

ПЕРЕДНІЙ МАТКОВО-ШИЙКОВИЙ КУТ ЯК НОВИЙ УЛЬТРАЗВУКОВИЙ МАРКЕР ПЕРЕДЧАСНИХ ПОЛОГІВ У ВАГІТНИХ З ЕНДОКРИННИМ І ПОЄДНАНИМ БЕЗПЛІДДЯМ В АНАМНЕЗІ

DOI: <http://dx.doi.org/10.18370/2309-4117.2021.60.34-38>

Л.Є. ТУМАНОВА

д. мед. н., професор, керівниця відділення лікування та профілактики гнійно-запальних захворювань в акушерстві
ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології ім. акад. О.М. Лук'янової НАМН України», м. Київ
ORCID: 0000-0002-4202-943X

О.В. КОЛОМІЄЦЬ

к. мед. н., старший науковий співробітник відділення профілактики та лікування гнійно-запальних захворювань в акушерстві
ДУ «ПАГ ім. акад. О.М. Лук'янової НАМН України», м. Київ
ORCID: 0000-0003-4511-1663

Контакти:

Коломієць Олена Володимирівна
ДУ «ПАГ ім. акад. О.М. Лук'янової НАМН України»,
04050, Київ, П. Майбороди, 8
Тел.: +38 (044) 483-22-31
Email: doct_helen@ukr.net

ВСТУП

Серед етіологічних чинників невиношування вагітності важливе значення має недостатність обтураційної функції шийки матки (НОФШМ), що найчастіше асоціюється з істміко-цервікальною недостатністю (ІЦН). Останню реєструють у 15–40% жінок, які страждають на звичне невиношування. Близько 30% випадків передчасних пологів пов'язано саме з НОФШМ. Незалежно від причин, що призводять до обтураційної недостатності, на сьогодні немає чітких і ранніх діагностичних критеріїв цього ускладнення вагітності [3, 6].

Загальновідомо, що вагітність, яка настала після лікування безпліддя, як ендокринного, так і трубно-перитонеального генезу, вирізняється великим відсотком акушерських і перинатальних ускладнень (до 55% пацієнток), зокрема: ранніми й пізніми викиднями, ІЦН, передчасними пологами, внутрішньоутробним інфікуванням плода, плацентарною дисфункцією та ін. [3, 4].

У жінок з ендокринним (із синдромом полікістозних яєчників (СПКЯ)) або поєднаним (ендокринний і трубно-перитонеальний чинники) безпліддям, найчастіше після стимуляції овуляції або в результаті застосування допоміжних репродуктивних технологій [7, 19], спостерігається висока частота загрози переривання вагітності на різних термінах, зумовлена формуванням недостатності лютеїнової фази циклу в поєднанні з гіперандрогенією та розвитком функціональної ІЦН в кожній третій вагітній [6, 9].

НОФШМ під час вагітності залишається однією з найбільш значущих проблем сучасного акушерства, оскільки призводить до екстремально ранніх передчасних пологів і народження немовлят із глибокою морфофункціональною незрілістю [6, 13].

Важливе значення в патогенезі передчасних пологів має функціональна недостатність шийки матки (ШМ). НОФШМ виявляється передусім неспроможністю циркулярної мускулатури ділянки внутрішнього вічка, що зі свого боку спричиняє розвиток недостатності перешийка і ШМ. Вони втрачають можливість протистояти внутрішньоматковому тиску, який підвищується з терміном гестації, і утримувати плодове яйце, яке прогресивно збільшується, у порожнині матки до своєчасних пологів [3, 5].

Але НОФШМ, зокрема ІЦН, як діагноз далеко не завжди підтверджують під час подальшого обстеження після вагітності, що утруднює ідентифікацію причин невиношування й недоношування вагітності [8, 17].

Сьогодні дослідники виділяють такі типи НОФШМ:

- 1) анатомічні (травматичні, органічні);
- 2) функціональні;
- 3) вроджені.

Анатомічна або травматична НОФШМ виникає внаслідок внутрішньоматкових маніпуляцій, що супроводжуються механічним розширенням цервікального каналу, а також патологічними пологами з глибокими розривами ШМ [2, 10].

Функціональна НОФШМ найчастіше є наслідком гормонального дисбалансу. За даними сучасних вітчизняних і зарубіжних авторів, НОФШМ під час вагітності діагностується в кожній третій жінки при гіперандрогенії будь-якого генезу, гіпофункції яєчників, недостатності лютеїнової фази циклу, метаболічному синдромі різноманітної етіології [10, 11].

