

Репродуктивна функція жінок після хірургічних методів лікування шийки матки

І.Ю. Костюк

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

Після деструктивних методів лікування шийки матки (ШМ) жінки входять у групу високого ризику щодо виникнення гестаційних ускладнень як одного з чинників репродуктивних втрат, що зумовлює соціальне значення проблеми.

Мета дослідження: провести порівняльний аналіз репродуктивної функції у жінок, які перенесли різні оперативні втручання на ШМ, вивчити вплив деструктивних методів лікування патології ШМ на перебіг вагітності для вдосконалення принципів допологового спостереження.

Матеріали та методи. Усі обстежувані жінки ($n=201$), які перенесли органозберігаючі операції (електроконізація, кріодеструкція, лазерна вапоризація або радіохвильова ексцизія) на ШМ з приводу дисплазії I–III ступеня, були розподілені на три групи: 1-а група (ретроспективна, $n=114$) – пацієнтки, в яких особливості менструальної і репродуктивної функції вивчались анамнестично; 2-а група (проспективна, $n=57$) – жінки, яких включено у дослідження одразу після хірургічного лікування; 3-я група (контрольна, $n=30$) – практично здорові жінки. Хворі порівняльних груп були співставні за віком (середній вік – $25,7 \pm 4,4$ року) і перебігом патологічного процесу в ШМ.

Результати. У ході 5-річного дослідження було вивчено менструальну і генеративну функції у пацієнток після проведеного хірургічного лікування. Менструальна функція збережена в усіх пацієнток, але найчастіше жінки скаржились на альгодисменорею і появу кров'янистих виділень до і після менструації: найбільший відсоток – у жінок після електроконізації, найменший – після кріодеструкції, після лазерної вапоризації і радіохвильової ексцизії зміни не відзначені.

Під час аналізу ускладнень вагітності найбільш значущими виявились достовірні розбіжності між відсотком вагітних із загрозою переривання у перших двох групах (47,9% і 26,0% відповідно) і групою контролю (14,8%), що можна пояснити розвитком істміко-цервікальної недостатності у пацієнток, які перенесли оперативні втручання на ШМ, а також наявністю плацентарної дисфункції, підтвердженої порушеннями доплерометричних індексів.

Заключення. Сучасні деструктивні методи лікування патології шийки матки, найменш травматичними з яких є лазерна вапоризація і радіохвильова ексцизія, дозволяють вилікувати основне захворювання і зберегти як менструальну, так і генеративну функції. Враховуючи клінічну картину захворювання і встановлений діагноз, необхідно розробляти індивідуальну тактику ведення для кожної хворої, проводити

активний моніторинг протягом року після операції та спостереження впродовж року після вагітності незалежно від її результату.

Ключові слова: патологія шийки матки, дисплазія, деструктивні методи лікування, невиношування вагітності, істміко-цервікальна недостатність, плацентарна дисфункція.

Під час вагітності відбуваються зміни у всіх органах і системах жіночого організму, але максимальна перебудова спостерігається у статевих органах, у тому числі й на шийці матки (ШМ) [1]. Перспективи повноцінного запліднення, успішного виношування вагітності і своєчасних пологів багато в чому визначаються структурно-функціональними особливостями ШМ. Важливим при обстеженні ШМ під час вагітності є той факт, що виконання діагностичних процедур може ускладнюватись і впливати на клінічну інтерпретацію даних [2].

У сучасному світі спостерігається тенденція відкладати народження дітей до віку 30+. На тлі збільшення числа тих, хто народжує вперше в цьому віці, думка про те, що лікування доброякісних захворювань ШМ потрібно проводити жінкам лише після пологів, призводить до збільшення кількості вагітних із різноманітними захворюваннями ШМ і чинить негативний вплив на перебіг вагітності та пологів [3].

Частота змін ШМ у вагітних становить близько 80%. За даними різних авторів, у структурі захворювань ШМ провідне місце посідають запальні процеси (екзо- й ендocerвіцити) – 76–90%, дисплазії – 33%, ектопії – 22–25%, поліпоподібні утворення – 10% [3, 4].

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 [5].

