

Вагітність і пологи у жінок, які перенесли різні методи лікування патології шийки матки

І.Ю. Костюк

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ

Вагітність – період в організмі жінки, коли відбуваються зміни в усіх органах і системах. Максимальна перебудова відбувається у статевих органах, у тому числі й на шийці матки (ШМ), яка під час вагітності є важливою анатомічною і функціональною структурою, створеною для утримання плода в порожнині матки до його народження. Структурно-функціональні властивості ШМ багато в чому визначають перспективи повноцінного запліднення, успішного виношування вагітності і своєчасних пологів.

Сьогодні у світі високою залишається частота фонової і предракової патології ШМ, поширеність раку ШМ у вагітних зростає, а етіопатогенетичні особливості перебігу захворювань, що передаються статевим шляхом, зумовлюють загрозу та спричиняють розвиток акушерських і перинатальних ускладнень. Тому проблема ефективного лікування патології ШМ є однією з актуальних у сучасній гінекології. Стан ШМ відіграє важливу роль у забезпеченні нормального перебігу вагітності та пологів. Останніми роками запропоновано багато методів лікування її захворювань – як консервативних, так і оперативних.

Аналіз численних наукових досліджень свідчить, що загальна кількість своєчасних пологів становить від 80,0% до 98,8% випадків. Серед ускладнень пологів у жінок з оперованою ШМ переважали первинна слабкість пологової діяльності, розриви ШМ, розриви промежини.

У статті наведено переваги і недоліки використання фізіохірургічних компонентів, спрямованих на деструкцію або вилучення вогнища фонового і предракового характеру. Аналіз перебігу вагітності і пологів у жінок з оперованою ШМ залежно від методу хірургічного лікування (діатермокоагуляція, криодеструкція, лазерна вапоризація, радіохвильова коагуляція) свідчить, що при різноманітних патологічних процесах на ШМ слід диференційовано використовувати різні методи деструктивного впливу, які необхідно враховувати при плануванні вагітності.

Ключові слова: вагітність, пологи, шийка матки, патологія, лікування.

Pregnancy and labours after different methods of treatment pathology of cervix of uterus

I.Yu. Kostyuk

Pregnancy is a period in a woman's body when changes occur in all organs and systems. Maximum adjustment occurs in the genitals, including the cervix (CMM), which during pregnancy is an important anatomical and functional structure created to hold the fetus in the uterine cavity before birth. Structural and functional properties of CMM largely determine the prospects for full fertilization, successful pregnancy and timely delivery.

Today, the frequency of background and precancerous pathology of the cervix of the uterus remains high in the world, the spread of cervical cancer in pregnant women is increasing, and the etiopathogenetic features of the course of sexually transmitted diseases contribute to the threat and development of obstetric and perinatal complications. Therefore, the problem of effective treatment of cervical pathology is one of the most urgent in modern gynecology.

The condition of the cervix plays an important role in ensuring the normal course of pregnancy and childbirth. In recent years, many methods of treating her diseases have been proposed – both conservative and surgical.

Analysis of numerous scientific studies shows that the total number of timely births is from 80.0% to 98.8% of cases. Among the complications of childbirth in women with operated CMM, the primary weakness of labor, CMM ruptures, perineal ruptures prevailed.

The article presents the advantages and disadvantages of the use of physiosurgical components aimed at the destruction or extraction of the focus of background and precancerous nature. Analysis of the course of pregnancy and childbirth in women with operated cervix, depending on the method of surgical treatment (diathermocoagulation, cryodestruction, laser vaporization, radio wave coagulation) indicates that with various pathological processes on the cervix, different methods of destructive effects should be used differentially, which must be taken into account when planning pregnancy.

Keywords: pregnancy, childbirth, cervix, pathology, treatment.

Беременность и роды у женщин, перенесших различные методы лечения патологии шейки матки

И.Ю. Костюк

Беременность – период в организме женщины, когда происходят изменения во всех органах и системах. Максимальная перестройка происходит в половых органах, в том числе и на шейке матки (ШМ), которая во время беременности является важной анатомической и функциональной структурой, удерживая плод в полости матки до его рождения. Структурно-функциональные свойства ШМ во многом определяют перспективы полноценного оплодотворения, успешного вынашивания беременности и своевременных родов.

Сегодня в мире высокой остается частота фоновых и предраковых патологии ШМ, распространенность рака ШМ у беременных возрастает, а этиопатогенетические особенности течения заболеваний, передающихся половым путем, вызывают угрозу и развитие акушерских и перинатальных осложнений. Поэтому проблема эффективного лечения патологии ШМ является одной из актуальных в современной гинекологии.

Состояние ШМ играет важную роль в обеспечении нормального течения беременности и родов. В последние годы предложено много методов лечения ее заболеваний – как консервативных, так и оперативных.

Анализ многочисленных научных исследований свидетельствует, что общее количество своевременных родов составляет от 80,0% до 98,8% случаев. Среди осложнений родов у женщин с оперированной ШМ преобладали первичная слабость родовой деятельности, разрывы ШМ, разрывы промежности.

