Для досягнення поставленої мети проведено ретроспективний аналіз УЗ досліджень за даними історій пологів 126 жінок з недостатністю обтураційної функції ШМ, які знаходились на лікуванні і розродженні у відділенні патології вагітності і пологів ДУ «ПАГ НАМН

України» в 2011 – 2015 рр. Усі вагітні з верифікованим діагнозом НОФШМ в залежності від паритету і тривалості ІГ були об'єднані в групи наступним чином: 1 група – ІГ до 3 років (11 жінок – 8,3%); 2 група – ІГ від 3 до 5 років (14 жінок – 11,1%); 3 група – ІГ від 5 до 10 років (25 жінок – 19,85); 4 група – ІГ понад 10 років (18 жінок – 13,3%). 58 жінок (46,0%) з НОФШМ, що не мали пологів в анамнезі, склали групу порівняння.

Наявність НОФШМ встановлювали, оцінюючи результати ТВУЗД, яке проводилося на апараті «Acuson X 300» виробництва «Siemens» (Німеччина) з використанням лінійного (ФПК) та трансвагінального датчика (ШМ). Про спроможність обтураційної функції ШМ судили, оцінюючи довжину ШМ та стан її внутрішнього вічка. При вкороченні ШМ до 2,5 см і наявності розширення внутрішнього вічка до 10 мм у терміні до 21 тижня вагітності діагностували НОФШМ.

Статистичну обробку отриманих результатів досліджень здійснювали за допомогою методів описової та варіаційної статистики з використанням критерію Стьюдента та методу кутового перетворення Фішера. Обчислення отриманих результатів здійснювали на персональному комп'ютері з використанням програм Statistica for Windows і Microsoft Excel 7.0. Розбіжності визначали як можливі при $p < 0,05$.

Результати дослідження. У 88% обстежених вагітних у терміні 13–14 тижнів виявлено наявність укорочення шийки матки до 37 мм, що погіршує прогноз сприятливого закінчення вагітності. Тобто, ці жінки потребували лікувально-профілактичних заходів вже у I триместрі вагітності. Звертає на себе увагу прогресування НОФШМ у 30,2% жінок. Так, за даними УЗ досліджень в 16–24 тижні вагітності у цих жінок спостерігалось укорочення ШМ до 25–30 мм та

наявність клиноподібної трансформації у ЦК. Цікавими є результати дослідження у жінок зі звичним невиношуванням. У 44% цих вагітних укорочення ШМ до 29 мм спостерігалось вже в терміні 13–14 тижнів вагітності, а роз-

ширення внутрішнього вічка від 25 до 50 мм діагностовано у 9,3% обстежених.

За даними ретроспективного аналізу УЗ досліджень, у 83,3% жінок виявлено негативні зміни у стані ФПК. Ці дані представлені в табл. 1.

Таблиця 1. Стан ФПК у вагітних з порушенням obturaційної функції шийки матки в залежності від ІГІ, абс.ч, %

Показники дослідження	ІГІ				
	Група порівняння (n=58)	1 гр (n=11)	2 гр (n=14)	3 гр (n=25)	4 гр (n=18)
Гіперплазія плаценти	6 (10,3)	2 (18,2)	3 (21,4)	4 (16,0)	4 (22,2)
Гіпоплазія плаценти	–	6 (54,5)	1 (7,1)	–	2 (11,1)
Підвищення ехогенності амніотичної рідини	14 (24,1)	4 (36,3)	2 (14,2)	5 (20,0)	5 (27,7)
Маловоддя	2 (3,4)	–	–	1 (4,0)	2 (11,1)
Багатоводдя	5 (8,6)	3 (27,2)	4 (28,6)	3 (12,0)	3 (16,7)