Вроджена НОФШМ є здебільшого наслідком генітального інфантилізму або вад розвитку матки, хоча гіпоплазія матки досить часто трапляється і в пацієнток із СПКЯ. Вчені підтверджують, що частота загрози самовільного викидня є найбільшою саме у вагітних із гіпоплазією матки (74%), а у вагітних із НОФШМ вона становить 52%. Деякі дослідники пов'язують звичне невиношування з вадами розвитку матки, зокрема з наявністю перетинки в її порожнині та з порушенням процесів утворення колагену в органі [15, 19].

Існує гіпотеза, згідно з якою НОФШМ розглядають як індуковане вагітністю передчасне дозрівання ШМ на тлі посиленої запальної відповіді з характерним підвищенням вмісту цитокінів, простагландинів і матриксних металопротеїназ [4, 11].

Інші вчені вважають, що будь-які інфекційні захворювання сечостатевої системи, інфекції, що передаються статевим шляхом, TORCH-інфекції, запальні захворювання піхви й матки також можуть бути причиною втрати обтураційної спроможності ШМ. Піхва та ШМ являють собою першу лінію протиінфекційного захисту. Фактори місцевого імунітету обмежують розмноження мікроорганізмів та їх проникнення

до верхніх відділів статевого тракту. Отже, ШМ є бар'єрним органом між стерильною порожниною матки та бактеріально забрудненою піхвою [3, 16].

Згідно з даними літератури, стандартні ультразвукові протоколи пренатального скринінгу (без трансвагінального УЗД) протягом I та II триместру ідентифікують лише 55% і 69% випадків спонтанних передчасних пологів відповідно [12, 20].

У зарубіжних наукових публікаціях трапляються поодинокі праці щодо зміни матково-шийкового кута (МШК) у вагітних із загрозою переривання [21, 24]. МШК може стати додатковим ультразвуковим маркером прогнозування передчасних пологів у II триместрі вагітності [1, 13]. МШК – це кут, утворений шийкою і передньою стінкою матки (нижнім сегментом). Вимірювання переднього МШК проводять трансвагінально на основі візуалізації кута, утвореного двома лініями: лінією, яка проходить на передній стінці матки, включаючи перешийок, і лінією, проведеною вздовж цервікального каналу через внутрішнє і зовнішнє вічко [1, 15].

Одна з теорій розкриття переднього МШК пояснюється патофізіологічними механізмами, що ґрунтуються на принципах гравітації: з розвитком вагітності сила тяжіння вагітної матки, згідно з фізичними законами, зміщується в бік ШМ, і, залежно від кута нахилу, шийковий канал закривається, якщо кут нахилу гострий, або відкривається, якщо кут нахилу тупий [1, 23]. Ці зміни в куті ШМ можуть бути використані як один із найефективніших маркерів прогнозування спонтанних передчасних пологів [1, 18, 22]. Примітно, що вагінальний песарій був розроблений не тільки для того, щоб закрити, але й нахилити ШМ. І встановлення акушерського силіконового песарію робить МШК більш вужчим (гострішим) [2].

Автори провели дослідження за участю жінок із безпліддям в анамнезі (ендокринного чи трубно-перитонеального генезу), у якому контролювали стан ШМ шляхом ультразвукової цервікометрії в динаміці вагітності.

Мета дослідження: визначити інформаційну значущість МШК для прогнозування передчасних пологів у жінок з одноплідною вагітністю та безпліддям в анамнезі.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Обстеження вагітних проводили в умовах кабінету функціональної діагностики на базі ІПАГ ім. акад. О.М. Лук'янової НАМН України із січня 2019 до грудня 2020 р. Пацієнтки, які брали участь у дослідженні, дали інформовану згоду на обробку своїх персональних даних. У спеціально розробленій індивідуальній реєстраційній карті відмічали антропометричні й соціально-демографічні характеристики пацієнток (зріст, вагу, вік, соціально-економічний статус з урахуванням анамнезу життя), акушерський анамнез; значення довжини ШМ і МШК; результат пологів. На момент огляду пацієнтки скарг не мали.

УЗД проводили на 12–14 і 16–20 тижнях вагітності у 127 жінок з одноплідною вагітністю віком від 20 до 49 років, із яких 97 мали безпліддя різного генезу в анамнезі, а 30 – не мали. Середній вік вагітних із безпліддям в анамнезі становив 38,5 року.

