

Профілактика невиношування вагітності у жінок з патологією шийки матки в анамнезі

Н.В. Машир

Національний університет охорони здоров'я імені П.Л. Шупика

Мета дослідження: зниження частоти невиношування вагітності у жінок з лейоміомою та патологією шийки матки в анамнезі на підставі вивчення клініко-мікробіологічних та ендокринологічних особливостей і розробки комплексу профілактично-лікувальних заходів.

Матеріали та методи. На першому етапі вивчені особливості перебігу вагітності, пологів, післяпологового і неонатального періодів у 50 пацієнток з лейоміомою матки та патологією шийки матки в анамнезі, що отримували загальноприйнятні профілактично-лікувальні заходи (I основна група), для порівняльної характеристики були вивчені аналогічні параметри у 50 акушерськи та соматично здорових першородячих (контрольна група). На другому етапі проведена клінічна та інструментально-лабораторна оцінка розробленого нами профілактично-лікувального комплексу, що використовувався до та під час вагітності, у 50 жінок з лейоміомою матки та патологією шийки матки в анамнезі (II основна група).

Результати. У жінок з лейоміомою та патологією шийки матки у I половині вагітності спостерігається значна частота загрози невиношування – 72% порівняно з 8% у контрольній ($p < 0,01$), причому ретрохоріальна гематома виникла при локалізації хоріона в проекції лейоміоматозного вузла 24% випадків. Частіше серед жінок I основної групи фіксували ранні токсикози 28%, проти 12% ($p < 0,05$) у контрольній. Така тенденція зберігалася і в другій половині вагітності: загроза пізнього самовільного абортів 24%, проти 4% у контрольній групі ($p < 0,01$); плацентарна дисфункція 48%, проти 4% у контрольній групі ($p < 0,01$). Наслідком цих патологічних змін є виникнення дистресу плода в пологах – 24%, проти 8% у контрольній групі ($p < 0,05$); передчасне відшарування нормально розташованої плаценти – 8%, проти 2% у контрольній групі ($p < 0,05$).

Ці ускладнення ведуть до зростання частоти оперативного розродження у жінок з лейоміомою та патологією шийки матки, зокрема частота кесарява розтину зростає до 64% випадків, проти 14% спостережень у контрольній групі ($p < 0,05$).

Висновки. Розроблений нами профілактично-лікувальний комплекс з використанням на прегравідарному етапі рослинного препарату з антипроліферативною, імуномодуючою активністю, а з ранніх термінів вагітності натурального мікронізованого прогестерону, донатору окису азоту та місцевого антисептика, що не впливає на нормальну мікрофлору піхви, дозволяє знизити

ти частоту невиношування вагітності та інших акушерських і перинатальних ускладнень. Усе це сприяє покращенню результатів розродження у жінок з лейоміомою та патологією шийки матки в анамнезі.

Позитивні зміни відбуваються на тлі сповільнення темпів росту лейоміоматозних вузлів, відсутності їх дегенерації, а також низького відсотку патологічних змін шийки матки на тлі підвищення колонізаційної резистентності піхви.

Ключові слова: невиношування вагітності, патологія шийки матки, профілактика.

Невиношування вагітності належить до найбільш актуальних проблем сучасної медицини. Як відомо, передчасні пологи є основною причиною перинатальної захворюваності та смертності. Зважаючи на заходи, які проводяться щодо оздоровлення жіночого населення, частота невиношування вагітності становить 9–15% і немає тенденції до зниження [1, 2].

Лейоміома та патологія шийки матки належать до найбільш поширених захворювань жіночих статевих органів, їх діагностують виявляються у 20–25% випадків [3, 4].

Останнім часом спостерігається тенденція до підвищення частоти виявлення зазначених захворювань під час вагітності у жінок репродуктивного віку. Зростання частоти даної патології зумовлено як складними соціально-економічними умовами, так і змінами екології, раціону харчування, підвищення частоти стресових ситуацій у житті сучасної жінки [5, 6].

