

Особливості перебігу пологів і післяпологового періоду у жінок, у яких застосовано деструктивні методи лікування патології шийки матки

І.Ю. Костюк

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

У складному механізмі, що контролює початок пологів, виділяють багато факторів, серед яких важлива роль належить шийці матки. Тому для зменшення загрози розвитку акушерських та перинатальних ускладнень проблеми своєчасної діагностики й адекватного лікування захворювань шийки матки сьогодні не втрачають своєї актуальності.

Мета дослідження: оцінювання особливостей перебігу пологів і післяпологового періоду у жінок, у яких застосовано деструктивні методи лікування патології шийки матки.

Матеріали та методи. Усі обстежувані жінки (n=201) після деструктивних методів лікування шийки матки з приводу дисплазії 1–3-го ступеня (електрокоагуляція, кріодеструкція, лазерна вапоризація або радіохвильова ексцизія) були розподілені на три групи: 1-а група (ретроспективна, n=114) – пацієнтки, у яких особливості пологів і післяпологового періоду вивчали анамнестично; 2-а група (проспективна, n=57) – жінки, яких включено до дослідження відразу після хірургічного лікування; 3-я група (контрольна, n=30) – практично здорові жінки. Хворі порівняльних груп були зіставні за віком (середній вік – 25,7±4,4 року) і перебігом патологічного процесу у шийці матки.

Результати. Протягом 5 років, що тривало дослідження, вивчали особливості перебігу пологів, стан новонароджених і післяпологовий період у пацієнток після проведеного хірургічного лікування. У 1-й групі обстежуваних зареєстровано 114 вагітностей, з яких 97 закінчилися пологома: природним шляхом – у 66 (57,9%) жінок, шляхом кесарева розтину – у 31 (27,2%). Основними ускладненнями під час пологів були слабкість пологової діяльності (44 пацієнтки – 45,4%), гіпоксія плода (41 пацієнтка – 42,3%), передчасні пологи (36 пацієнток – 37,1%).

У 2-й групі жінок зареєстровано 57 вагітностей і 50 пологів: природним шляхом – у 7 пацієнток (12,3%), шляхом кесарева розтину – у 43 (75,4%) жінок. Найчастішим ускладненням у даній групі було передлежання плаценти (6 випадків – 12,0%).

У групі контролю зареєстровано 30 вагітностей і 27 пологів: у 22 (73,3%) жінок природним шляхом, у 5 (16,7%) – шляхом кесарева розтину. Найбільш частими ускладненнями пологів у цій групі були слабкість пологової діяльності (4 випадки – 14,8%), кровотечі у післяпологовий період (3 пацієнтки – 11,1%) і гіпоксія плода (3 випадки – 11,1%).

Привертає увагу високий відсоток жінок у 1-й групі, у яких діагностовано розриви шийки матки різного ступеня тяжкості (найбільший – у пацієнток після електрокоагуляції); у 2-й і 3-й групах зареєстровано поодинокі випадки.

В усіх трьох групах більше половини з новонароджених мали нормальну масу тіла (від 3000 г до 4000 г) і високу оцінку за шкалою Апгар (від 8 до 9 балів).

Заключення. Під час аналізу пологів у жінок трьох досліджуваних груп було виявлено, що порівняно із соматично здоровими жінками (3-я група) у пацієнток після деструктивних методів лікування патології шийки матки (1-а і 2-а групи) відзначено зменшення частки пологів через природні шляхи (73,3%, 57,9% і 12,3% відповідно) і збільшення частки пологів шляхом кесарева розтину (16,7%, 27,2% і 75,4% відповідно). При цьому найбільший відсоток оперативних втручань зафіксовано у перших двох групах у жінок після ампутації та конізації шийки матки, найменший – у пацієнток після лазерної вапоризації та радіохірургічної ексцизії. Отже, ці методи деструкції шийки матки є найменш травматичними, дозволяють вилікувати основне захворювання та зберегти репродуктивну функцію.

Ключові слова: патологія шийки матки, дисплазія, деструктивні методи лікування, кесарів розтин, істміко-цервікальна недостатність, слабкість пологової діяльності.