В статье приведены преимущества и недостатки использования физиохирургических компонентов, направленных на деструкцию или ликвидацию очага фонового и предракового характера. Анализ течения беременности и родов у женщин с оперированной ШМ в зависимости от метода хирургического лечения (диатермокоагуляция, криодеструкция, лазерная вапоризация, радиоволновая коагуляция) свидетельствует, что при различных патологических процессах на ШМ следует дифференцированно использовать различные методы деструктивного влияния, которые необходимо учитывать при планировании беременности.

Ключевые слова: беременность, роды, шейка матки, патология, лечение.

Шийка матки (ШМ) – орган репродуктивної системи, який є своєрідним бар'єром між зовнішнім і внутрішнім середовищем організму жінки. ШМ зазнає механічного впливу під час статевого життя, агресивну дію кислого середовища піхви, а також схильна до впливу вірусів і бактерій [1]. Через це патологія ШМ надзвичайно поширена і вимагає підвищеної уваги як самої жінки, так і лікуючого лікаря.

Спектр можливих проблем, пов'язаних із патологією ШМ, різноманітний: цервіцити, ектопія («ерозія»), поліпи ШМ, шийковий ендометріоз, децидуоз ШМ, запальні зміни і багато інших, що порушують якість життя жінки і призводять до розвитку в тому числі передракових захворювань [2]. Особливо тривожним фактом сьогодення є невблаганне зростання частоти раку ШМ (РШМ), основною причиною якого є інфікування вірусом папіломи людини (ВПЛ) [3]. Ця патологія не обходить і вагітних, негативно впливаючи на розвиток плода, а також провокуючи невиношування вагітності.

За останню чверть століття в сучасному світі спостерігається тенденція відкладати народження дітей до віку 30+. Сьогодні 22% жінок Європи на момент перших пологів старші 35 років. Загальноєвропейська тенденція, на жаль, охопила і Україну [4].

Зважаючи на те що частота розвитку онкозахворюваності зростає з віком, у світлі загальної тенденції пізнього материнства збільшується і кількість жінок, у яких діагностують рак під час вагітності. Одне зі злоякісних новоутворень жіночої репродуктивної системи, яке найчастіше виявляють під час вагітності, – РШМ. За даними окремих національних канцер-реєстрів, частота захворюваності на РШМ вагітних становить 1,8–4,0 на 100 тис. вагітностей. В Україні аналогічної статистики немає, однак збільшення кількості випадків звернення хворих на РШМ під час вагітності в Національний інститут раку свідчить про актуальність цієї проблеми для нашої держави [4]. Термін вагітності, хвороба матері, токсичність лікування, вибір часу втручання – фактори, які впливають на ранні постнатальні і довгострокові результати у дітей, що народилися у жінок, у яких під час вагітності було діагностовано РШМ. Труднощі, що виникають у плануванні і проведенні лікування хворих з цією патологією під час вагітності, потребують роботи мультидисциплінарної команди у складі неонатолога, онкогінеколога, акушера, тератолога, токсиколога, а також надання психологічної підтримки як протягом усієї вагітності, так і в післяпологовий період.

Вагітність – період в організмі жінки, коли відбуваються зміни в усіх органах і системах [1]. Максимальна перебудова відбувається у статевих органах, у тому числі й на ШМ, яка під час вагітності є важливою анатомічною і функціональною структурою, створеною для утримання плода в порожнині матки до його народження [5, 6]. Ця функція ШМ забезпечується нормальною клітинною структурою, відсутністю активації патогенної мікрофлори піхви і каналу ШМ, адекватними обмінними та проліферативними процесами під час вагітності [2]. Структурно-функціональні властивості ШМ багато в чому визначають перспективи повноцінного запліднення, успішного виношування вагітності і своєчасних пологів [5]. Під час обстеження ШМ слід пам'ятати про те, що найбільші зміни відбуваються саме під час вагітності, які можуть ускладнювати виконання діагностичних процедур і впливати на клінічну інтерпретацію даних.

Під час вагітності в багатошаровому плоскому епітелії з'являється велика кількість клітин, що діляться, з гіперплазією і порушенням диференціації. Слизова оболонка каналу ШМ гіпертрофується за рахунок збільшення в розмірах клітин циліндричного епітелію і посиленого в них процесу слизовиділення. За рахунок гіпертрофії резервних клітин утворюються поліпоподібні вирости. На окремих ділянках розвивається метаплазія циліндричного епітелію в багатошаровий плоский. Утворюються нові кровоносні судини, з'являються клітини, схожі на децидуальні. Строма інфільтрується лейкоцитами, лімфоцитами,

нейтрофільними гранулоцитами. У результаті цих змін ШМ під час вагітності збільшується в розмірах, розм'якшується, гіперваскуляризується, набуває іншого кольору [5].