В основі розподілу вагітних на групи лежав чинник безпліддя:

- I група – 35 вагітних, які мали в анамнезі ендокринне безпліддя (СПКЯ, гіперпролактинемію та їх поєднання);

- II група – 37 вагітних, які мали в анамнезі безпліддя трубно-перитонеального генезу (позаматкові вагітності, сактосальпінгси, хронічні рецидивні сальпінгоофорити, хронічні метрити);

- III група – 25 вагітних, які мали в анамнезі поєднане безпліддя: трубно-перитонеального генезу з ендокринним (поєднання гормонального (СПКЯ та гіперпролактинемія) і запального факторів безпліддя перед цією вагітністю);

- IV група (контрольна) – 30 здорових вагітних, які не мали в анамнезі безпліддя та завагітніли протягом року подружнього життя.

Усім вагітним діагностику НОФШМ виконували за допомогою ультразвукового апарату фірми Medison, Accuvix V10. УЗД ШМ проводили за допомогою трансабдомінального датчика 3,5–5 МГц із радіусом кривизни сканувальної поверхні 40 мм і трансвагінального датчика 4,5–7,5 МГц.

При трансабдомінальній ехографії оцінювали фетометричні показники за загальноприйнятим протоколом.

Далі проводили трансвагінальне УЗД, яке включало оцінювання довжини ШМ, розміру МШК і стану внутрішнього та зовнішнього вічка матки (рис. 1).

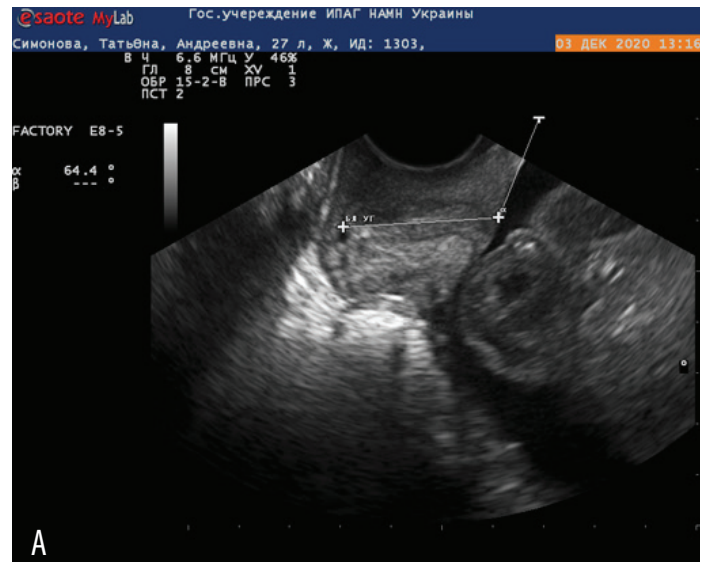


Рисунок 1 А, Б. Трансвагінальне УЗД. Передній МШК

ВАГІТНІСТЬ І ПОЛОГИ

Визначали комбінацію додаткових критеріїв: співвідношення довжини ШМ та її діаметра на рівні внутрішнього вічка матки, обчислення відсотка деформації ШМ до її довжини, зміни ехоструктури й особливості васкуляризації ШМ у режимі кольорового доплерівського картування.

Діагностичними критеріями ІЦН уважали:

- довжину ШМ < 2,5 см (на терміні вагітності 16–24 тижні);
- ширину цервікального каналу > 1 см (на терміні вагітності < 21 тижня);
- пролабування плодового міхура з деформацією внутрішнього вічка;
- наявність клиноподібної трансформації каналу ШМ на $\geq 40\%$ довжини;
- співвідношення довжини до діаметра ШМ на рівні внутрішнього вічка < $1,16 \pm 0,04$;
- розширення цервікального каналу > 0,2 см у поєднанні з більш ніж чотирма матковими скороченнями за годину.

Статистичну обробку отриманих результатів досліджень здійснювали за допомогою методів описової та варіаційної статистики й методу кутового перетворення Фішера.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Проаналізовано перебіг вагітності та пологів у обстежених вагітних за групами. Наведені дані свідчать, що акушерські ускладнення були в усіх групах жінок із безпліддям в анамнезі (табл. 1).

Найвища частота загрозливих ранніх та пізніх викиднів і передчасних пологів була в I та III групах. Так, у I триместрі цей показник становив 44%, а в II – 40% у III групі, що втричі більше за аналогічні показники в контрольній групі. Діагноз ІЦН було встановлено 26–28% жінкам I та III груп і 10,8% вагітним II групи. У 27% жінок II групи та у

32% вагітних III групи спостерігався передчасний розрив плодових оболонок. Передчасні пологи найчастіше відбувалися у жінок III групи – у 25% випадків. Водночас цей показник у жінок I та II груп статистично не відрізнявся (табл. 1).