Науковими дослідженнями встановлено, що розвиток доброякісних і передракових захворювань ШМ як до, так і під час вагітності спричиняють хронічні запальні захворювання статевих органів [6].

Останніми роками запропоновано багато методів лікування захворювань ШМ – як консервативних, так і оперативних [7]. Радикальними вважаються ті, які забезпечують руйнування (деструкцію) патологічного вогнища з наступним відновленням функціонального повноцінного багатoshарового плоского епітелію. 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 викликають порушення анатомо-функціональної цілісності ШМ, що в майбутньому може чинити негативний вплив на перебіг вагітності та пологів [8].

Найчастіше з гестаційних ускладнень у пацієнток з оперованою ШМ виділяють загрозу переривання вагітності, загрозу передчасних пологів, анемію, плацентарну дисфункцію, маловоддя, гестаційний пієлонефрит [3]. У вагітних після радіохвильо-

вої деструкції загрозу переривання вагітності і загрозу передчасних пологів діагностують у 3,3 разу рідше порівняно з вагітними після діатермокоагуляції і в 2,4 разу рідше порівняно з пацієнтками після криодеструкції. Близько у 8% пацієнток після криодеструкції виявляють істміко-цервікальну недостатність (ІЦН) і в 1,9 разу частіше – плацентарну дисфункцію [3, 8].

За даними клінічних досліджень, максимальна частота ускладнень відзначається у вагітних з дисплазією ШМ і після оперативного лікування ШМ до вагітності. Порівняльний аналіз засвідчив, що у жінок після діатермокоагуляції і криодеструкції ШМ частіше діагностували ускладнення вагітності і пологів порівняно з пацієнтками після радіохвильової коагуляції. Частота несприятливих наслідків вагітності у жінок із патологією ШМ у 4 рази вища, ніж у вагітних без змін ШМ [8]. Ці факти доводять необхідність своєчасного виявлення і лікування захворювань ШМ до вагітності.

Враховуючи високу частоту гестаційних ускладнень у жінок після хірургічного лікування, необхідно вибирати найбільш оптимальні методи деструкції в комплексному лікуванні у прегравідарний період.

Мета дослідження: провести порівняльний аналіз репродуктивної функції у жінок, які перенесли різні оперативні втручання на ШМ, вивчити вплив деструктивних методів лікування патології ШМ на перебіг вагітності для вдосконалення принципів допологового спостереження.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

У дослідження включено 201 пацієнтку у віці від 18 до 35 років, яких спостерігали протягом 5 років. Кожній з них проведено органозберігаюче хірургічне лікування з приводу дисплазії I–III ступеня. При вивченні стану репродуктивної системи пацієнток обстежуваних груп для оцінки менструальної функції і виявлення особливостей перебігу вагітності застосовували комплекс діагностичних (інструментальних і лабораторних) методик.

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

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

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

Ехографічне дослідження органів малого таза (ОМТ) проводили за двома методиками ультразвукового обстеження – трансабдомінальної і трансвагінальної, які доповнювали одна одну. Для вивчення стану гемодинаміки в малому тазі переважачим був трансвагінальний доступ при комплексному використанні колірного і спектрального доплерівських режимів. Для встановлення діагнозу ІЦН враховувались: вкорочення шийки, розширення каналу ШМ, збільшення передньо-заднього розміру ШМ, а також пролабування плодового міхура. Оцінювання біофізичного

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

Головною метою дослідження впливу патологічного процесу в ШМ на систему гемостазу було виявлення коагулопатій і тромбофілічних станів, які загрожували розвитком тромбозів і тромбоемболій. Для цього застосовувались методи і тести, які характеризували прокоагулянтний і тромбоцитарно-судинні ланцюги системи гемостазу (молекулярні маркери тромбофілії).

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

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Після проведеного органозберігаючого лікування менструальна функція була збережена в усіх пацієнток. Найчастіше після оперативного втручання жінки скаржились на альгодисменорею і появу виділень, що мастять, до і після менструації.