Features of childbirth and the postpartum period in women who have undergone destructive treatments for cervical pathology

I.Yu. Kostyuk

In the complex mechanism that controls the onset of labor, there are many factors, among which an important role belongs to the cervix, so to reduce the risk and development of obstetric and perinatal complications, the problems of timely diagnosis and adequate treatment of cervical diseases are still relevant today.

The objective: evaluate the features of childbirth and the postpartum period in women who have undergone destructive treatments for cervical pathology.

Materials and methods. All examined women (n=201) after destructive methods of treatment of the cervix for dysplasia of I–III degree (electrocoagulation, cryodestruction, laser vaporization or radiowave excision) were divided into 3 groups: 1 group (retrospective, n=114) – patients, in which features of childbirth and the postpartum period were studied anamnesticly; 2 group (prospective, n=57) – women who were included in the study immediately after surgery; 3 group (control, n=30) – almost healthy women. Patients in the comparative groups were comparable in age (mean age 25.7±4.4 years) and the course of the pathological process in the cervix.

Results. During the 5 years of the study, the peculiarities of the course of childbirth, the condition of newborns and the postpartum period in patients after surgery were studied. In the 1st group of subjects 114 pregnancies were registered, of which 97 ended in childbirth: naturally – in 66 women (57.9%), cesarean section – in 31 (27.2%). The main complications in childbirth were weakness of labor (44 patients – 45.4%), fetal hypoxia (41 patients – 42.3%), premature birth (36 patients – 37.1%).

In the 2nd group of women 57 pregnancies were registered (50 births): naturally – in 7 patients (12.3%), cesarean section – in 43 women (75.4%). The most common complication in this group was placenta previa (6 cases – 12.0%).

In the control group, 30 pregnancies (27 births) were registered: in 22 women (73.3%) by natural means, in 5 (16.7%) – by cesarean section. The most common complications of childbirth in this group were weakness of labor (4 cases – 14.8%), bleeding in the postpartum period (3 patients – 11.1%) and hypoxia of the fetus (3 cases – 11.1%).

The high percentage of women in group 1 who were diagnosed with ruptures of the cervix of varying severity (the largest in patients after electroconization), in groups 2 and 3, isolated cases were noted.

In all three groups, more than half of the newborns had normal body weight (3000 to 4000 g) and a high Apgar score (8 to 9 points).

Conclusion. In the analysis of childbirth in women of the three study groups, it was found that compared with somatically healthy women (group 3) in patients after destructive treatment of cervical pathology (groups 1 and 2) there is a decrease in the proportion of births through natural routes (73,3%, 57,9% and 12,3%, respectively) and an increase in the proportion of births by cesarean section (16,7%, 27,2% and 75,4%). The highest percentage of surgical interventions was recorded in the first two groups in women after amputation and conization of the cervix, the lowest – in patients after laser vaporization and radiosurgical excision. Therefore, these methods of destruction of the cervix are the least traumatic, can cure the underlying disease and preserve reproductive function.

Keywords: cervical pathology, dysplasia, destructive treatments, cesarean section, isthmic-cervical insufficiency, weakness of labor.

Особенности течения родов и послеродового периода у женщин, у которых применены деструктивные методы лечения патологии шейки матки

И.Ю. Костюк

В сложном механизме, контролирующем начало родов, выделяют много факторов, среди которых важная роль принадлежит шейке матки. Поэтому для уменьшения угрозы и развития акушерских и перинатальных осложнений проблемы своевременной диагностики и адекватного лечения заболеваний шейки матки сегодня не теряют своей актуальности.

Цель исследования: оценка особенностей течения родов и послеродового периода у женщин, перенесших деструктивные методы лечения патологии шейки матки.