Дані літератури, які стосуються дослідження патологічних змін в організмі жінок з лейоміомою та патологією шийки матки, дозволяють вважати, що ці захворювання формуються в умовах порушення мікроциркуляції, тканинної та клітинної гіпоксії [7, 8]. У процесі формування патології матки утворюється особливий вид судин, в якому власне від первинної судини залишається лише ендотеліальна вистелка, навколо якої хаотично розташовуються гладком'язові пучки лейоміоми зі скороченими гладком'язевими волокнами. Усе це створює особливі умови гемодинаміки лейоміоми матки [9, 10].

Відомі численні дані про важливу патологічну роль гормональних змін у виникненні лейоміоми та патології шийки матки. Провідну роль відіграють фактори росту, а також позаклітинний матрикс, що бере участь у розвитку та диференціюванні клітини і може впливати на процеси, що відбуваються всередині них. Саме через вплив ростових факторів відбувається гормональна стимуляція росту міоматозних вузлів. Під час вагітності міоматозні вузли зазвичай мають тенденцію до збільшення, а патологія шийки матки – до рецидиву, тому досить складно прогнозувати їхні наслідки як для матері, так і плода [11, 12].

Мета дослідження: зниження частоти невиношування вагітності у жінок з лейоміомою та патологією шийки матки в анамнезі на підставі вивчення клініко-мікробіологічних і ендокринологічних особливостей та розроблення комплексу профілактично-лікувальних заходів.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Дослідження було проведено у два етапи. На першому етапі були вивчені особливості перебігу вагітності, пологів, післяпологового і неонатального періодів у 50 пацієнток з лейоміомою матки та патологією шийки матки в анамнезі, що отримували загальноприйняті профілактично-лікувальні заходи (I основна група). Для порівняльної характеристики були вивчені аналогічні параметри у 50 акушерськи та соматично здорових першородячих (контрольна група).

На другому етапі проведено клінічне та інструментально-лабораторне оцінювання розробленого нами профілактично-лікувального комплексу, що використовувався до та під час вагітності у 50 жінок з лейоміомою матки та патологією шийки матки в анамнезі (II основна група).

Загальноприйняте ведення жінок здійснювали відповідно до наказу МОЗ України № 417 від 15.07.2011 р. «Методичні рекомендації щодо організації надання амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги», і містило в собі комплексне лікування запальних процесів, зокрема шийки матки до вагітності, а під час вагітності вітамінотерапію, препарати йоду з урахуванням ендемічної зони.

Розроблена нами профілактично-лікувальна методика містила в собі обов'язкову підготовку до вагітності шляхом проведення цитологічного, кольпоскопічного, бактеріологічного та вірусологічного дослідження стану шийки матки санацію та нормалізацію гормонального статусу шляхом призначення препарату, що містить індол-три-карбінол і епігаллокатехину-тригалат.

Під час вагітності ми використовували у терміні до 12 тиж препарат мікронізованого натурального прогестерону у дозі 200 мг на добу допіхвово, і у 22–24 тижні проводилась ультразвукова цервікометрія: при довжині шийки матки менше 30 мм та лійкоподібному розширенні каналу шийки макти призначали той самий препарат мікронізованого прогестерону у дозі 200 мг на добу допіхвово до 34 тиж вагітності.

З метою профілактики плацентарної дисфункції призначали також препарат L-аргініну з довшим уведенням 100 мл 4,2% розчину в кількості 10-ти інфузій у 10–12, 20–22 та 32–34 тиж вагітності.

З метою профілактики дизбіозу піхви та рецидиву на цьому тлі патології шийки матки жінкам призначали у терміні 10–12, 20–22 та 32–34 тиж вагітності свічі з хлоргексидином – по одній свічці на ніч допіхвово протягом 10 днів.

Клінічні методи дослідження включали вивчення, насамперед, анамнестичних даних. Водночас проводили оцінювання менструальної, статевої, дітородної функції, а також даних, що стосувались діагностики і лікування лейоміоми та патології шийки матки до настання даної вагітності. Окрім цього, проводили оцінку наявності в минулому іншої генітальної та екстрагенітальної патології.