У 1-й групі обстежуваних альгодисменорею зареєстровано у 10 (8,8%) жінок, частіше у пацієнток після електроконізації ШМ (8 із 10), що можливо пов'язано із стенозом каналу ШМ. При цьому альгодисменорея поєднувалась із появою виділень, що мастять (у 3 пацієнток). Розвиток олігоменореї зафіксовано в 1 пацієнтки, що перенесла кріодеструкцію. Нормалізація менструального циклу відбулась у 2 пацієнток (після кріодеструкції та електроконізації ШМ відповідно). Привертає увагу той факт, що змін менструального циклу у жінок після лазерної вапоризації і радіохвильової ексцизії не відзначено.

У 2-й групі хворих альгодисменорея також була найчастішим варіантом зміни менструального циклу: у 5 пацієнток – після електроконізації, у 2 – після ампутації ШМ, в одному випадку – після кріодеструкції. Поєднання альгодисменореї з виділеннями, що мастять, було зафіксовано у 4 пацієнток. Олігоменорея виникла після проведеної ампутації ШМ у 2 жінок. Нормалізацію менструального циклу фіксували в 1 пацієнтки після ампутації ШМ.

При вивченні репродуктивної функції жінок після деструктивних методів лікування дисплазії різного ступеня привертає увагу значний відсоток загрози переривання вагітності у пацієнток 1-ї (ретроспективної) групи – 56 (57,7%) випадків. Із 13 жінок після лазерної вапоризації дане ускладнення виникло у 4 (30,7%), після радіохірургічної ексцизії – у 3 з 9 (33,3%). У пацієнток після ампутації ШМ загрозу було констатовано в 66,6% випадків (26 пацієнток із 39), а після електроконізації – у 76,5% (13 із 17 жінок). Після кріодеструкції загрозу діагностовано в 4 (30,8%) випадках.

Токсикоз вагітності відзначено у 15 (15,5%) пацієнток. При цьому у вагітних, які раніше перенесли ампутацію і конізацію ШМ, відсоток осіб із токсикозами вагітності становив 6 (15,4%) і 3 (17,6) жінки, а з гестозами – 5 (12,8%) і 2 (11,8%) жінки відповідно. У вагітних після кріодеструкції токсикоз розвинувся у 3 (15,8%) пацієнток, а прееклампсія – у 2 (10,5%). Жінки після операцій вапоризації і ексцизії страждали від токсикозу в 2 (15,4%) і 1 (11,1%) випадках, а від гестозу – в 3 (23,1%) і 0% відповідно.

Плацентарну дисфункцію було діагностовано у 13 (13,4%) жінок: після електроконізації ШМ – у 4 (23,5%) пацієнток, після ампутації і вапоризації показники однакові – по 6 (15,4%) пацієнток, після ексцизії – в 1 (11,1%) пацієнтки, після кріодеструкції – 0%.

Відсоток преєклампсії і плацентарної дисфункції достовірно не відрізнявся від результатів, отриманих для групи контролю.

У пацієток 2-ї групи (проспективної) найчастішим ускладненням також зазначають загрозу переривання вагітності, спричинену істміко-цервікальною недостатністю (13 пацієток – 26,0%), і плацентарною дисфункцією (10 пацієток – 20,0%). Із 7 жінок після лазерної вапоризації дане ускладнення виникло в 1 (14,3%), після радіохірургічної ексцизії – в 1 із 3 (33,3%), після ампутації ШМ – у 7 пацієток з 20 (35,0%), після електроконізації – у 2 з 11 (18,8%), після кріодеструкції – у 2 (22,2%) жінок.

Токсикоз вагітності зафіксовано у 7 (14,0%) пацієток, такий самий відсоток ускладнень припадав на преєклампсію – 7 (14,0%) жінок. При цьому у вагітних, які раніше перенесли ампутацію й електроконізацію ШМ, відсоток осіб із токсикозами становив 15,0% (3 жінки) і 18,2% (2 жінки), а з гестозами – 10,0% (2 жінки) і 27,3% (3 жінки) відповідно. У вагітних після кріодеструкції токсикоз розвинувся в 11,1% випадків (1 пацієнтка), а ускладнень преєклампсії взагалі не відзначено (0%). Жінки після операцій вапоризації та ексцизії страждали від токсикозу в 14,3% (1 жінка) і 0% випадків, від гестозу – в 14,3% (1 пацієнтка) і 33,3% (1 пацієнтка) відповідно.