Материалы и методы. Все обследуемые женщины (n=201) после деструктивных методов лечения патологии шейки матки по поводу дисплазии 1–3-й степени (электроконизация, криодеструкция, лазерная вапоризация или радиоволновая эксцизия) были распределены на три группы: 1-я группа (ретроспективная, n=114) – пациентки, у которых особенности родов и послеродового периода изучали анамнестически; 2-я группа (проспективная, n=57) – женщины, включенные в исследование сразу после хирургического лечения; 3-я группа (контрольная, n=30) – практически здоровые женщины. Больные сравниваемых групп были сопоставимы по возрасту (средний возраст – 25,7±4,4 года) и течению патологического процесса в шейке матки.

Результаты. В течение 5 лет исследования изучали особенности течения родов, состояние новорожденных и послеродовой период у пациенток после проведенного хирургического лечения. В 1-й группе обследуемых зарегистрировано 114 беременностей, из которых 97 закончились родами: естественным путем – у 66 (57,9%) женщин, путем кесарева сечения – у 31 (27,2%). Основными осложнениями в родах были слабость родовой деятельности (44 пациентки – 45,4%), гипоксия плода (41 пациентка – 42,3%), преждевременные роды (36 пациенток – 37,1%).

Во 2-й группе женщин зарегистрировано 57 беременностей и 50 родов: естественным путем – у 7 (12,3%) пациенток, путем кесарева сечения – у 43 (75,4%) женщин. Наиболее частым осложнением в данной группе было предлежание плаценты (6 случаев – 12,0%).

В группе контроля зарегистрировано 30 беременностей и 27 родов: у 22 (73,3%) женщин – естественным путем, у 5 (16,7%) – путем кесарева сечения. Наиболее частыми осложнениями в родах в этой группе были слабость родовой деятельности (4 случая – 14,8%), кровотечения в послеродовой период (3 пациентки – 11,1%) и гипоксия плода (3 случая – 11,1%).

Привлекает внимание высокий процент женщин в 1-й группе, у которых диагностированы разрывы шейки матки различной степени тяжести (наибольший – у пациенток после электроконизации); во 2-й и 3-й группах зарегистрированы единичные случаи.

Во всех трех группах более половины новорожденных имели нормальную массу тела (от 3000 г до 4000 г) и высокую оценку по шкале Апгар (от 8 до 9 баллов).

Заключение. При анализе течения родов у женщин трех исследуемых групп было выявлено, что по сравнению с соматически здоровыми женщинами (3-я группа) у пациенток после деструктивных методов лечения патологии шейки матки (1-я и 2-я группы) отмечается уменьшение доли родов через естественные пути (73,3%, 57,9% и 12,3% соответственно) и увеличение доли родов путем кесарева сечения (16,7%, 27,2% и 75,4% соответственно). При этом наибольший процент оперативных вмешательств зафиксирован в первых двух группах у женщин после ампуляции и конизации шейки матки, наименьший – у пациенток после лазерной вапоризации и радиохирургической эксцизии. Следовательно, эти методы деструкции шейки матки являются менее травматичными, позволяют вылечить основное заболевание и сохранить репродуктивную функцию.

Ключевые слова: патология шейки матки, дисплазия, деструктивные методы лечения, кесарево сечение, истмико-цервикальная недостаточность, слабость родовой деятельности.

У сучасному світу за останню чверть століття поширилась 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 [1]. На тлі збільшення числа тих, хто народжує вперше у цьому віці, думка про те, що лікування доброякісних захворювань шийки матки (ШМ) потрібно проводити жінкам лише після пологів, призводить до збільшення кількості вагітних із різноманітними захворюваннями ШМ. Це зумовлює загрозу і розвиток акушерських і перинатальних ускладнень як одного з чинників репродуктивних втрат [2].

Перспективи повноцінного запліднення, успішного виношування вагітності і своєчасних пологів багато в чому визначаються структурно-функціональними особливостями ШМ, тому проблема ефективного лікування патології ШМ є однією з актуальних у сучасній гінекології.

Серед причин виникнення патології ШМ під час вагітності виділяють:

- 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 [3].

Останніми роками запропоновано багато методів лікування захворювань ШМ – як консервативних, так і оперативних [4]. Радикальними вважаються ті, які забезпечують руйнування (деструкцію) патологічного вогнища з наступним відновленням функціонального повноцінного багатошарового плоского епітелію.

