

Вплив різних методів лікування патології шийки матки на акушерські та перинатальні наслідки

І.Ю. Костюк

Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика,
м. Київ

Нині у світі високою залишається частота фонової і передракової патології шийки матки, поширеність раку шийки матки у вагітних зростає, а етіопатогенетичні особливості перебігу захворювань, що передаються статевим шляхом, зумовлюють загрозу та сприяють розвитку акушерських і перинатальних ускладнень. Тому проблема ефективного лікування патології шийки матки є однією з актуальних у сучасній гінекології.

Стан шийки матки відіграє важливу роль у забезпеченні нормального перебігу вагітності та пологів. Останніми роками запропоновано багато методів лікування її захворювань – як консервативних, так і оперативних.

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

Ключові слова: шийка матки, патологічні процеси, методи лікування.

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, 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. Загальноевропейська тенденція, на жаль, охопила і Україну [4]. Зважаючи на те, що онкозахворюваність збільшується з віком, у світі загальної тенденції пізнього материнства зростає і кількість жінок, у яких діагностують рак під час вагітності. Одне зі зл�якісних новоутворень жіночої репродуктивної системи, яке найчастіше виявляють під час вагітності, – рак шийки матки (РШМ).

Частота захворюваності на РШМ вагітних, за даними окремих національних канцер-реєстрів, становить 1,8–4,0 на 100 тис. вагітностей. В Україні аналогічної статистики немає, однак збільшення кількості випадків звернення хворих на рак ШМ 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 із цією патологією під час вагітності, потребують роботи мультидисциплінарної команди у складі неонатолога, онкогінеколога, акушера, тератолога, токсиколога, а також надання психологічної підтримки як протягом всієї 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 [5]. Шийка матки під час вагітності є важливою анатомічною і функціональною структурою, створеною для утримання плода в порожнині матки до його народження [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]. При обстеженні 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 епітелія і посилення в них процесів слизовиділення. За рахунок гіпертрофії резервних клітин утворюються поліпоподібні вирости. На окремих ділянках має місце метаплазія циліндричного епітелія в багатошаровий плоский. Утворюються нові кровоносні судини, з'являються клітини, схожі на децидуальні. Строма інфільтрується лейкоцитами, лімфоцитами, нейтрофільними гранулоцитами. У результаті цих змін ШМ при 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 епітелія зміщується у більшості вагітних із каналу ШМ на піхвову частину ШМ, 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 дірбними судинами [8].

Порушення, що виникають у ШМ до або під час вагітності, можуть впливати на перебіг вагітності та пологів. На тлі збільшення числа 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 ендоцервіцити) – 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 вірусу папіломи людини у генезі раку ШМ [3].

Інфекції, що передаються статевим шляхом, порушують процес заміщення циліндричного епітелія 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 навкологлідних оболонок, пізніх самовільних викиднів, передчасних пологів, хоріоамніоніту, ендометриту, тазового абсцесу, тромбофлебиту, перитоніту [11].

Водночас вагітність як фізіологічний стан із властивими їй специфічними особливостями та імунodefіцитом має вплив на клінічний перебіг патологічних станів на шийці матки, що може зумовлювати виникнення раку. Поєднання вагітності і раку ШМ у всьому 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 раку ШМ.

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 епітелія [14]. Серед методів деструкції набули поширення хімічна коагуляція, кріодеструкція, 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. Вибір деструктивного методу лікування

слід вирішувати індивідуально, враховуючи тяжкість процесу на ШМ, вік, 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 високочастотного 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 дискоординувана пологова діяльність, у 30% – процедура ускладнюється кровотечею, в 40% – стриктурою і стенозом каналу ШМ, частота рецидивів досягає 55% [16, 17].

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

На відміну від діатермолікування, 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 кріовпливу, як і після діатермокоагуляції ШМ, стик багатошарового плоского і циліндричного епітелія може переміститися в канал ШМ вище зовнішнього маткового вічка, що необхідно мати на увазі при обстеженні жінок надалі. При залученні в процес ендоскопіксу цей вид лікування, як і діатермокоагуляція, неефективний [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 (CO_2) лазера для конізації висічені тканини зберігаються [14]. До переваг CO_2 -лазера зараховують безкровність операції, мінімальне пошкодження навколишніх тканин, утворення плівки, яка захищає від інфекції. Але, як показали 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 в післяопераційний період,
- практично безрубцеве заживання рани,
- стерилізаційний ефект радіохвиль.