Плацентарну дисфункцію діагностовано у 10 (20,0%) жінок. У пацієток після електроконізації дане ускладнення виявлено у 27,3% випадків (3 жінки), після ампутації – у 20,0% (4 жінки), після вапоризації – у 28,6% (2 пацієнтки), після кріодеструкції – в 11,1% (1 жінка). Після радіохірургічної ексцизії плацентарну дисфункцію не діагностовано.

Отже, у 2-й групі, як і в групі ретроспективного дослідження, відзначали високий відсоток загрози переривання вагітності. Інші ускладнення вагітності за частотою виникнення суттєво не відрізнялись від контрольної групи.

Частота загрози переривання вагітності у жінок контрольної групи становила 13,3% (4 пацієнтки). Токсикоз вагітності було зафіксовано у 4 жінок (13,3%), а преєклампсія – у 3 (10,0%). Плацентарну дисфункцію діагностовано у 16,7% вагітних. Результати, отримані при дослідженні контрольної групи, співпадають із даними літератури, наведеними для здорових жінок.

При проведенні аналізу ускладнень вагітності в усіх трьох групах жінок найбільш значущою виявилась наявність достовірних розбіжностей між відсотком вагітних із загрозою переривання в перших двох групах (47,9% у 1-й і 26,0% у 2-й групах) і групою контролю (14,8%). Дослідження у разі підозри щодо загрози переривання вагітності включало огляд і пальпаторне обстеження ШМ та істмічного відділу. При УЗД у випадку загрози спостерігалось локальне потовщення міометрія і зміни конфігурації плодового яйця.

Подібні розбіжності між трьома групами можна пояснити розвитком ІЦН у пацієток, які перенесли оперативні втручання на ШМ, а також наявністю плацентарної дисфункції. Крім того, загроза переривання вагітності у деяких пацієток 1-ї і 2-ї груп може бути наслідком деяких ендокринних порушень (цукровий діабет, захворювання щитоподібної залози), а також наявністю хронічних урогенітальних інфекцій та пов'язаних з ними вторинних імунodefіцитних станів.

Частота ІЦН у контрольній групі соматично здорових жінок із загрозою переривання вагітності становила близько 14,0%, а серед пацієток 1-ї і 2-ї груп – понад 90,0%.

Привертає увагу той факт, що у більшості випадків максимальний відсоток загрози переривання зафіксовано саме у жінок, які перенесли більш радикальне втручання – ампутацію і конізацію ШМ.

Отже, можна зробити висновок, що такі операції, як лазерна вапоризація і радіохірургічна ексцизія, як менш травматичні, не призводять до розвитку загрози переривання вагітності, на відміну від конізації та ампутації ШМ. Результатом останніх завжди є дефект або повна відсутність піхвової частини ШМ, і, як наслідок, виникнення функціональної недостатності внутрішнього вічка і порушень захисних функцій слизової пробки.

Тактика ведення жінок із загрозою переривання вагітності полягала у призначенні максимально дбайливого лікувально-охоронного режиму, застосуванні спазмолітичної терапії, токолітиків, седативних препаратів. Для профілактики розвитку самовільного викидня 3 пацієнткам із 2-ї групи було накладено шви на ШМ. Надалі розродження у них проводили шляхом кесарева розтину.

Матково-плацентарний і плодово-плацентарний кровоток вивчали у 25 вагітних із 2-ї групи і в 10 жінок із групи контролю. У 1-й групі дослідження не проводили.

У 6 пацієток 2-ї групи (24,0% від кількості обстежуваних) і в 1 жінки з групи контролю (10,0%) було виявлено підвищення доплерометричних індексів. При цьому зміни кровотоку в маткових і спіральних артеріях у 83,3% випадків поєднувались із розвитком прееклампсії. Зміни доплерометричних показників у радіальних артеріях зафіксовано як у пацієток із прееклампсією, так і без неї.

Отже, порушення доплерометричних індексів вже у I триместрі вагітності є важливою прогностичною ознакою можливого розвитку прееклампсії, що дозволяє своєчасно проводити профілактику даного ускладнення.