Серед методів деструкції набули поширення хімічна коагуляція, криодеструкція, діатермокоагуляція (діатермоексцизія), лазерна вапоризація та радіохвильова деструкція. Кожен метод лікування має свої переваги і недоліки. Проте деякі методи супроводжуються значною кількістю ускладнень,

травматизмом і спричиняють порушення анатомо-функціональної цілісності ШМ, що у майбутньому може справляти негативний вплив на перебіг вагітності та пологів [5].

Травма ШМ з наступною її деформацією (під час пологів, абортів, після оперативних втручань із лікувальною або діагностичною метою) – одна з причин пошкодження фізіологічного бар'єра. Канал ШМ змінює форму, зовнішнє вічко розширяється, і цервікальний слиз не утримується в каналі. Травма ШМ призводить до змін кровопостачання, іннервації, трофіки органа, внаслідок чого виникають умови для порушення регенерації і проліферації епітелію ШМ. Частота травматичних пошкоджень ШМ становить від 5,6% до 30% випадків [5].

Порушення анатомічної будови органу зумовлює виникнення:

- довготривалих запальних процесів, які в майбутньому призводять до розвитку фонових передпухлинних захворювань,
- кровотечі у ранній післяпологовий період,
- стенозу каналу ШМ або його інфікування,
- атрофічних та склеротичних змін,
- рубцевих деформацій ШМ,
- дистопії ШМ під час пологів,
- передчасних пологів внаслідок формування істміко-цервікальної недостатності (ІЦН),
- септичних ускладнень під час вагітності та пологів,
- передчасного розриву плодових оболонок,
- пологового травматизму [5].

Аналіз численних наукових досліджень щодо пологів залежно від методу хірургічного лікування патологічних станів ШМ свідчить, що загальна кількість строкових пологів варіює від 80,0% до 98,8% випадків. При цьому патологічні та ускладнені пологи реєструють після діатермокоагуляції ШМ у 22,8%, після кріодеструкції – у 30,8%, діатермоконізації – у 28%, після лазерної вапоризації – у 31,8% випадків [3, 5, 6, 7].

Серед ускладнень пологів у жінок з оперованою ШМ виділяють первинну слабкість пологової діяльності, розриви ШМ, розриви промежини. Передчасний розрив плодових оболонок в 1,8 рази частіше спостерігався у роділь після діатермокоагуляції і кріодеструкції порівняно з родільями після радіохірургічної коагуляції. Слабкість пологової діяльності, розриви ШМ і розриви промежини у 2,3 рази частіше діагностували у пацієток після діатермокоагуляції і в 1,8 рази частіше у пацієток після кріодеструкції порівняно з жінками після радіохірургічної коагуляції [8, 9].

Слід зазначити, що після лазерної вапоризації ШМ не спостерігалось передчасних пологів, після кріодеструкції – лише у 8,8% випадків, у той час як після діатермоконізації у 20% і після діатермокоагуляції – у 18,5% випадків передчасні пологи відбулися [5].

Порівняльний аналіз засвідчив, що у жінок після діатермокоагуляції і кріодеструкції ШМ частіше діагностували ускладнення пологової діяльності порівняно з пацієтками після радіохірургічної коагуляції. Вибір деструктивного методу лікування слід визначати індивідуально, урахувавши тяжкість процесу на ШМ, вік, планування вагітності пацієнкою, попереднє лікування, супутню патологію, соціальний чинник, а також вплив даного методу лікування на перебіг вагітності та результат пологів.

Мета дослідження: оцінювання особливостей перебігу пологів і післяпологового періоду у жінок, у яких застосовано деструктивні методи лікування патології ШМ.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Було обстежено та включено до дослідження 201 пацієнтку у віці від 18 до 35 років, яких спостерігали протягом 5 років. Кожній з них проведено органозберігальне хірургічне

лікування з приводу дисплазії ШМ 1–3-го ступеня. Під час вивчення стану репродуктивної системи пацієток обстежуваних груп для оцінювання пологової діяльності і виявлення ускладнень застосовували комплекс діагностичних (інструментальних і лабораторних) методик.