При проведенні I пренатального скринінгу в поодиноких випадках (від 2,9 до 4%) у пацієнок трьох основних груп (I, II, III) було виміряно довжину ШМ, при цьому розширення цервікального каналу на рівні внутрішнього вічка (симптома «лійки») не виявлено в жодній жінки.

А от вимірювання МШК на цих самих термінах (12–14 тижнів) показало більш насторожливі результати. Так, у вагітних з ендокринним і поєднаним безпліддям в анамнезі кут був тупим: $96\text{--}105^\circ$ і $>105^\circ$ у 14,3 та 20,0% відповідно, а у групі з трубно-перитонеальним безпліддям в анамнезі тупий кут діагностувався у 8,1% випадків. У групі контролю цей показник дорівнював 6,6%.

При проведенні пренатального скринінгу II триместру довжина ШМ становила ≤ 25 мм у 25,7% жінок I групи, у 28,0% – III групи і у 5,4% – II групи, у контрольній групі цей показник виявлено тільки у 3,3% пацієнок. Розширення цервікального каналу на рівні внутрішнього вічка (симптом «лійки») був у 14,3% жінок I групи, у 20,0% – III групи і у 2,7% – II групи, а в контрольній групі – у 3,3% пацієнок (табл. 2).

Аналіз термінів настання пологів в обстежених вагітних показав: передчасні пологи відбулися у 45,4% жінок I групи, у 75% – II групи і 62,5% – жінок III групи, у яких фіксувався тупий МШК у II триместрі. А от вагітні з кутом $\leq 95^\circ$ значно рідше мали передчасні пологи: у I групі – 4,2% жінок, у II групі – 6,06%, у III групі – 5,9% (рис. 2). Усі передчасні пологи відбулися на терміні від 34 до 37 тижнів.

Таблиця 1. Стани, пов'язані із загрозою переривання вагітності, n (%)

Стани, пов'язані із загрозою переривання вагітності	I група, n = 35	II група, n = 37	III група, n = 25	IV група, n = 30
Загроза раннього викидня	12 (34,3) *	7 (18,9) ^Δ	11 (44) *	4 (13,3)
Загроза пізнього викидня	11 (31) * ^ο	6 (16,2) ^Δ	10 (40) *	3 (10)
Загроза передчасних пологів	10 (29) * ^Δ	7 (18,9) * ^Δ	11 (44) *	2 (6,6)
ІЦН	9 (26) * ^ο	4 (10,8) ^Δ	7 (28) *	1 (3,3)
Передчасний розрив плодових оболонок	4 (11,4)	10 (27)	8 (32) *	2 (6,7)
Передчасні пологи	5 (14,3)	6 (16,2) ^Δ	6 (25) *	2 (6,6)
Акушерський песарій	5 (14,3) *	3 (8,1)	3 (12)	1 (3,3)
Цервікальний серкляж	4 (11,4) *	1 (2,7)	4 (16) *	-

* різниця достовірна відносно показників IV групи ($p < 0,05$)

^Δ різниця достовірна відносно показників III групи ($p < 0,05$)

^ο різниця достовірна відносно показників II групи ($p < 0,05$)

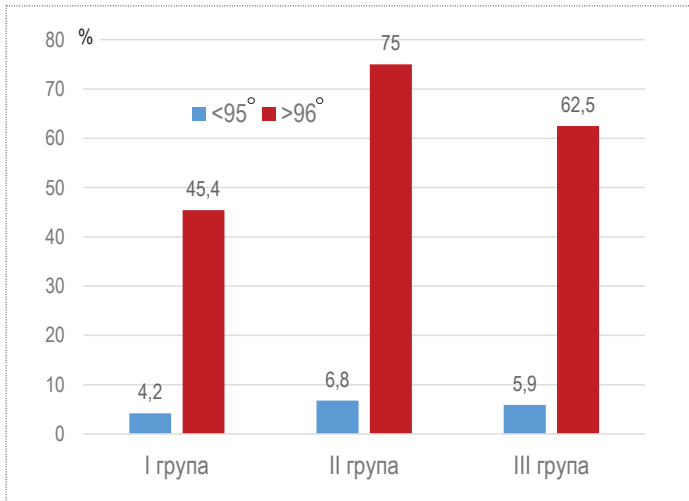
Таблиця 2. Стани, пов'язані із загрозою переривання вагітності, n (%)