До того ж, цей метод дозволяє виконати ексцизію всієї зони трансформації, а не її частини, як при використанні конхотома, і дослідити всі змінені тканини, через що збільшується кількість випадків виявлення CIN II, CIN III і РШМ 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 тяжкого ступеня та Ca in situ [8, 17, 14]. Метод використовувався в тих випадках, коли консервативне лікування не тільки не нормалізувало структуру епітелія, а й, навіть більше, при кольпоскопії спостерігалась 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 ерозованому ектропіоні, 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 виділяють загрозу переривання вагітності, загрозу передчасних пологів, анемію, плацентарну дисфункцію, маловоддя, гестаційний пієлонефрит [5]. У вагітних після радіохвильової деструкції загрозу переривання вагітності і загрозу передчасних пологів діагностовано у 3,3 разу рідше порівняно з вагітними після діатермокоагуляції і в 2,4 разу рідше порівняно з пацієнтками після кріодеструкції [25].

Існує думка, що дані ускладнення не пов'язані із 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%, самовільними викиднями до 12 тиж – у 3,5%, пізніми самовільними викиднями – в 1,6% і заверлюю вагітністю – в 1,6% [5, 13, 33].

Несприятливі наслідки вагітності у вигляді передчасних пологів, самовільних викиднів у 2,2 разу частіше діагностувались у пацієнток після діатермокоагуляції і в 1,5 разу 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 невиношуван-

ня. 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 плодів оболонки випинаються в розширений канал ШМ, інфікуються і розриваються, після чого відбувається вигнання плодового яйця з порожнини матки [13].

Незалежно від походження на сьогодні ІЦН не має чітких та ранніх діагностичних критеріїв даного ускладнення [35]. Окрім випадків з явно вираженими клінічними ознаками ІЦН і даних анамнезу із вказівкою на наявність звичного невиношування, особливо в пізні терміни вагітності, сьогодні зросла 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 ІЦН засновується 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]. При оцінюванні інформативності довжини ШМ необхідно враховувати спосіб її виміру, 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 та 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 ІЦН 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 ІЦН (накладення циркулярного шва на ШМ у різних модифікаціях) найбільш широко використовується подвійний П-подібний шов (Любімова А.І., Мамедалієва Н.М., 1978), що накладається на ділянку внутрішнього вічка. Шов має багато переваг: малотравматичний, надійний, не спричиняє підвищення тонусу 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 терміни 10–16 тиж, проте в кожному випадку цей термін визначається індивідуально, залежно від часу виникнення клінічних проявів ІЦН. Результати мікробіологічного дослідження свідчать, що при хірургічній корекції ІЦН після 20 тиж вагітності, а також при пролабуванні плодового міхура частіше висівається умовно-патогенна флора порівняно з оперованими в 11–16 тиж [34].

Останніми роками широко використовується метод уведення акушерського пессарія, що є неінвазивним, не вимагає спеціальної підготовки й участі суміжних фахівців (анестезіолога), завдає меншої психологічної травми вагітній [38]. Однією з основних переваг цього методу є можливість його успішного застосування на етапі

доклінічних проявів ІЦН (за даними УЗД, анамнезу, наявності зазначених вище чинників ризику) і його профілактичний ефект, а також можливість його застосування в амбулаторних умовах. Сумарна дія акушерського песарія призводить до замикання ШМ, перерозподілу тиску плідного яйця, сакралізації ШМ, кращого формування укороченої й частково відкритої ШМ [39].

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

У розвитку і прогресуванні патологічних процесів на ШМ при вагітності велику роль відіграють урогенітальні інфекції, особливо ті, що передаються статевим шляхом (ІПСШ). Згідно з даними різних авторів, при диспластичних процесах на шийці матки мікст-інфекція виявляється 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, – *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.

З огляду на високе інфікування жінок із захворюваннями ШМ, в 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 строкових пологів дорівнює від 80,0% до 98,8% випадків. При цьому патологічні та ускладнені пологи були після діатермокоагуляції ШМ у 22,8%, після кріодеструкції – у 30,8%, діатермоконізації – 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 плодових оболонок в 1,8 разу частіше спостерігався у роділь після діатермокоагуляції і кріодеструкції порівняно з родільями після радіохвильової коагуляції. Слабкість пологової діяльності, розриви ШМ і розриви промежини у 2,3 разу частіше діагностувались у пацієнток після діатермокоагуляції і в 1,8 разу частіше в пацієнток після кріодеструкції порівняно з жінками після радіохвильової коагуляції [21, 25, 27].