До 1-ї групи (ретроспективної) увійшли 114 жінок (середній вік на момент хірургічного втручання – $25,3 \pm 4,3$ року), у яких особливості пологів вивчали анамнестично. У 47 (41,2%) жінок акушерський анамнез був обтяжений штучним перериванням вагітності, при цьому у 32 (28,1%) від загальної кількості пацієток було по два або три аборти, нормальні пологи відбулися у 15 (13,2%) жінок, в 1 пацієнтки в анамнезі – позаматкова вагітність, у 2 – мимовільне переривання вагітності.

До 2-ї групи (проспективної) увійшли 57 жінок (середній вік на момент хірургічного втручання – $26,8 \pm 4,1$ року), яких включено до дослідження відразу після хірургічного лікування. У 33 (57,9%) жінок акушерський анамнез був обтяжений штучним перериванням вагітності, нормальні пологи відбулися у 9 (15,8%) жінок, у 3 (5,3%) в анамнезі – мимовільне переривання вагітності.

До 3-ї групи (контрольної) включено 30 практично здорових жінок (середній вік становив $24,9 \pm 4,8$ року).

Ехографічне дослідження органів малого таза проводили за двома методиками ультразвукового обстеження – трансабдомінальною і трансвагінальною, які доповнювали одна одну. Для вивчення стану гемодинаміки у малому тазі переважачим був трансвагінальний доступ при комплексному використанні кольорового і спектрального доплерівських режимів.

Для встановлення діагнозу «Істміко-цервікальна недостатність» урахували: вкорочення ШМ, розширення каналу ШМ, збільшення передньозаднього розміру ШМ, а також пролабування плодового міхура.

Оцінювання біофізичного профілю плода проводили за загальноприйнятою методикою із визначенням дихального руху, рухової активності, м'язового тону, кількості навколоплідних вод, кардіотокографії, ступеня зрілості плаценти.

Статистичне оброблення отриманих даних виконували за допомогою пакета статистичних програм Microsoft Office Excel.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

У 1-й групі обстежуваних (ретроспективна) було зареєстровано 114 вагітностей, з яких 97 закінчились пологами. Природним шляхом розроджено 66 (57,9%) жінок, а операція кесарева розтину (КР) було проведено у 31 (27,2%) пацієнтки. При цьому найбільший відсоток оперативних втручань здійснено у групі жінок, які перенесли ампутацію ШМ (46,2% від кількості роділь після ампутації ШМ) і конізацію ШМ (41,2% від кількості роділь після конізації). Найменший відсоток зафіксовано у пацієток після лазерної вапоризації і радіохірургічної ексцизії.

Штучний аборт виконаний у 12 (10,5%) жінок, у 2 пацієток переривання вагітності здійснено за медичними показаннями (перенесені інфекційні захворювання), в інших – за їхнім власним бажанням. Мимовільний викидень був в одній пацієнтки (0,87%), яка раніше перенесла конізацію ШМ, що могло стати наслідком ІЦН, що розвинулася після операції.

Виявлено три випадки вагітності, що не розвинулась, у жінок після конізації ШМ (1 випадок), ампутації (1 випадок) і лазерної вапоризації (1 випадок). Зафіксована одна позаматкова вагітність у пацієнтки після лазерної вапоризації.

Більше ніж у 50% випадків (66 жінок) 1-ї групи пологи були самостійними. Серед основних ускладнень пологів зафіксовано: слабкість пологової діяльності (44 пацієнтки – 45,4%),

гіпоксію плода (41 пацієнтка – 42,3%), передчасні пологи (36 пацієнток – 37,1%). При цьому існує достовірна розбіжність у відсотках виникнення даного ускладнення усередині групи залежно від методу попереднього хірургічного лікування.