Під час вивчення фетоплацентарного кровотоку була підтверджена наявність компенсованої плацентарної дисфункції у 10 (20,0%) пацієток 2-ї групи, що не набагато перевищує кількість вагітних із цим ускладненням у групі контролю – 5 (16,7%) жінок. Для корекції даного ускладнення проводили антигіпоксичні заходи і забезпечення клітинних процесів пластичним та енергетичним матеріалом (глюкоза, аскорбінова кислота, амінокислоти, естрогени).

Порушень розвитку плода не виявлено в жодній вагітній з усіх трьох обстежуваних груп.

ВИСНОВКИ

1. Сучасні деструктивні методи лікування шийки матки (ШМ), а саме: криодеструкція, лазерна вапоризація, радіохірургічна ексцизія дозволяють вилікувати основне захворювання і зберегти як менструальну, так і генеративну функції. Наявність у жінки в анамнезі органозберігаючої операції на ШМ не є протипоказанням до вагітності, а вагітність не має критичного впливу на прогноз основного захворювання.

2. Пацієнтки, які перенесли органозберігаюче хірургічне лікування патології ШМ, належать до групи високого ризику щодо виникнення можливих гестаційних ускладнень порівняно із соматично здоровими жінками: частота невиношування вагітності в групі обстежуваних майже у 3 рази вища, ніж у групі контролю (20,3% і 7,4% відповідно).

3. Основною причиною невиношування вагітності у пацієток після деструктивних методів лікування ШМ є істміко-цервікальна недостатність, тому для профілактики розвитку мимовільного викидня рекомендується накладання швів за загальноприйнятими методиками.

4. Вивчення показників гемодинаміки і гемостазу у вагітних, які перенесли органозберігаючі операції на ШМ, дає змогу комплексно оцінити вплив пролікованої раніше патології ШМ на стан провідних функціональних систем організму і провести своєчасну корекцію задля профілактики акушерських та перинатальних ускладнень.

5. Отримані дані доводять необхідність виявлення і лікування захворювань ШМ до вагітності. Отже, враховуючи високу частоту гестаційних ускладнень у жінок після хірургічного лікування, необхідно застосовувати найбільш дбайливі методи деструкції в комплексному лікуванні у прегравідарний період.

Репродуктивная функция после хирургических методов лечения шейки матки И.Ю. Костюк

После деструктивных методов лечения шейки матки (ШМ) женщины относятся к группе высокого риска по развитию гестационных осложнений как одной из причин репродуктивных потерь, что определяет социальное значение проблемы.

Цель исследования: провести сравнительный анализ репродуктивной функции у женщин, перенесших различные оперативные вмешательства на ШМ, изучить влияние деструктивных методов лечения патологии ШМ на течение беременности для усовершенствования принципов дородового наблюдения.

Материалы и методы. Все обследуемые женщины (n=201) после органосохраняющих операций (электроконизация, криодеструкция, лазерная вапоризация или радиоволновая эксцизия) на ШМ по поводу дисплазии I–III степени были разделены на три группы: 1-я группа (ретроспективная, n=114) – пациентки, у которых особенности менструальной и репродуктивной функции изучались 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 сравнительных групп были сопоставимы по возрасту (средний возраст – 25,7±4,4 года) и течению патологического процесса в ШМ.

Результаты. В ходе 5-летнего исследования были изучены менструальная и генеративная функции у пациенток после проведенного хирургического лечения. Менструальная функция сохранена у всех пациенток, но чаще всего женщины жаловались на альгодисменорею и появление кровянистых выделений до и после менструации: наибольший процент фиксировали у женщин после электроконизации, наименьший – после криодеструкции, после лазерной вапоризации и радиоволновой эксцизии изменения не отмечены.

При анализе осложнений беременности наиболее значимыми оказались достоверные различия между процентом беременных с угрозой прерывания в первых двух группах (47,9% и 26,0% соответственно) и группой контроля (14,8%), что можно объяснить развитием истмико-цервикальной недостаточности у пациенток, перенесших оперативные вмешательства на ШМ, а также наличием плацентарной дисфункции, подтвержденной нарушениями доплерометрических индексов.