Гормональні зміни призводять до гіпертрофії ШМ і порушення її структури. Місце стику багатошарового плоского і циліндричного епітелію зміщується у більшості вагітних із каналу ШМ на її піхвову частину, так звана ектопія вагітності, яка представлена гіпертрофованим циліндричним епітелієм із набряком і васкуляризацією сосочків [7].

Іншим варіантом норми у вагітних є децидуоз: екзофітне розростання децидуальної тканини в ділянці ШМ і каналу ШМ. Виділяють дві форми децидуозу: пухлиноподібну й поліпоподібну. Пухлиноподібний децидуоз має вигляд підвищення світло-рожевого або жовтуватого кольору з великою кількістю судин. Поліпоподібна форма децидуозу спостерігається частіше і має вигляд поліпа великих розмірів із дрібними судинами [8].

Порушення, що виникають у ШМ до або під час вагітності, можуть впливати на перебіг вагітності та пологів. На тлі збільшення кількості тих, хто народжує уперше у віці після 35 років, думка про те, що лікування доброякісних захворювань ШМ потрібно проводити жінкам лише після пологів, призводить до того, що більшість вагітних мають різноманітні захворювання ШМ [9].

Частота змін ШМ у вагітних становить близько 80%. За даними різних авторів, у структурі захворювань ШМ провідне місце посідають запальні процеси (екзо- й ендочервіцити) – 76–90%, дисплазії – 33%, ектопії – 22–25%, поліпоподібні утворення – 10% [5, 8, 10].

Причини виникнення патології ШМ у вагітних різноманітні: ранній початок статевого життя, часті аборти, травматичні пошкодження ШМ, інфікування вірусно-бактеріальними асоціаціями мікроорганізмів, гормональний дисбаланс, екстрагенітальні захворювання, вік, соціальні та професійні чинники, відсутність адекватного лікування у прегравідарний період [1, 2]. Науковими дослідженнями встановлено, що розвиток доброякісних і передракових захворювань ШМ як до, так і під час вагітності спричиняють хронічні запальні захворювання статевих органів, доведена роль ВПЛ у генезі раку ШМ [3].

Інфекції, що передаються статевим шляхом, порушують процес заміщення циліндричного епітелію на багатошаровий плоский при ектопії ШМ і спричиняють розвиток різноманітних патологічних її станів. Канал ШМ навіть при безсимптомній інфекції є резервуаром для перинатальної трансмісії мікроорганізмів у матку, а при клінічній патології ШМ інфекція висхідним шляхом здатна пошкоджувати децидуальну оболонку, амніон, хоріон із негативними наслідками для матері, плода, новонародженого у вигляді передчасного розриву навколоплідних оболонок, пізніх мимовільних викиднів, передчасних пологів, хоріоамніоніту, ендометриту, тазового абсцесу, тромбофлебиту, перитоніту [11].

Водночас вагітність як фізіологічний стан із властивими їй специфічними особливостями та імунодефіцитом має вплив на клінічний перебіг патологічних станів на ШМ, що може зумовлювати виникнення раку. Поєднання вагітності і раку ШМ у світі становить 0,45–3,1% [10]. Небезпека даної патології у вагітних може бути пов'язана не лише з ризиком внутрішньоутробної загибелі плода, але й із материнськими втратами [12]. Отже, своєчасне виявлення та лікування фонових та передракових захворювань ШМ сприятиме збереженню репродуктивного здоров'я жінки і профілактиці РШМ.

Останніми роками запропоновано багато методів лікування захворювань ШМ – як консервативних, так і оперативних [5, 13]. Радикальними вважаються методи лікування фонових та передракових захворювань ШМ, які забезпечують руйнування (деструкцію) патологічного вогнища з наступним відновленням функціонального повноцінного багатошарового плоского епітелію [14]. Серед методів деструкції набули поширення хімічна коагуляція, кріодеструкція, діатермокоагуляція (діатер-

моєксцизія), лазерна вапоризація та радіохвильова деструкція. Кожен метод лікування має свої переваги і недоліки. Проте деякі методи супроводжуються значною кількістю ускладнень, травматизмом і викликають порушення анатомо-функціональної цілісності ШМ. Вибір деструктивного методу лікування слід вирішувати індивідуально, враховуючи тяжкість процесу на ШМ, вік жінки, планування вагітності пацієнткою, попереднє лікування, супутню патологію, соціальний чинник, вплив даного методу лікування на перебіг вагітності та пологів.

Діатермокоагуляція – метод електрохірургічної коагуляції патологічних ділянок ШМ, заснований на використанні високочастотної струму й активних електродів різної форми. Метод ефективний у 76,7–93,7% випадків тільки при лікуванні ушкоджень ШМ, локалізованих в ектоцервіксі [13]. Основним недоліком діатермокоагуляції є неможливість контролювати глибину коагуляції тканин. Враховуючи високу частоту ускладнень, деякі дослідники відносять пацієнток після діатермокоагуляції до групи високого ризику щодо пологового травматизму [14, 15]. У 15–20% пацієнток діагностується дискоординована пологова діяльність, у 30% жінок процедура ускладнюється кровотечею, у 40% – стриктурою і стенозом каналу ШМ, частота рецидивів досягає 55% [16, 17].