Так, слабкість пологової діяльності діагностовано у 27 (69,2%) пацієнток після ампутації і у 12 (70,6%) – після електроконізації ШМ. У той самий час відсоток цього ускладнення у роділь після лазерної вапоризації не перевищував 23,1% (3 пацієнтки), а після кріодеструкції і радіохірургічної ексцизії – 5,3% (1 пацієнтка) і 11,1% (1 пацієнтка) відповідно. Гіпоксію плода також найчастіше діагностували у пацієнток після ампутації і електроконізації ШМ – 53,8% (21 пацієнтка) і 64,7% (11 пацієнток) відповідно. Передчасні пологи спостерігались після електроконізації у 47,1% (8 пацієнток) випадків, а після ампутації – у 48,7% (19 пацієнток). В інших групах (після вапоризації, кріодеструкції та ексцизії) передчасні пологи відбулися у 15,4% (2 випадки), 31,6% (6 випадків) і 11,15% (1 випадок) відповідно.

Передчасний розрив плодових оболонок (ПРПО) стався у 25 (25,8%) роділь. При цьому усередині групи найменший відсоток даного ускладнення спостерігався у пацієнток після кріодеструкції (1 жінка – 5,3%), а найбільший – після електроконізації (6 жінок – 35,3%) і ампутації ШМ (13 жінок – 33,3%). У цих же групах відзначено найбільший відсоток хоріонамніонітів (після електроконізації – 23,5% (4 жінки) і 15,4% (6 жінок) – після ампутації), що може бути напряму пов'язано з більшою кількістю ПРПО.

Достатньо високий відсоток випадків передлежання плаценти (6 жінок – 15,4%) було зафіксовано у групі роділь після ампутації ШМ. В інших групах частота даного ускладнення достовірно не відрізнялась. Прирошення плаценти діагностовано в однієї пацієнтки, яка раніше перенесла ампутацію ШМ. Передчасне відшарування нормально розташованої плаценти відбулось у 3 роділь (у 2 – після електроконізації, в 1 – після радіохірургічної ексцизії).

Привертає увагу високий відсоток жінок 1-ї групи, у яких діагностовано розриви ШМ різного ступеня тяжкості (1-й ст. – 17,5% (17 випадків), 2-й ст. – 18,6% (18 випадків) і 5,15% (5 випадків) – 3-й ст.). При цьому найбільш тяжкі розриви 3-го ступеня спостерігались у 5 (29,4%) пацієнток після електроконізації. В інших групах діагностовано розриви 1-го і 2-го ступеня тяжкості.

Кровотечі під час пологів спостерігались у 3 (3,1%) пацієнток, а у післяпологовий період – у 4 (4,1%).

У 1-й групі пацієнток після органозберігального лікування ШМ народилось 97 дітей, з яких 24 (24,7%) мали масу тіла менше 2500 г, 14 дітей (14,4%) важили від 2500 г до 3000 г, а 59 (60,8%) – від 3000 г до 4000 г. При народженні 8 немовлят на 1-й хвилині оцінили у 5 балів за шкалою Апгар і у 6 балів – на 5-й хвилині; 6 дітей мали оцінку 7–8 балів, інші – 8–8 і 8–9 балів.

У 2-й групі обстежуваних (проспективна) було зареєстровано 57 вагітностей, з яких 50 закінчились пологами. Природним шляхом розродились 7 (12,3%) жінок, кесарів розтин (КР) застосовано у 43 (75,4%) пацієнток. Найбільший відсоток КР здійснено, як і в попередній групі, у жінок після ампутації ШМ (100% від числа роділь після ампутації ШМ) і конізації (90,9% від числа роділь після конізації). Найменший відсоток операцій КР зафіксовано у пацієнток після лазерної вапоризації і радіохірургічної ексцизії. Медичний аборт проведено у 6 (10,7%) жінок за їхнім власним бажанням. Мимовільний викидень і вагітність, що не розвинулась, не зафіксовані. Діагностовано одну позаматкову вагітність у пацієнтки після лазерної вапоризації.