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

Порівняльний аналіз показав, що в жінок після діатермокоагуляції і кріодеструкції ШМ частіше діагностувались ускладнення вагітності і пологів порівняно з пацієнтками після радіохвильової коагуляції. Тому при плануванні пологів необхідно враховувати метод деструкції ШМ.

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 в комплексному лікуванні у прегравідарний період (лазерна вапоризація, метод радіохвильової хірургії) і обмежити проведення діатермокоагуляції, криодеструкції, діатермоконізації 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 покращити 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 ІПСШ, ВПЛ із наступною етіотропною терапією.

Влияние различных методов лечения патологии шейки матки на акушерские и перинатальные исходы

И.Ю. Костюк

Сегодня в мире высокой остается частота фоновой и предраковой патологии шейки матки, распространение рака шейки матки у беременных возрастает, а этиопатогенетические особенности течения заболеваний, передающихся половым путем, способствуют угрозе и развитию акушерских и перинатальных осложнений. Поэтому проблема эффективного лечения патологии шейки матки является одной из актуальных в современной гинекологии.

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

В статье приведены преимущества и недостатки применения физиохирургических компонентов, направленных на деструкцию или извлечение очага фонового и предракового характера. Анализ течения беременности и родов у женщин с оперированной шейкой матки в зависимости от метода хирургического лечения (диатермокоагуляция, криодеструкция, лазерная вапоризация, радиоволновая коагуляция) свидетельствует, что при разнообразных патологических процессах на шейке матки следует дифференцированно использовать разные методы деструктивного воздействия, которые необходимо учитывать при планировании беременности.

Ключевые слова: шейка матки, патологические процессы, методы лечения.

Influence of various methods of treatment of pathology of uterus cervix on obstetric and perinatal outcomes

I. Yu. Kostyuk

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.

Перинатологія та репродуктологія: від наукових досліджень до практики | **Perinatology and reproductology:** from research to practice

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.

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: cervix, pathological processes, methods of treatment.

Інформація про автора

Костюк Ірина Юріївна – Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, 04112, м. Київ, вул. Дорогожицька, 9

Інформация об авторе

Костюк Ирина Юрьевна – Национальный университет здравоохранения Украины имени П.Л. Шупика, 04112, г. Киев, ул. Дорогожичская, 9

Information about the author

Kostyuk Irina Yu. – Shupyk National Healthcare University of Ukraine, 9 Dorohozhytska St., Kyiv, 04112

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Дубоссарская ЗМ, Дубоссарская ЮА. 2018. Репродуктивная эндокринология: перинатальные, акушерские и гинекологические аспекты. Днепрпетровск: Лири ЛТД, 415.
2. Жабченко ІА. 2011. Особливості ведення вагітних з патологією шийки матки. Здоров'я України. 6:16-7.
3. Туманова ЛЄ, Коломієць ОВ, Бадзюк НР. 2014. Сучасні погляди на етіологію та патогенез фонових і передракових захворювань шийки матки у вагітних (огляд літератури). Здоров'я жінчини. 6(92):29-32.
4. Ціп НР. 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. Методы исследования шейки матки у беременных женщин. Акушерство, гинекология, репродуктология. 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. Здоров'я жінчини. 4(100):109-11.
9. Лигирда НФ. 2014. Кольпоскопія у вагітних. Особливості норми. Здоров'я жінчини. 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.: Мединформагентство, 144.
14. Суханова АА. 2013. Фізіохірургічні методи в комплексному лікуванні дисплазії епітелію шийки матки у вагітних і невагітних жінок фертильного віку. Здоров'я жінчини. 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 JL. 2010. Invasive cervical cancer complicating pregnancy. How to manage the dilemma. Obstet. Gynecol. Clin. North Am. 25(2):343-52.

Перинатологія та репродуктологія: від наукових досліджень до практики | **Perinatology and reproductology:** from research to practice

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, Гаїна 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. *Ginekolog. 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 у 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. Grce 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. *Международ. 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, Пролигіна 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 SM, van Geijn HP. 2005. Strategies for prevention - cervical cerclage. *BJOG.* 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 РИ. 2016. Истмико-цервикальная недостаточность. Диагностика и коррекция. *Российский вестник акушера-гинеколога.* 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. Истмико-цервикальная недостаточность. В кн.: *Акушерский 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.