Кут	I група, n = 35	II група, n = 37	III група, n = 25	IV група, n = 30
$\leq 95^\circ$	24 (68,6) * ^ο	33 (89,2) ^Δ	17 (68) *	28 (93,4)
$96\text{--}105^\circ$	5 (14,3)	3 (8,1)	4 (16) *	2 (6,6)
$> 105^\circ$	6 (17,1) * ^ο	1 (2,7) ^Δ	4 (16)	0

* різниця достовірна відносно показників IV групи ($p < 0,05$)

^Δ різниця достовірна відносно показників III групи ($p < 0,05$)

^ο різниця достовірна відносно показників II групи ($p < 0,05$)



Рисунки 2. Частота передчасних пологів залежно від величини МШК (у градусах) у I половині вагітності

Як бачимо, МШК можна розглядати як додатковий маркер ІЦН, особливо при його вимірюванні в I триместрі вагітності.

Отже, поєднуючи вимірювання МШК з іншими параметрами, як-от довжина ШМ, материнські характеристики та

акушерський анамнез, можна значно покращити ефективність виявлення ІЦН у вагітних груп ризику.

ВИСНОВКИ

1. Частота МШК $> 96^\circ$ у I половині вагітності виявлена у 31,4% вагітних з ендокринним безпліддям в анамнезі, у 10,8% жінок із трубно-перитонеальним безпліддям та у 32% пацієнток із поєднаним безпліддям в анамнезі.

2. При виявленні МШК $> 96^\circ$ в I половині вагітності передчасні пологи відбулися у 45,4% жінок з ендокринним безпліддям в анамнезі, у 75% вагітних із трубно-перитонеальним безпліддям та у 62,5% пацієнток із поєднаним безпліддям в анамнезі.

3. У I половині вагітності визначення шляхом ультразвукової цервікометрії МШК у поєднанні з іншими параметрами ШМ (довжина, стан внутрішнього вічка тощо) покращує діагностику ІЦН.

Конфлікт інтересів

Автори повідомляють про відсутність конфлікту інтересів.

ЛІТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Астафьева, О.В.

Маточно-шеечный угол как дополнительный ультразвуковой маркер для прогнозирования преждевременных родов / Астафьева, О.М., Карякина, И.В., Асланян, Э.А., Михеева Н.В. // Кубанский научный медицинский вестник. — 2018. — т. 25 (6). — С. 26—31. Astaf'eva, O.V., Karyakina, I.V., Aslanyan, E.A., Miheeva, N.V. "The uterocervical angle as an additional ultrasound marker for prediction of preterm birth." Kuban Scientific Medical Bulletin 26.6 (2018): 26—31.

2. Баскаков, П.Н.

Актуальні питання. Корекція істміко-цервікальної недостатності акушерським розвантажувальним песарієм / Баскаков, П.Н., Турсуев, А.Н., Тархан, М.О., Татарінова, Л.А. // Охорона материнства та дитинства. — Сімферополь, 2013. — С. 50—52. Baskakov, P.N., Torsuev, A.N., Tarkhan, M.O., Tatarinova, L.A. "Correction of cervical and cervical deficiencies in obstetric rehabilitation." Protection of motherhood and childhood. Simferopol (2013): 50—52.

3. Венцовская, И.Б., Белая, В.В., Загородняя, А.С.

Преждевременные роды — проблемы и перспективы их решения // Репродуктивное здоровье. Восточная Европа. — 2013. — № 4 (28). — С. 10—11.

Ventskovskaia, I.B., Belaia, V.V., Zagorodniaia, A.S.

"Premature birth — problems and ways of solution." Reproductive Health. Eastern Europe 4.28 (2013): 10—11.

4. Кузибаева, Р.К.

Длина шейки матки как предиктор преждевременных родов // Здравоохранение Таджикистана. — 2015. — № 2. — С. 55—62. Kuzibaeva, R.K.

"The length of the cervix as a predictor of premature birth." Healthcare of Tajikistan 2 (2015): 55—62.

5. Маланина, Е.Н., Давидян, Л.Ю., Касимова, Д.Р., Хаитова, Д.Т.

Возможности трансвагинальной ультразвуковой оценки шейки матки в прогнозе преждевременных родов // Современные проблемы науки и образования. — 2013. — № 3. — С. 97—100. Malanina, E.N., Davidyan, L.U., Kasymova, D.R., Khaïtova, D.T.

"Cervical transvaginal sonography capabilities in predicting preterm birth." Modern problems of science and education 3 (2013): 97—100.

6. Олешко, В.Ф.