Із найчастіших ускладнень у даній групі зареєстровано передлежання плаценти (6 випадків – 12,0%). При цьому достовірних розбіжностей усередині групи не виявлено. Висо-

кий відсоток передлежання плаценти у пацієнток після радіохірургічної ексцизії (33,3%) пояснюється невеликою кількістю пацієнток (1 жінка), які перенесли дане втручання. На другому місці за частотою виникнення – слабкість пологової діяльності (4 випадки – 8,0%). Хоріонамніоніт, спричинений слабкістю пологової діяльності і ПРПО, діагностовано в 1 пацієнтки після електроконізації, у 2 жінок після лазерної вапоризації і кріодеструкції стався ПРПО.

Передчасне відшарування нормально розташованої плаценти зафіксовано в 1 пацієнтки після кріодеструкції. Випадків прирощення плаценти не виявлено.

Кровотечі у післяпологовий період відзначали 3 (6,0%) пацієнтки проспективної групи, під час пологів – в 1 (2,0%) пацієнтки.

У 2-й групі обстежуваних жінок розриви ШМ під час пологів спостерігались нечасто: 2 випадки 1-го ступеня тяжкості – по одному після лазерної вапоризації і радіохірургічної ексцизії. Розрив 2-го ступеня стався у пацієнтки, яка раніше перенесла електроконізацію ШМ.

У групі проспективного дослідження після органозберігального хірургічного лікування патології ШМ народились 50 немовлят, з яких 3 (6,0%) мали масу тіла менше 2500 г, 11 (22,0%) – від 2500 г до 3000 г, 36 (72,0%) новонароджених – від 3000 г до 4000 г. При народженні троє з недоношених малюків на 1-й хвилині оцінили за шкалою Апгар у 5 балів і на 5-й хвилині – у 6 балів, 8 новонароджених були оцінені у 7–8 балів, інші мали оцінку 8–8 і 8–9 балів.

У групі соматично здорових жінок зареєстровано 30 вагітностей, 27 з яких закінчились пологами. При цьому через природні пологові шляхи закінчилась вагітність у 22 (73,3%) жінок. КР проведено у 5 (16,7%) пацієнток. Медичний аборт зроблено двом жінкам (6,7%) за їхнім власним бажанням. Мимовільний викидень і вагітність, що не розвинулась, не зафіксовані. Діагностовано одну позаматкову вагітність.

Найчастішими ускладненнями у групі контролю були слабкість пологової діяльності (4 випадки – 14,8%), кровотечі у післяпологовий період (3 випадки – 11,1%) і гіпоксія плода (3 випадки – 11,1%). Передлежання плаценти спостерігалось у 2 (7,4%) жінок, випадків прирощення плаценти не зареєстровано. Передчасні пологи сталися у 2 (7,4%) пацієнток, передчасне відшарування нормально розташованої плаценти – в 1 (3,7%) випадку, ПРПО – у 2 (7,4%) випадках. Жодного випадку розвитку хоріонамніонітів не відзначено.

Під час пологів серед жінок контрольної групи зафіксовано 2 (7,4%) випадки розриву шийки матки 1-го ступеня і 1 (3,7%) випадок кровотечі.

В усіх трьох обстежуваних групах народились малюки без порушень розвитку.

Аналізуючи перебіг пологів у жінок трьох досліджуваних груп можна стверджувати, що порівняно із соматично здоровими жінками у пацієнток після деструктивних методів лікування патології ШМ відзначено зменшення частки пологів через природні шляхи і збільшення частки пологів шляхом КР. При цьому найбільший відсоток оперативних втручань зафіксовано у перших двох групах у жінок після ампутації та конізації ШМ, найменший – у пацієнток після лазерної вапоризації та радіохірургічної ексцизії. Отже, ці методи деструкції ШМ є найменш травматичними і дозволяють вилікувати основне захворювання та зберегти репродуктивну функцію.

Профілактикою подальшого формування та прогресування патологічного процесу у ШМ є раціональне ведення пологів з адекватним відновленням пошкоджених тканин пологових шляхів та призначенням препаратів, що сприяють загоєнню та унеможливають розвиток інфекційних ускладнень після пологів.

Під час виписки з пологового стаціонару жінка має отримати професійні рекомендації щодо подальшого спостереження, запобігання небажаній вагітності, культури сексуальних відносин. Усе це сприятиме зниженню онкологічного потенціалу патологічних станів ШМ та збереженню репродуктивної функції та здоров'я жінок фертильного віку в Україні.