Метод кріодеструкції ґрунтується на використанні низьких температур. Рівень впливу холодом нижчий за рівень кристійсності тканини, що призводить до некрозу охолоджених патологічних ділянок ШМ. Ефективність методу становить 80–90% [14]. Недоліками методу є незначна глибина впливу, травматизація підлеглих тканин, необхідність проведення повторних процедур для досягнення повного ефекту, лімфорез, висока ймовірність вкорочення ШМ, зсув багатопшарового плоского епітелію в бік каналу ШМ, рецидив захворювання.

На відміну від діатермокоагуляції кріодеструкція не впливає на процес розкриття ШМ у пологах [18, 19]. Однак, за літературними даними, у жінок з конізацією ШМ за допомогою кріохірургічного ножа в анамнезі часто виникає загроза передчасних пологів [20, 21]. Рецидиви доброякісних захворювань ШМ після проведеного лікування спостерігаються у 6–87% пацієнток [22]. Слід зазначити, що після крововпливу, як і після діатермокоагуляції ШМ, стик багатопшарового плоского і циліндричного епітелію може переміститися у канал ШМ вище зовнішнього маткового вічка, що необхідно мати на увазі при обстеженні жінок надалі. При залученні у процес ендокервіксу цей вид лікування, як і діатермокоагуляція, є неефективним [20, 23, 24].

Лазерна вапоризація ґрунтується на тому, що лазерний промінь миттєво перетворює воду всередині клітин на пару й таким чином руйнує клітини [26]. До недоліків цього методу належать відсутність матеріалу для наступного гістологічного дослідження, перегрів та опік тканин. При використанні високоінтенсивного вуглекислотного (СО₂) лазера для конізації висічені тканини зберігаються [14]. До переваг СО₂-лазера зараховують безкровність операції, мінімальне пошкодження навколишніх тканин, утворення плівки, яка захищає від інфекції. Але, як свідчать роботи багатьох авторів, еластичні властивості ШМ після лазерної конізації різко знижуються, як, утім, і після електрохірургічного лікування, що несприятливо впливає на наступні пологи [27–30]. Тому методи електро- і лазерної конізації ШМ рекомендується використовувати у жінок з реалізованою дітонароджувальною функцією або при вираженій деформації ШМ.

Радіохвильовий метод лікування, де використовується вихідна частота струму 3,8–4,0 МГц (частота радіохвилі), значно відрізняється як за механізмом, так і за результатами від механічного, електрохірургічного, лазерного та кріогенного впливу. Радіохвильова хірургія – це атравматичний метод розрізу і коагуляції м'яких тканин без їхнього руйнування. Радіохвильовий розріз здійснюється за допомогою тепла, яке утворюється в клітинах при проходженні через них високочастотних

хвиль, що виходять з активного електрода. Завдяки цьому теплу внутрішньоклітинна рідина миттєво «закипає» і розриває клітинну мембрану [26]. Особливість радіохірургії полягає у відсутності безпосереднього контакту електрода з клітинами, руйнування відбувається тільки в тих шарах, які сприймають вузькоспрямовану хвилю. Тому радіохірургічний розріз здійснюється без мануального впливу на тканину [31].

Основні переваги радіохірургії: швидкість лікування, мінімальна крововтрата під час операції, відсутність опіку і некрозу тканин навколо розрізу, практична відсутність болю під час операції та у післяопераційний період, практично безрубцеве заживання рани, стерилізаційний ефект радіохвиль. До того ж цей метод дозволяє виконати ексцизію всієї зони трансформації, а не тільки її частини, як при використанні конхотома, і дослідити всі змінені тканини. Завдяки цьому збільшується кількість випадків виявлення CIN II, CIN III і раку ШМ при заборі матеріалу радіоножем, адже товщина зони некрозу видалених тканин дорівнює 0,05 мм, що не перешкоджає гістологічному дослідженню [26]. Існує низка праць, які доводять ефективність і безпечність використання радіохвильової хірургії у вагітних із дисплазією ШМ середнього й важкого ступеня та Ca in situ [8, 17, 14]. Метод застосовують в тих випадках, коли консервативне лікування не тільки не нормалізує структуру епітелію, а й, навіть тоді, коли при кольпоскопії спостерігається атипова зона трансформації, поліморфна мозаїка та пунктація.

При різноманітних патологічних процесах на ШМ слід диференційовано використовувати різні методи деструктивного впливу. Кріодеструкцію бажано застосовувати при ектопії ШМ з хронічним запаленням, простій лейкоплакії невеликих розмірів, CIN I, множинних ovulae Nabothii. Радіохвильову хірургію слід використовувати при ерозивному ектопіоні, CIN I-II, гострокінцевих кондиломах, ектопіях ШМ з атиповою зоною трансформації, рубцевими деформаціями, поліпах каналу ШМ. При цьому максимально зберігається архітектоніка ШМ, що в подальшому не перешкоджатиме вагітності, виношуванню та нормальному перебігу пологів [27].