Профілактика акушерських та перинатальних ускладнень у вагітних з недостатністю обтураційної функції шийки матки: дис. на здоб. наук. ступ. канд. мед. наук. — 2017. — 236 с. Oleshko, V.F.

Thesis for the candidate degree of medical sciences "Prevention of Obstetric and Perinatal Complications in the Pregnant Women with Obstructive Disorders of Uterus Cervix" (2017): 236.

7. Arias, F.

Arias Practical Guide to high-risk pregnancy and delivery: A South Asian Perspective / Arias, F., Bhide, A., Arulkumar, et al. (4th Ed) (2015) Chapter 8: 135.

8. Banicevic, A.C., Popovic, M., Cerić, A.

"Cervical length measured by transvaginal ultrasonography and cervicovaginal infection as predictor of preterm birth risk." Acta Inform Med 22.2 (2014): 128—32. DOI: 10.5455/aim.2014.22.128-132

9. Belizán, J.M., Hofmeyr, J., Buekens, P., Salaria, N.

"Preterm birth, an unresolved issue." Reprod Health 10.1 (2013 Nov 15): 58. DOI: 10.1186/1742-4755-10-58

10. Boelig, R.C., Orzechowski, K.M., Berghella, V.

"Cervical length, risk factors, and delivery outcomes among women with spontaneous preterm birth." J Matern Fetal Neonatal Med 29.17 (2016): 2840—4. DOI: 10.3109/14767058.2015.1105957

11. Campbell, S.

"Universal cervical-length screening and vaginal progesterone prevents early preterm births, reduces neonatal morbidity and is cost saving: doing nothing is no longer an option." Ultrasound Obstet Gynecol 38 (2011): 1—9. DOI: 10.1002/uog.9073

12. Campbell Westerway, S., Henning Pedersen, L., Hyett, J.

"Cervical length measurement: Comparison of transabdominal and transvaginal approach." Australas J Ultrasound Med 18.1 (2015): 19—26. DOI: 10.1002/j.2205-0140.2015.tb00019.x

13. Cervical assessment by ultrasound for preventing preterm delivery. Cochrane Database Syst Rev 2013; 1: CD007235.

14. Cervical scan.

The Fetal Medicine Centre; 2018. Available from: [http://www.fetalmedicine.com].

15. Dziadosz, M., Bennett, T.A., Dolin, C., et al.

"Uterocervical angle: a novel ultrasound screening tool to predict spontaneous preterm birth." Am J Obstet Gynecol 215.3 (2016 Sep): 376.e1—7. DOI: 10.1016/j.ajog.2016.03.033

16. Howson, C.P., Kinney, M.V., McDougall, L. et al.

"Born Too Soon: Preterm birth matters." Reprod Health 10.1 (2013): S1.

17. Iams, J.D., Goldenberg, R.L., Meis, P.J., et al.

"The length of the cervix the risk of spontaneous premature delivery." N Engl J Medicine 334 (1996): 567—73. DOI: 10.1056/NEJM199602293340904

18. Llobet, F., Regincós, M., Higuera, C.F., et al.

"The uterocervical angle and its relationship with preterm birth." J Matern Fetal Neonatal Med 31.14 (2018 Jul): 1881—4. DOI: 10.1080/14767058.2017.1331427

19. Mazaki-Tovi, S., Romero, R., Kusanovic, J.P., et al.

"Recurrent preterm birth." Semin Perinatol 31.3 (2007): 142—58. DOI: 10.1053/j.semperi.2007.04.00

20. O'Hara, S., Zelesco, M., Sun, Z.

"Cervical length for predicting preterm birth and a comparison of ultrasonic measurement techniques." Australas J Ultrasound Med 16.3 (2013 Aug): 124—34. DOI: 10.1002/j.2205-0140.2013.tb00100.x

21. Hernandez-Andrade, E., Roberto, R., Ahn, H., et al.

"Transabdominal evaluation of uterine cervical length during pregnancy fails to identify a substantial number of women with a short cervix." J Matern Fetal Neonatal Med 25.9 (2012 Sep): 1682—9. DOI: 10.3109/14767058.2012.657278

22. Sepúlveda-Martínez, A., Díaz, F., Muñoz, H., et al.

"Second-Trimester Anterior Cervical Angle in a Low-Risk Population as a Marker for Spontaneous Preterm Delivery." Fetal Diagn Ther 41.3 (2017): 220—5. DOI: 10.1159/000447588

23. Sochacki-Wojcicka, N., Wojcicka, J., Bomba-Opon, D., Wielgos, M.

"Anterior cervical angle as a new biophysical ultrasound marker for prediction of spontaneous preterm birth." Ultrasound Obstet Gynecol 46.3 (2015): 377—8. DOI: 10.1002/uog.14801