Як свідчать дані таблиці 1, жінки всіх груп мали УЗ зміни у ФПК. Звертає на себе увагу, що у більшості обстежених вагітних виявлені УЗ-зміни корелюють з показниками клінічних ускладнень гестації. Проведений аналіз показав, що у 38,9% жінок вагітність закінчилась пізніми самовільними абортами, у 31,7% вагітних – передчасними пологами, 43,6% жінок страждали на вагініт. Для жінок з вагітністю, яка триває, було притаманним зростання кількості ускладнень з боку ФПК. Перш за все, в динаміці вагітності у вагітних досліджуваних груп прогресували ознаки внутрішньоутробного інфікування (38,0%), що проявлялося багатоводдям, частота якого переважала у жінок 1 та 2 груп (27,2% і 28,6% відповідно). Переважно у цих вагітних амніотична рідина вирізнялася підвищеною ехогенністю, досягаючи максимально високих показників у вагітних 1-ї та 4-ї групи (36,3% та 27,7%

відповідно). Отримані результати цілком узгоджуються з анамнестичними даними про високу інфекційно-запальну захворюваність жінок з НОФШМ. Так, на наявність хронічної герпесвірусної інфекції вказували 45 жінок (35,7%), хронічну цитомегаловірусну інфекцію відзначала 41 вагітна з НОФШМ (32,5%), хронічний первинний токсоплазмоз – 36 жінок (28,6%), на червець до вагітності страждала 21 (16,7%) вагітна. Для вагітних з НОФШМ притаманна висока захворюваність на вагініт (43,6%) і бактеріальний вагіноз (29,7%), що створює умови для інфікування нижнього полюсу плодового міхура та сприяє його передчасному розриву. З іншого боку, застосування механічних засобів відновлення obturaційних властивостей ШМ (серкляж, акушерський розвантажувальний песарій), які є стороннім тілом, підтримують умови для активації умовно-патогенної мікрофлори статевих

шляхів і внутрішньоутробного інфікування плода. Як свідчить проведений ретроспективний аналіз, 12 новонароджених (9,5%) від матерів з НОФШМ під час вагітності народились з вродженою пневмонією. Звертає на себе увагу великий відсоток жінок з передчасним дозріванням плаценти та наявністю деструктивних змін в ній, що свідчить про глибокі порушення гормонального гомеостазу напередодні і під час вагітності у цих вагітних. Преморбідним фоном для порушення плацентарної дисфункції (ПД) зазвичай виступає обтяжений репродуктивний анамнез. Так, більшість досліджуваних вагітних відзначали в анамнезі штучні аборти (31,7%), кожна друга мала самовільні викидні (62,7%), а кожна четверта – завмерлу вагітність – (26,9%). Таке напруження репродуктивних ресурсів призвело до їх виснаження та сприяло розвитку плацентоасоційованих ускладнень, що підтверджується даними доплерометричного дослідження кровотоку в системі мати–плацента–плід (табл. 2).

нкції (ПД) зазвичай виступає обтяжений репродуктивний анамнез. Так, більшість досліджуваних вагітних відзначали в анамнезі штучні аборти (31,7%), кожна друга мала самовільні викидні (62,7%), а кожна четверта – завмерлу вагітність – (26,9%). Таке напруження репродуктивних ресурсів призвело до їх виснаження та сприяло розвитку плацентоасоційованих ускладнень, що підтверджується даними доплерометричного дослідження кровотоку в системі мати–плацента–плід (табл. 2).

Таблиця 2. Показники матково–плацентарно–плодового кровообігу у вагітних з НОФШМ, M+m

Показники кровотоку (PI)	Групи вагітних з порушеннями обтураційної функції шийки матки в залежності від ІГІ				
	Група порівняння (n=58)	1 гр (n=11)	2 гр (n=14)	3 гр (n=25)	4 гр (n=18)
Маткова артерія	0,61±0,01	0,62±0,03	0,63±0,02	0,69±0,02*	0,70±0,02*
Артерія пуповини	0,59±0,01	0,66±0,02*	0,68±0,02*	0,70±0,02*	0,73±0,02*
СМА	0,71±0,02	0,73±0,02	0,75±0,03	0,75±0,01	0,90±0,02*

Примітка: * – $p < 0,05$ в порівнянні з 1 групою

Результати доплерометричних досліджень свідчать, що PI в маткових артеріях та артеріях пуповини у жінок з НОФШМ зростає із збільшенням ІГІ.