Перебіг вагітності у пацієнток з оперованою ШМ характеризується наявністю певних гестаційних ускладнень. Найбільш частими з них є: загроза переривання вагітності, загроза передчасних пологів, анемія, плацентарна дисфункція, маловоддя, гестаційний пієлонефрит [5]. У вагітних після радіохвильової деструкції загрозу переривання вагітності і загрозу передчасних пологів діагностовано у 3,3 рази рідше порівняно з вагітними після діатермокоагуляції і в 2,4 рази рідше порівняно з пацієнтками після кріодеструкції [25]. Існує думка, що дані ускладнення не пов'язані з впливом різних методів деструкції ШМ, а зумовлені змінами загального стану жінок під час вагітності і запальними захворюваннями статевих органів до вагітності, які зумовили патологію ШМ [32]. У жінок після деструктивних методів лікування ШМ вагітність закінчувалась своєчасними пологами в 90,5% випадків, передчасними пологами – у 3,2%, мимовільними викиднями до 12 тиж – у 3,5%, пізніми мимовільними викиднями – в 1,6% і замерлою вагітністю – в 1,6% [5, 13, 33].

Несприятливі наслідки вагітності у вигляді передчасних пологів, мимовільних викиднів у 2,2 рази частіше діагностували у пацієнток після діатермокоагуляції і в 1,5 рази частіше у жінок після кріодеструкції порівняно з пацієнтками після радіохвильової деструкції [25]. Однією з причин загрози переривання вагітності у 7,7% пацієнток після кріодеструкції була істміко-цервікальна недостатність (ІЦН) [5, 25].

Істміко-цервікальна недостатність – один з етіологічних чинників невиношування вагітності, спостерігається у 15–40% жінок, які страждають на звичне невиношування вагітності. Біля 30% випадків передчасних пологів пов'язано з ІЦН [34]. Причина полягає в тому, що у зв'язку з вкороченням і розм'якшенням ШМ, розширенням внутрішнього вічка і каналу ШМ плодове яйце позбавляється фізіологічної опори в нижньому сегменті

матки. При збільшенні внутрішньоматкового тиску з розвитком вагітності плодової оболонки випинаються в розширений канал ШМ, інфікуються і розриваються, після чого відбувається вигнання плодового яйця з порожнини матки [13].

Незалежно від походження ПЦН не має чітких та ранніх діагностичних критеріїв даного ускладнення [35]. Окрім випадків з явно вираженими клінічними ознаками ПЦН і даних анамнезу із вказівкою на наявність звичного невиношування, особливо в пізні терміни вагітності, сьогодні зростає кількість вагітних, яких можна віднести до групи ризику розвитку цієї патології. Серед них жінки з багатоводдям (на тлі хронічного інфікування), багатопліддям (збільшення частоти успішного екстракорпорального запліднення з розвитком багатоплідної вагітності), макросомією плода, вродженою недиференційованою дисплазією сполучної тканини (порушення органічної структури ШМ через патологію колагену і, як наслідок, зниження замикальної функції внутрішнього вічка) [36].

Діагноз ПЦН встановлюють на даних анамнезу, клінічних даних (вкорочення ШМ, зміна її консистенції та розкриття каналу ШМ), УЗД (трансвагінальна методика виявляє розкриття внутрішнього вічка ШМ та його ступінь, а також довжину ШМ) [2]. Під час оцінювання інформативності довжини ШМ необхідно враховувати спосіб її вимірювання, оскільки результати трансабдомінального ультразвукового дослідження відрізняються від результатів трансвагінального і перевищують їх у середньому на 0,5 см [34]. В якості моніторингу за станом ШМ при вагітності застосовується методика трансвагінальної цервікометрії. Вимірювання довжини ШМ за даними УЗД дозволяє виділити групу підвищеного ризику розвитку передчасних пологів. При вкороченні ШМ до 25 мм і більше в терміні 16–24 тиж ризик передчасних пологів вважається підвищеним. Якщо ШМ має довжину менше 25 мм, то ризик передчасних пологів вважається високим навіть за відсутності клінічних симптомів [37].

Існуючі методи лікування ПЦН спрямовані зазвичай на механічне посилення замикальної функції внутрішнього вічка ШМ і застосовуються вже на тлі вираженої клінічної картини (розкриття зовнішнього і внутрішнього вічка, вкорочення ШМ, клінічні прояви загрози переривання вагітності тощо). Серед відомих інвазивних методів лікування ПЦН (накладення циркулярного шва на ШМ у різних модифікаціях) найбільш широко використовують подвійний П-подібний шов (Любімова А.І., Мамедлієва Н.М., 1978), що накладається на ділянку внутрішнього вічка. Шов має багато переваг: малотравматичний, надійний, не спричиняє підвищення тонуусу і скоротливої активності матки, доступний для виконання у звичайних пологових закладах, можна застосовувати в разі пролабування плодового міхура. Ефективність лікування становить близько 94%. Оптимальним строком для накладання цього шва вважають термін від 10 до 16 тиж, проте в кожному випадку цей термін визначають індивідуально, залежно від часу виникнення клінічних проявів ПЦН. Результати мікробіологічного дослідження свідчать, що при хірургічній корекції ПЦН після 20 тиж вагітності, а також у разі пролабування плодового міхура частіше висівається умовно-патогенна флора порівняно з оперованими в 11–16 тиж [34].