24. Sur, B. et al.

"Evaluation of the anterior cervical angle of the uterus to predict spontaneous preterm birth." Int J Reprod Contracept Obstet Gynecol 6.6 (2017 Jun): 2323—7. DOI: 10.18203/2320-1770.ijrcog20172114

ПЕРЕДНІЙ МАТКОВО-ШИЙКОВИЙ КУТ ЯК НОВИЙ УЛЬТРАЗВУКОВИЙ МАРКЕР ПЕРЕДЧАСНИХ ПОЛОГІВ У ВАГІТНИХ З ЕНДОКРИННИМ І ПОЄДНАНИМ БЕЗПЛІДДЯМ В АНАМНЕЗІ

Л.С. Туманова, д. мед. н., професор, керівник відділення лікування та профілактики гнійно-запальних захворювань в акушерстві ДУ «ІПАГ ім. акад. О.М. Лук'янової НАМН України», м. Київ
О.В. Коломієць, к. мед. н., старший науковий співробітник відділення профілактики та лікування гнійно-запальних захворювань в акушерстві ДУ «ІПАГ ім. акад. О.М. Лук'янової НАМН України», м. Київ

У жінок з ендокринним або поєднаним безпліддям, найчастіше після стимуляції овуляції або в результаті застосування допоміжних репродуктивних технологій, спостерігається висока частота загрози переривання вагітності на різних термінах, зумовлена формуванням недостатності лютеїнової фази циклу в поєднанні з гіперандрогенією і розвитком функціональної істміко-цервікальної недостатності в кожній третій вагітній. Незалежно від причин на сьогодні немає чітких і ранніх діагностичних критеріїв цього ускладнення вагітності.

Мета дослідження: визначення інформаційної значущості матково-шийкового кута для прогнозування передчасних пологів у жінок з одноплідною вагітністю і безпліддям в анамнезі.

Матеріали і методи. 127 жінкам з одноплідною вагітністю віком від 20 до 49 років проводили УЗД на 12–14 і 16–20 тижні вагітності. В основі розподілу вагітних на групи лежав чинник безпліддя: I група – 35 жінок з анамнезом ендокринного безпліддя, II група – 37 вагітних з анамнезом безпліддя трубно-перитонеального генезу, III група – 25 жінок з анамнезом поєданого безпліддя (трубно-перитонеального генезу з ендокринним), IV група (контрольна) – 30 здорових вагітних без безпліддя в анамнезі.

Результати. Частота матково-шийкового кута $> 96^\circ$ у I половині вагітності була у 31,4% вагітних з ендокринним безпліддям в анамнезі, у 10,8% жінок із трубно-перитонеальним безпліддям та у 32% пацієнток із поєднаним безпліддям в анамнезі. При виявленні матково-шийкового кута $> 96^\circ$ в I половині вагітності передчасні пологи відбулися у 45,4% жінок з ендокринним безпліддям в анамнезі, у 75% вагітних із трубно-перитонеальним безпліддям та у 62,5% із поєднаним безпліддям в анамнезі.

Висновки. У I половині вагітності визначення шляхом ультразвукової цервікометрії матково-шийкового кута в поєднанні з іншими параметрами шийки матки (довжини, стану внутрішнього вічка тощо) покращує діагностику істміко-цервікальної недостатності.

Ключові слова: вагітність після безпліддя, передній матково-шийковий кут, істміко-цервікальна недостатність.

THE ANTERIOR UTEROCERVICAL ANGLE AS A NEW ULTRASOUND MARKER OF PRETERM LABOR IN PREGNANT WOMEN WITH A HISTORY OF ENDOCRINE AND COMBINED INFERTILITY

L.E. Tumanova, MD, professor, head of the Department of Prevention and Treatment of Pus-Inflammatory Diseases in Obstetrics, SI "O.M. Lukyanova IPOG of the NAMS of Ukraine", Kyiv
O.V. Kolomiets, PhD, senior researcher, Department of Prevention and Treatment of Pus-inflammatory Diseases in Obstetrics, SI "O.M. Lukyanova IPOG of the NAMS of Ukraine", Kyiv

In women with endocrine and concomitant infertility there is a high frequency of the threat of termination of pregnancy at different periods, most often after stimulation of ovulation or as a result of assisted reproductive technologies, due to the formation of insufficiency of the luteal phase of the cycle in combination with hyperandrogenism and functional cervical insufficiency in every third pregnant woman. Regardless of the reasons, today there are no clear and early diagnostic criteria for this complication of pregnancy.