Як свідчить проведений ретроспективний аналіз, у жінок із ІГІ понад 5 років відзначається достовірна тенденція до погіршення показників матково–плацентарної та плодової гемодинаміки. Тобто, чим частіше виникають несприятливі результати вагітності, тим більше акушерських ускладнень у наступних вагітностях. Це обумовлено і прогресуючим гормональним дисбалансом, особливо за наявності безпліддя після перерваних вагітностей.

Наявність ПД супроводжується підвищеною систолічною, зниженою діастолічною швидкістю кровотоку в артеріях пуповини за рахунок підвищеного периферичного судин-

ного опору внаслідок структурних змін плаценти. Порушення PI в артеріях пуповини у жінок 2, 3 та 4 груп у порівнянні із першовагітними свідчить про порушення плодово–плацентарного кровотоку.

Результати досліджень показників кровотоку в басейні середньо–мозкової артерії плода свідчать про порушення гемодинаміки тільки у жінок 4 групи з максимальним ІГІ тривалістю понад 10 років (0,90±0,02) проти (0,71±0,02) у першовагітних. Більш значні порушення гемодинаміки у ФПК цих жінок пояснюються більш вираженими змінами гормонального статусу, оскільки у більшості з них було діагностовано вторинне безпліддя та більш висока частота виникнення ПД, внутрішньоутробного інфікування та народження дітей з перинатальною патологією.

Висновки

1. За даними акушерських клінік ДУ «ПАГ НАМН України», частота недостатності обтураційної функції шийки матки має стійку тенденцію до зростання з 1,7% в 2011 році до 4,7% у 2015 році.

2. За даними УЗ досліджень, у терміні 13–14 тижнів вкорочення шийки матки до 37 мм мало місце у 88% обстежених жінок.

3. У вагітних зі звичним невиношуванням у терміні 13–14 тижнів укорочення шийки матки до 29 мм мали 44% обстежених. У 9,3% вагітних діагностовано розширення внутрішнього вічка з 25 до 50 мм.

4. НОФШМ із укороченням до 25–30 мм в терміні 16–24 тижня та наявність клиноподібної трансформації цервікального каналу виявлено у 31,2% вагітних.

5. За даними ретроспективного аналізу УЗД у 83,3% жінок виявлено негативні зміни у стані ФПК, серед яких переважали: багатоводдя (14,3%), гіперплазія плаценти та наявність в ній деструктивних змін

(15,1%), підвищення ехогенності амніотичної рідини (23,8%).

6. Допплерометричні дослідження свідчать, що РІ у маткових артеріях та артеріях пуповини у вагітних з НОФШМ зростає із збільшенням інтергенетичного інтервалу до 5–10 років та більше.

7. У вагітних жінок з порушенням обтураційної функції шийки матки провідними факторами ризику щодо виникнення даної патології визначено: обтяжений гінекологічний анамнез (94,5%), запальні захворювання статевих органів (81,8%), патологія шийки матки (51,2%), обтяжений акушерський анамнез (76,8%), патологічний перебіг попередніх вагітностей (58,8%) і пологів (54,5%).

8. Недостатність обтураційної функції шийки матки супроводжується патологічним перебігом даної вагітності у 58,8% жінок, патологічними пологами у 62,7% обстежених, що підкреслює актуальність проблеми та необхідність удосконалення існуючих засобів профілактики та лікування.

ЛІТЕРАТУРА

1. Антипкин Ю.Г. Основные направления развития перинатальной медицины / Ю.Г. Антипкин, Ю.В. Давыдова // Репродуктивная эндокринология. – 2012. – №2. – С. 5–7.

2. Жабченко И.А. Акушерская тактика при истмико-цервикальной недостаточности: решение основных и сопутствующих проблем / И.А. Жабченко // Охрана материнства и детства. – 2015. – №2. – С. 58–65.

3. Захарова Л.В. Ультразвуковые возможности ранней диагностики истмико-цервикальной недостаточности / Л.В. Захарова, А.М. Амбарцумян, С.Б. Ахмедова // ГОУ ДПО „РМАПО ФАЗСР». – М.: Доктор. Ру, 2008. – №6. – С. 62–65.