ВИСНОВКИ

1. Сучасні методи органозберігального хірургічного лікування шийки матки (ШМ) (кріодеструкція, лазерна вапоризація, радіохірургічна ексцизія) дозволяють вилікувати основне захворювання і зберегти специфічні функції жіночого організму (менструальну і генеративну), про що свідчить достатньо високий рівень фертильності у даної категорії хворих.

2. Пацієнтки, які перенесли органозберігальне хірургічне лікування патології ШМ, належать до групи високого ризику щодо виникнення можливих акушерських і перинатальних ускладнень порівняно із соматично здоровими жінками.

3. Наявність у жінки в анамнезі органозберігальної операції з приводу патології ШМ не є протипоказанням до розродження природним шляхом, але, враховуючи високу вірогідність травматизації культу ШМ під час пологів, оптимальним після ампутації ШМ і кріодеструкції є кесарів розтин.

4. Вагітність і пологи у жінок, які перенесли деструктивні методи хірургічного лікування патології ШМ, не справляють негативний вплив на прогноз основного захворювання. Активний моніторинг і спостереження слід проводити протягом року після операції (1 раз на 3 міс), а також протягом року після вагітності незалежно від її результату.

Відомості про автора

Костюк Ірина Юрїївна – Кафедра акушерства, гінекології та перинатології Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, 01011, м. Київ, вул. Арсенальна, 5. *E-mail: prore-first@nmapo.edu.ua*

Information about the author

Kostyuk Iryna Yuriivna – Department of Obstetrics, Gynecology and Perinatology Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education, 01011, Kyiv, 5 Arsenalna Str. *E-mail: prore-first@nmapo.edu.ua*

Сведения об авторе

Костюк Ирина Юрьевна – Кафедра акушерства, гинекологии и перинатологии Национальной медицинской академии последидипломного образования имени П.Л. Шупика, 01011, г. Киев, ул. Арсенальная, 5. *E-mail: prore-first@nmapo.edu.ua*

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Ціп Н.П. 2019. Рак шийки матки у вагітних: сучасна настанова і вектор розвитку лікувальних підходів. Онкологія. 21(1):5-9.
2. Туманова ЛЄ, Коломієць ОВ, Бадзюк Н.П. 2014. Сучасні погляди на етіологію та патогенез фонівих і передракових захворювань шийки матки у вагітних (огляд літератури). Здоров'я жінки. 6(92):29-32.
3. Скурятіна Н.Г. 2016. Аналіз перебігу вагітності і пологів у жінок із патологією шийки матки. Акушерство. Гінекологія. Генетика. 1:39-43.
4. Гнатко О.П., Скурятіна Н.Г., Бережна Т.А. 2017. Комплексна оцінка стану слизової шийки матки під час вагітності. Актуальні питання педіатрії, акушерства та гінекології. 1:50-55.
5. Корнацька А.Г., Цвігун М.В. 2015. Ретроспективний аналіз пологів у жінок з оперованою шийкою матки. Здоров'я жінки. 4(100):109-111.
6. Суханова А.А. 2013. Фізіохірургічні методи в комплексному лікуванні дисплазії епітелію шийки матки у вагітних і невагітних жінок фертильного віку. Здоров'я жінки. 4:48-51.
7. Siddiqui G, Kurzel RB, Lampléy EC et al. 2013. Cervical dysplasia in pregnancy: progression versus regression post-partum. Int. J. Fertil. Womens Med. 46(5):278-80.
8. Туманова ЛЄ, Коломієць ОВ. 2014. Доброякісні та передракові зміни епітелію шийки матки при вагітності та після пологів. Педіатрія, акушерство та гінекологія. 3:87-90.
9. Скурятіна Н.Г. 2017. Наслідки вагітності в жінок після деструктивних методів лікування шийки матки. Акушерство. Гінекологія. Генетика. 3(2):38-44.

Стаття постуила в редакцію 08.12.2020