Research objective: to determine the informational significance of the uterocervical angle for predicting premature birth in women with a singleton pregnancy and a history of infertility.

Materials and methods. 127 women with singleton pregnancies aged 20–49 years underwent ultrasound at 12–14 and 16–20 weeks of gestation. The distribution of pregnant women into groups was based on the infertility factor: group I included 35 women with a history of endocrine infertility, group II included 37 pregnant women with a history of tubal-peritoneal infertility, group III included 25 women with a history of combined infertility (tubal-peritoneal infertility with endocrine), IV group (control) consist of 30 healthy pregnant women without a history of infertility.

Results. The frequency of the uterocervical angle $> 96^\circ$ in the first half of pregnancy was in 31.4% of pregnant women with a history of endocrine infertility, in 10.8% of women with tubal-peritoneal infertility and in 32% of patients with a history of combined infertility. Preterm birth occurred in 45.4% of women with a history of endocrine infertility, in 75% of pregnant women with tubal-peritoneal infertility, in 62.5% of women with a history of combined infertility when the uterocervical angle $> 96^\circ$ was detected in the first half of pregnancy.

Conclusions. The uterocervical angle detected by ultrasound cervicometry in the first half of pregnancy in combination with other cervical parameters (length, state of the internal pharynx, etc.) improves the diagnosis of cervical insufficiency.

Keywords: pregnancy after infertility, anterior uterocervical angle, cervical insufficiency.

ПЕРЕДНІЙ МАТОЧНО-ШЕЕЧНИЙ УГОЛ ЯК НОВИЙ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ МАРКЕР ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ У БЕРЕМЕННЫХ С ЭНДОКРИННЫМ И СОЧЕТАННЫМ БЕСПЛОДИЕМ В АНАМНЕЗЕ

Л.Е. Туманова, д. мед. н., профессор, руководитель отделения лечения и профилактики гнойно-воспалительных заболеваний в акушерстве ГУ «ИПАГ им. акад. Е.М. Лукьяновой НАМН Украины», г. Киев

Е.В. Коломиец, к. мед. н., старший научный сотрудник отделения профилактики и лечения гнойно-воспалительных заболеваний в акушерстве ГУ «ИПАГ им. акад. Е.М. Лукьяновой НАМН Украины», г. Киев

У женщин с эндокринным или сочетанным бесплодием, чаще всего после стимуляции овуляции или в результате применения вспомогательных репродуктивных технологий, наблюдается высокая частота угрозы прерывания беременности на разных сроках, обусловленная формированием недостаточности лютеиновой фазы цикла в сочетании с гиперандрогенией и развитием функциональной истмико-цервикальной недостаточности у каждой третьей беременной. Независимо от причин на сегодня нет четких и ранних диагностических критериев этого осложнения беременности.

Цель исследования: определение информационной значимости маточно-шейного угла для прогнозирования преждевременных родов у женщин с одноплодной беременностью и бесплодием в анамнезе.

Материалы и методы. 127 женщинам с одноплодной беременностью в возрасте от 20 до 49 лет проводили УЗИ на сроках беременности 12–14 и 16–20 недель. В основе распределения беременных по группам лежал фактор бесплодия: I группа – 35 женщин с анамнезом эндокринного бесплодия, II группа – 37 беременных с анамнезом бесплодия трубно-перитонеального генеза, III группа – 25 женщин с анамнезом сочетанного бесплодия (трубно-перитонеального генеза с эндокринным), IV группа (контрольная) – 30 здоровых беременных без бесплодия в анамнезе.

Результаты. Частота маточно-шейного угла $> 96^\circ$ в I половине беременности была у 31,4% беременных с эндокринным бесплодием в анамнезе, у 10,8% женщин с трубно-перитонеальным бесплодием и у 32% пациенток с сочетанным бесплодием в анамнезе. При обнаружении маточно-шейного угла $> 96^\circ$ в I половине беременности преждевременные роды произошли у 45,4% женщин с эндокринным бесплодием в анамнезе, у 75% беременных с трубно-перитонеальным бесплодием и у 62,5% с сочетанным бесплодием в анамнезе.

Выводы. В I половине беременности определение путем ультразвуковой цервикометрии маточно-шеечного угла в сочетании с другими параметрами шейки матки (длины, состояния внутреннего зева и др.) улучшает диагностику истмико-цервикальной недостаточности.

Ключевые слова: беременность после бесплодия, передний маточно-шеечный угол, истмико-цервикальная недостаточность.