4. Зубарева Л.С. Прогностические критерии истмико-цервикальной недостаточности при дисплазии соединительной ткани. / Л.С. Зубарева // Мать и дитя: сб. науч. тр. – Екатеринбург, 2010. – С. 126–126.

5. Коньков Д.Г. Сучасні аспекти дослідження предикторів передчасних пологів з точки зору доказової медицини / Д.Г. Коньков, А.В. Чернов, І.Л. Кукуруза // Вісник морфології. – 2012. – Том 18, №1. – С. 193–197.

6. Липман А.Д. Ультразвуковые критерии истмико-цервикальной недостаточности / А.Д. Липман, А.Ю. Черемных // Акушерство и гинекология. – 2006. – №4. – С. 5–7.

7. Лук'янова О.А. Істміко-цервікальна недостатність: погляд на проблему / О.А. Лук'янова // Охорона материнства та дитинства. – Мінськ, 2011. – С. 73–77.
8. Мартыненко П.Г. Прогнозирование преждевременных родов на основе выявления наиболее значимых факторов риска / П.Г. Мартыненко, В.Г. Волков // Акушерство и гинекология. – 2012. – №1. – С. 103–107.
9. Романенко Т.Г. Істміко-цервікальна недостатність: діагностика, тактика ведення вагітності, методи корекції (аналітичний огляд літератури) / Т.Г. Романенко, І.П. Мельничук // Здоровье женщины. – №1 (87). – 2014. – С. 41–46.
10. Судаков А.Г. Истмико-цервикальная недостаточность / А.Г. Судаков. // Вестник Амурской областной больницы. – 2011. – №40. – С. 4–6.
11. Медведев М.В. Допплерография в акушерстве / М.В. Медведев // М.: Реальное время, 1999. – 38 с.
12. Клінічний протокол з акушерської допомоги МОЗ України від 03.11.2008 р № 624 «Невиношування вагітності».
13. Торчинов А.В. Проблемы потери беременности – диагностика, ведение беременности, лечение и прогнозы на современном этапе развития акушерства: (обзор литературы) / А.В. Торчинов, М.М. Умаханова, Г.Л. Доронин, Г.Н. Джонбобоева // Лечащий врач. – 2013. – №9. – С. 85–91.
14. Торчинов А.М. Диагностические возможности ультразвукового исследования при привычной потере беременности / А.М. Торчинов, М.М. Умаханова, Г.Л. Доронин // Проблемы репродукции. – 2013. – Т. 19, №4. – С. 90–94.

Буткова О.І., Жабченко І.А., Олешко В.Ф., Корнієць Н.Г., Дзюба О.М. Ультразвукові предиктори недостатності обтураційної функції шийки матки у жінок з різним інтергенетичним інтервалом (дані ретроспективного аналізу).

З метою розробки прогностичних критеріїв перинатальних наслідків, алгоритму обстеження та лікувальної тактики проведено ретроспективний аналіз ультразвукових досліджень у 126 жінок з порушенням обтураційної функції шийки матки, які знаходились в ДУ «ІПАГ НАМН України» з 2011 до 2015 рр., щодо взаємозв'язку недостатності обтураційної функції шийки матки з різним інтервалом між вагітностями. Виявлено наявність скорочення шийки матки до 37 мм у терміні вагітності 13–14 тижнів у 88% обстежених жінок. Обтураційна недостатність шийки матки із укороченням до 25–30 мм в терміні 16–24 тижні та наявність клиноподібної трансформації цервікального каналу виявлено у 31,2% жінок. Серед жінок, що мали звичне невиношування, укорочення шийки матки до 29 мм в терміні 13–14 тижнів вагітності мали 44% вагітних. Розширення внутрішнього вічка з 25 до 50 мм діагностовано у 9,3% обстежених. У 83,3% жінок виявлено негативні зміни у стані фетоплацентарного комплексу. Серед ускладнень переважали: передчасне старіння плаценти (21,6%), підвищена ехогенність амніотичної рідини (27,7%), багатоводдя (16,7%). При порушенні обтураційної функції шийки матки не виявлено значних розбіжностей в показниках УЗД в залежності від інтергенетичного інтервалу, але результати доплерометричних досліджень свідчать, що ІР в маткових артеріях та артеріях пуповини у жінок з порушеннями обтураційної функції шийки матки зростає із збільшенням інтергенетичного інтервалу на 5 років і більше.