Останнім часом широко використовують метод уведення акушерського песарію, що є неінвазивним, не вимагає спеціальної підготовки й участі суміжних фахівців (анестезіолога), завдає меншої психологічної травми вагітній [38]. Одноією з основних переваг цього методу є можливість його успішного застосування на етапі доклінічних проявів ПЦН (за даними УЗД, анамнезу, наявності зазначених вище чинників ризику) і його профілактичний ефект, а також можливість його застосування в амбулаторних умовах. Сумарна дія акушерського песарію приводить до замикання ШМ, перерозподілу тиску плідного яйця, сакралізації шийки, кращого формування укороченої й частково відкритої ШМ [39].

Для підвищення перинатальних наслідків при появі початкових ознак ПЦН і навіть профілактично рекомендується проводити оперативне лікування, адже зі збільшенням ступеня розкриття маткового вічка прогноз для виношування та стану плода погіршується. У разі неможливості хірургічної корекції показана консервативна терапія, яка полягає у тривалому дотриманні ліжкового режиму, призначення медикаментозних засобів, спрямованих на зняття збудливості матки.

У розвитку і прогресуванні патологічних процесів на ШМ під час вагітності велику роль відіграють урогенітальні інфекції, особливо ті, що передаються статевим шляхом (ІПСШ). Згідно з даними різних авторів, при диспластичних процесах на ШМ мікст-інфекція виявляють у більшості пацієнток [11, 41]. Чистота піхвових мазків дорівнює III і IV ст., виявляють високий рівень контамінації піхви *Gardnerella vaginalis* і дріжджоподібними грибами роду *Candida*. Часто висівають *Staphylococcus epidermidis* (46%), *Streptococcus epidermidis* (24%) і *Staphylococcus aureus* (20%), а також представників умовно-патогенної флори (протей, пептококи, пептострептококи, фузобактерії). Більше ніж у половини жінок виявляють захворювання, що передаються статевим шляхом, спричинені *Chlamydia trachomatis*, *U. urealyticum*, *M. hominis*, а також наявність високоонкогенних типів ВПЛ [27]. Вибір терапії під час лікування урогенітальних інфекцій визначається особливостями біології збудника та імунних реакцій макроорганізму.

Озгляду на високе інфікування жінок із захворюваннями ШМ, у тому числі і серед вагітних, хворим перед деструктивними методами лікування показане обстеження на ІПСШ, ВПЛ з наступною етіотропною терапією, спрямованою на геном вірусу й корекцію імунного гомеостазу хворої [42].

Аналіз численних наукових досліджень щодо пологів залежно від методу хірургічного лікування патологічних станів ШМ свідчить, що загальна кількість своєчасних пологів становить від 80,0% до 98,8% випадків. При цьому патологічні та ускладнені пологи були після діатермокоагуляції ШМ у 22,8%, після криодеструкції – у 30,8%, діатермокоагуляції – у 28%, після лазерної вапоризації – у 31,8% [5, 8, 14, 17, 18].

Серед ускладнень пологів у жінок з оперованою ШМ переважали первинна слабкість пологової діяльності, розриви ШМ, розриви промежини. Передчасний розрив плодової оболонки в 1,8 рази частіше спостерігали у роділь після діатермокоагуляції і криодеструкції порівняно з родільями після радіохвильової коагуляції. Слабкість пологової діяльності, розриви ШМ і розриви промежини у 2,3 рази частіше діагностувались у пацієнток після діатермокоагуляції і в 1,8 рази частіше у пацієнток після криодеструкції порівняно з жінками після радіохвильової коагуляції [21, 25, 27]. Слід зазначити, що після лазерної вапоризації ШМ не зафіксовано передчасних пологів, після криодеструкції – лише у 8,8% випадків, у той час як після діатермокоагуляції у 20% були передчасні пологи, після діатермокоагуляції – у 18,5% [8].

Порівняльний аналіз свідчить, що у жінок після діатермокоагуляції і криодеструкції ШМ частіше діагностували ускладнення вагітності і пологів порівняно з пацієнтками після радіохвильової коагуляції. Тому при плануванні пологів необхідно враховувати метод деструкції ШМ.

На підставі наведеного вище можна зробити такі висновки:

1. Після деструктивних методів лікування ШМ жінки належать до групи високого ризику щодо несприятливих наслідків вагітності і пологів.
2. Враховуючи високу частоту гестаційних ускладнень, у жінок після хірургічного лікування ШМ, які планують вагітність, необхідно застосовувати оптимальні, малотравматичні методи деструкції у комплексному лікуванні у прегравідарний період (лазерна вапоризація, метод радіохвильової хірургії) і обмежити проведення діатермокоагуляції, криодеструкції, діатермокоагуляції за відсутності абсолютних показань до проведення цих маніпуляцій.