Заключение. Современные деструктивные методы лечения патологии шейки матки, наименее травматичными из которых являются лазерная вапоризация и радиоволновая эксцизия, позволяють вылечить основное заболевание и сохранить как менструальную, так и генеративную функции. Учитывая клиническую картину заболевания и установленный диагноз, необходимо разрабатывать индивидуальную тактику ведения для каждой больной, проводить активный мониторинг в течение года после операции и наблюдение в течение года после беременности независимо от ее результата.

Ключевые слова: патология шейки матки, дисплазия, деструктивные методы лечения, невынашивание беременности, истмико-цервикальная недостаточность, плацентарная дисфункция.

Reproductive function of woman after destructive methods of the cervix

I. Yu. Kostyuk

After destructive methods of treatment of the cervix, women are at high risk for the development of gestational complications as one of the causes of reproductive losses, which determines the social significance of the problem.

The objective: to carry out a comparative analysis of the reproductive function in women who have undergone various surgical interventions on the cervix, to study the effect of destructive methods of treating cervical pathology on the course of pregnancy to improve the principles of antenatal care.

Materials and methods. All examined women (n=201) who underwent organ-sparing operations (electrocoagulation, cryodestruction, laser vaporization or radiowave excision) on the cervix for dysplasia of I-III degree, were divided into 3 groups: 1 group (retrospective, n=114) – patients in whom the features of menstrual and reproductive function were studied anamnesticly; group 2 (prospective, n=57) – women who were included in the study immediately after surgery; group 3 (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. In a 5-year study, menstrual and generative functions in patients after surgery were studied. Menstrual function is preserved in all patients, but most women complain of algodysmenorrhea and bleeding before and after menstruation: the highest percentage – in women after electrocoagulation, the lowest – after cryodestruction, after laser vaporization and radiowave excision changes were not observed.

In the analysis of pregnancy complications, the most significant were significant differences between the percentage of pregnant women at risk of abortion in the first two groups (47,9% and 26,0%, respectively) and the control group (14,8%), which can be explained by the development of isthmic-cervical insufficiency. patients who underwent surgery on the cervix, as well as the presence of placental dysfunction, confirmed by violations of doppler indices.

Conclusions. Modern destructive methods of treatment of cervical pathology, the least traumatic of which are laser vaporization and radiowave excision, can cure the underlying disease and preserve both menstrual and generative functions. Taking into account the clinical picture of the disease and the established diagnosis, it is necessary to develop individual management tactics for each patient, to conduct active monitoring during the year after surgery and observation during the year after pregnancy, regardless of its outcome.

Keywords: cervical pathology, dysplasia, destructive treatments, miscarriage, isthmic-cervical insufficiency, placental dysfunction.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Дубоссарская ЗМ, Дубоссарская ЮА. 2018. Репродуктивная эндокринология: перинатальные, акушерские и гинекологические аспекты. Днепрпетровск: Лири ЛТД, 415.
2. Лигирда НФ. 2014. Кольпоскопія у вагітних. Особливості норми. Здоров'я жінчини. 3:57-9.
3. Скурятіна НГ. 2016. Аналіз перебігу вагітності і пологів у жінок із патологією шийки матки. Акушерство. Гінекологія. Генетика. 1:39-43.
4. Корнацька АГ, Цвігун МВ. 2015. Ретроспективний аналіз пологів у жінок з оперованою шийкою матки. Здоров'я жінчини. 4(100):109-11.
5. Комісаренко ЮІ, Михальчишин ГП [редактори] 2020. Ендокринологія: підручник для студентів вищих мед. навч. закладів, 5-е вид., оновл. і доп. Вінниця: Нова книга, 536.
6. Туманова ЛБ, Коломієць ОВ, Бадзюк НР. 2014. Сучасні погляди на етіологію та патогенез фонової і передракових захворювань шийки матки у вагітних (огляд літератури). Здоров'я жінчини. 6(92):29-32.
7. 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.
8. Скурятіна НГ. 2017. Наслідки вагітності в жінок після деструктивних методів лікування шийки матки. Акушерство. Гінекологія. Генетика. 3(2):38-44.