Ключеві слова: вагітність, ретроспективний аналіз, ультразвукове дослідження, обтураційна функція шийки матки, інтергенетичний інтервал.

Буткова О.И., Жабченко И.А., Олешко В.Ф., Корниец Н.Г., Дзюба Е.Н. Ультразвуковые предикторы недостаточности obturационной функции шейки матки у женщин с разным интергенетическим интервалом (данные ретроспективного анализа).

С целью разработки прогностических критериев перинатальных последствий, алгоритма обследования и лечебной тактики проведен ретроспективный анализ ультразвуковых исследований у 126 женщин с нарушением obturационной функции шейки матки, которые находились в ГУ «ИПАГ НАМН Украины» с 2011 до 2015 гг. При проведении исследования особое внимание уделялось взаимосвязи недостаточности obturационной функции шейки матки с разным интервалом между родами. Выявлено наличие укорочения шейки матки до 37 мм в сроке беременности 13–14 недель у 88% обследованных женщин. Obturационная недостаточность шейки матки с укорочением до 25–30 мм в сроке 16–24 недели и наличие клиновидной трансформации цервикального канала выявлены у 31,2% женщин. Среди женщин с привычным невынашиванием, укорочение шейки матки до 29 мм в сроке 13–14 недель беременности имели 44% беременных. Расширение внутреннего зева с 25 до 50 мм диагностировано у 9,3% обследованных. У 83,3% женщин выявлены негативные изменения в состоянии фетоплацентарного комплекса. Среди осложнений преобладали: преждевременное старение плаценты (21,6%), повышенная эхогенность амниотической жидкости (27,7%), многоводие (16,7%). При нарушении obturационной функции шейки матки не выявлено значительных несоответствий в показателях УЗИ в зависимости от интергенетического интервала, но результаты доплерометрических исследований свидетельствуют, что ИР в маточных артериях и артериях пуповины у женщин с нарушением obturационной функции шейки матки возрастает с увеличением интергенетического интервала до 5 лет и более.

Ключевые слова: беременность, ретроспективный анализ, ультразвуковое исследование, шейка матки, интергенетический интервал.

Butkova O.I., Zhabchenko I.A., Oleshko V.F., Korniets N.G., Dziuba O.M. Ultrasonic predictors of the insufficiency of obturative function of cervix of women with different intergenetic interval (retrospective analysis of parturition stories).

With the purpose of developing prognostic criteria of perinatal consequences, of the algorithm of examination and treatment strategy, there was held the retrospective analysis of ultrasonic examination of 126 women with the insufficiency of obturative function of cervix, who were placed in Institute of Pediatrics, Obstetrics and Gynecology of NAMS of Ukraine from 2011 till 2015. It was performed an analysis of the correlation between the deficiency of obturative function of cervix and different intervals between pregnancies. There was revealed the presence of cervical reduction up to 37 mm in pregnancy term of 13–14 weeks for 88% of examined women. Obturative deficiency of uterine cervix with reduction up to 25–30 mm in term of 16–24 weeks and presence of wedge-shaped transformation of cervical canal was found for 31,2% of women. Out of women, who had recurrent miscarriage, reduction of uterine cervix up to 29 mm in term of 13–14 weeks of pregnancy was detected for 44% of pregnant. Extension of internal orifice of the uterus from 25 to 50 mm was diagnosed for 9,3% of the examined. For 83,3% of women there were found negative changes of state of the fetoplacental complex. Among the complications dominated the following: premature aging of the placenta (21,6%), increased echogenicity of the amniotic fluid (27,7%), hydramnios (16,7%). With indeficiency of the obturative function of uterine cervix, there were not found great differences in ultrasound parameters depending on the intergenetic interval, but the results of dopplerometric examinations show that RI in cervical arteries and umbilical arteries of women with deficiency of obturative function of uterine cervix grow with the increase of intergenetic interval of more than 5 years.

Key words: pregnancy, retrospective analysis, ultrasound examination, obturative function of uterine cervix, intergenetic interval.