3. Радіохвильова коагуляція є найбільш оптимальним методом лікування захворювань ШМ у жінок, які планують вагітність, адже після його застосування рідше виникають ускладнення вагітності і пологів.

4. Впровадження трансвагінальної цервікометрії у повсякденну практику антенатального догляду дозволить суттєво по-

кращити перинатальні показники, оцінити віддалені результати застосування терапії на перебіг вагітності та пологів.

5. Зважаючи на великий відсоток інфікування жінок із захворюваннями ШМ, хворим перед деструктивними методами лікування показано обстеження на ППШ, ВПЛ із наступною етіотропною терапією.

Відомості про автора

Костюк Ірина Юрївна – Кафедра акушерства та гінекології Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, 04112, м. Київ, вул. Дорогожицька, 9. E-mail: prore-first@nmapo.edu.ua

Information about the author

Kostiuk Iryna Yuriiivna – Department of Obstetrics and Gynecology Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education, 04112, Kiev, 9 Dorohozhytska Str. E-mail: prore-first@nmapo.edu.ua

Сведения об авторе

Костюк Ирина Юрьевна – Кафедра акушерства и гинекологии Национальной медицинской академии последипломного образования имени П.Л. Шупика, 04112, г. Киев, ул. Дорожицкая, 9. E-mail: prore-first@nmapo.edu.ua

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Дубоссарская ЗМ, Дубоссарская ЮА. 2018. Репродуктивная эндокринология: перинатальные, акушерские и гинекологические аспекты. Днепрпетровск: Лира ЛТД, 415.
2. Жабченко ІА. 2011. Особливості ведення вагітних з патологією шийки матки. Здоров'я України. 6:16-7.
3. Туманова ЛЕ, Коломієць ОВ, Бадзюк НП. 2014. Сучасні погляди на етіологію та патогенез фонічних і передракових захворювань шийки матки у вагітних (огляд літератури). Здоровье женщины. 6(92):29-32.
4. Ціп НП. 2019. Рак шийки матки у вагітних: сучасна настанова і вектор розвитку лікувальних підходів. Онкологія. 21(1):5-9.
5. Скурятіна НГ. 2016. Аналіз перебігу вагітності і пологів у жінок із патологією шийки матки. Акушерство. Гінекологія. Генетика. 1:39-43.
6. Сидорова ІС, Атабієва ДА. 2013. Методи дослідження шийки матки у вагітних жінок. Акушерство, гінекологія, репродуктологія. 7(2):15-9.
7. Гнатко ОП, Скурятіна НГ, Бережна ТА. 2017. Комплексна оцінка стану слизової шийки матки під час вагітності. Актуальні питання педіатрії, акушерства та гінекології. 1:50-5.
8. Корнацька АГ, Цвігун МВ. 2015. Ретроспективний аналіз пологів у жінок з оперованою шийкою матки. Здоровье женщины. 4(100):109-11.
9. Лигирда НФ. 2014. Кольпоскопія у вагітних. Особливості норми. Здоровье женщины. 3:57-9.
10. Origoni M, Salvatore S, Perino A, Cucinella G, Candiani M. 2014. Cervical Intraepithelial Neoplasia (CIN) in pregnancy: the state of the art. European Review for Medical and Pharmacological Sciences. 18:851-60.
11. Прилепская ВН. 2008. Патология шейки матки и генитальные инфекции. М.: МЕДпресс-информ, 384.
12. Мелехова НЮ, Иванян АН, Харитонова ЛИ и др. 2012. Онкологический потенциал различных патологических состояний шейки матки. Журнал акушерства и женских болезней. 3:61-5.
13. Русакевич ПС, Литвинова ТМ. 2006. Заболевания шейки матки у беременных: диагностика, лечение, мониторинг, профилактика. М.: Медицинформгентство, 144.
14. Суханова АА. 2013. Фізіохірургічні методи в комплексному лікуванні дисплазії епітелію шийки матки у вагітних і невагітних жінок фертильного віку. Здоровье женщины. 4:48-51.
15. Jain AG, Higgins RV, Boyle MJ. 2010. Management of low-grade squamous intraepithelial lesions during pregnancy. Am. J. Obstet. Gynecol. 177(2):298-302.
16. Sood AK, Sorosky JI. 2010. Invasive cervical cancer complicating pregnancy. How to manage the dilemma. Obstet. Gynecol. Clin. North Am. 25(2):343-52.
17. Takushi M, Moromizato H, Sakumoto K, Kanazawa K. 2013. Management of invasive carcinoma of the uterine cervix associated with pregnancy: outcome of intentional delay in treatment. Gynecol. Oncol. 87(2):185-9.
18. Siddiqui G, Kurzel RB, Lampley EC et al. 2013. Cervical dysplasia in pregnancy: progression versus regression postpartum. Int. J. Fertil. Womens Med. 46(5):278-80.
19. Шупенюк ЛЛ, Пересунько ОП, Ганіна КП. 2011. Гістохімічні зміни епітелію шийки матки при пухлинах репродуктивної сфери. Буковинський медичний вісник. 5(2):160-2.
20. Wilczynski JR, Szpakowski M, Nowak M. 2013. Cervical carcinoma and pregnancy guidelines for the diagnosis and treatment: a proposal. Ginekol. Pol. 75(3):235-41.
21. Туманова ЛЕ, Коломієць ОВ. 2014. Доброякісні та передракові зміни епітелію шийки матки при вагітності та після пологів. Педіатрія, акушерство та гінекологія. 3:87-90.
22. Creasman WT. 2013. Cancer and pregnancy. Ann. NY Acad. Sci. 943:281-6.
23. Wang SS, Walker JL, Schiffman M, Solomon D. 2011. Evaluating the risk of cervical precancer with a combination of cytologic, virologic and visual methods. Cancer Epidemiol. Biomarkers Prev. 15(1):187-8.
24. Behbakht K, Friedman J, Heimler I et al. 2013. Role of the vaginal microbiological ecosystem and cytokine profile in the promotion of cervical dysplasia: a case-control study. Infect. Dis. Obstet. Gynecol. 10(4):181-6.
25. Скурятіна НГ. 2017. Наслідки вагітності в жінок після деструктивних методів лікування шийки матки. Акушерство. Гінекологія. Генетика. 3(2):38-44.
26. Дамиров ММ. 2004. Лазерные, криогенные и радиоволновые технологии в гинекологии. М.: Бином, 172.
27. Каленюк НП, Козуб ОВ. 2011. Досвід застосування фізіохірургічних методів лікування в поліклінічній практиці гінеколога. Медицина транспорту України. 2:83-87.
28. Grece M, Husnjak K, Matovina M et al. 2013. Human papillomavirus, cytomegalovirus, and adenoassociated virus infections in pregnant and nonpregnant women with cervical intraepithelial neoplasia. J. Clin. Microbiol. 42(3):1341-4.
29. Panoskaltis T, Ind TE, Perryman K et al. 2013. Needle versus loop diathermy excision of the transformation zone for the treatment of cervical intraepithelial neoplasia: a randomised controlled trial. BJOG. 111(7):748-53.
30. Stoll P, Dallenbach-Hellweg G. 2013. Cytology in Gynecological Practice. Berlin: Springer-Verlag, 134.
31. Козуб НІ, Козуб МН. 2010. Первый опыт использования радиоволновой энергии при лечении гинекологических больных. Междунар. мед. журн. 2:41-4.
32. Gyamfi-Bannerman C, Menon R, Bonney EA, Dolan SM, Johnson M, Lamont RF et al. 2017. Novel thoughts on preterm birth research proceedings of the 13th annual preterm birth international collaborative (PREBIC) meeting. Semin Perinatol. 41(7):438-41.
33. Poletini J, Cobo T, Kacerovsky M, Vinturache AE, Laudanski P, Peelen MJ et al. 2017. Biomarkers of spontaneous preterm birth: a systematic review of studies using multiplex analysis. J Perinat Med. 45(1):71-84. 2017.
34. Олексієнко ІВ, Чайка ГВ, Заславська МГ, Пролігіна ІВ. 2016. Сучасний погляд на етіологію, діагностику та лікування істміко-цервікальної недостатності шийки матки (огляд літератури). Вісник Вінницького національного медичного університету. 1;1(20):137-140.
35. Althuisius JM, van Geijn HP. 2005. Strategies for prevention – cervical cerceclage. VJOG. 3,112(1):51-6.
36. Коханевич ЄВ, Суханова АА. 2010. Алгоритм лікування вагітних з патологією шийки матки. Жіночий лікар. 6(32):16-8.
37. Шалина РІ. 2016. Істміко-цервікальна недостатність. Діагностика і корекція. Російський вестник акушера-гінеколога. 16(2):83-8.
38. Руднева ОД. 2013. Преждевременные роды: джунгли контраверсий. Здоровье женщины. 6(82):42-6.
39. Тышкевич ОС, и др. 2016. Причины короткой шейки матки и ее роль в инициации преждевременных родов. Таврический медико-биологический вестник. 19(2):85-8.
40. Цыганкова ОЮ, Воронцова МС. 2016. Істміко-цервікальна недостатність. В кн.: Акушерський альманах. Омск: Антарес: 33-53.
41. Воронцова МС, Кравченко ЕН. 2016. Значение бактериального вагиноза в формировании короткой шейки матки у беременных. Врач-аспирант. 77(4):43-9.
42. Комісаренко ЮІ, Михальчишин ГП [редактори] 2020. Ендокринологія: підручник для студентів вищих мед. навч. закладів, 5-е вид., оновл. і доп. Вінниця: Нова книга, 536.

Стаття постуила в редакцію 27.07.2020