Ехографічні та доплерометричні дослідження були виконані на ультразвукових апаратах Toshiba 250 та Simens Sonoline SI-250. У I триместрі вагітності визначали наступні дані:

- місце розташування плідного яйця щодо міоматозного вузла,
 - вимірювання куприко-тім'яного розміру ембріону, носових кісток, шийної складки,
 - наявність ознак життя плода (серцебиття та рухи),
 - кількість, локалізацію та розташування лейоміоматозних вузлів.
- У II та III триместрах звертали увагу на наступні ознаки:
- наявність вроджених вад розвитку плода,
 - положення та передлежання плода,
 - кількість амніотичної рідини,
 - локалізація плаценти,
 - гестаційний вік,
 - маса плода.

Стан матково-плацентарного та плодово-плацентарного кровообігу оцінювали за допомогою методу доплерометрії, застосовували комбінований датчик з частотою 3,5 МГц, що працює в імпульсному режимі, і частотний фільтр на рівні 100 Гц.

Ендокринологічні методи обстеження включали вивчення гормональних взаємовідношень в системі «мати–плацента–плід». Також досліджували рівень таких гормонів, як: естріол, прогестерон, плацентарний лактоген, хоріонічний гонадотропін. Дослідження гормонів проводили методом імуноферментного аналізу за допомогою тест-системи «Roche Diagnostics» (Швейцарія); DRG (Німеччина).

Цитологічні дослідження шийки матки проводили шляхом взяття мазка з поверхні екзоцервікса за допомогою шпателя, а з ендоцервікса за допомогою щітки – ендобраша.

Просту кольпоскопію виконують шляхом огляду поверхні шийки матки та піхви за допомогою кольпоскоп Skaner MK-200, при стандартному збільшенні 8–40 разів. Потім використовували розчин оцтової кислоти 3%, який наносили на шийку матки тампоном, аплікація тривала 45 с. Оцінювали реакцію судин та появу аномальної кольпоскопічної картини, також використовували розчин йоду – проба Шиллера.

Мікробіологічні методи дослідження включали бактеріоскопію мазків, взятих з піхви, каналу шийки матки, сечівника, з наступним бактеріологічним дослідженням та антибіотикограмою.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Середній вік жінок у контрольній групі становив $23,1 \pm 1,1$ року, а в двох основних був достовірно вищий: $30,4 \pm 1,2$ та $30,2 \pm 1,4$ року ($p < 0,05$) у 1-й і 2-й групах відповідно. Встановлені вікові відмінності в контрольній та основних групах були обумовлені високою частотою безпліддя, невиношування вагітності у жінок з лейоміомою та патологією шийки матки в анамнезі.

Під час аналізу особливостей менструальної функції привертає увагу значна частота порушень менструального циклу у жінок основних груп. Рясні місячні за типом мено-метрорагії частіше зустрічалися у жінок 1-ї й 2-ї груп – 76% та 84% відповідно. На відміну від цього, у жінок контрольної групи дані порушення фіксували у 16% спостережень ($p < 0,05$).

При дослідженні особливостей репродуктивного анамнезу нами встановлено, що у жінок 1-ї та 2-ї основних груп частіше фіксували артифіційні аборти – 44% та 40% відповідно, у той час як в контрольній групі – 12% ($p < 0,05$), епізоди спонтанних втрат вагітності I та II триместра – відповідно 56% та 60%, що було достовірно вищим ніж у контрольній групі 8% ($p < 0,05$).

Втрату двох та більше вагітностей фіксували у 32% жінок 1-ї основної та 36% 2-ї основної груп на відміну від контрольної, де звичне невиношування не було діагностовано в жодному випадку.

Передчасні пологи в анамнезі також частіше зустрічалися у жінок з лейоміомою та патологією шийки матки в анамнезі, зокрема у 22–26 тиж відповідно 12% та 8% жінок 1-ї і 2-ї основних груп; у 27–32 тиж – у 8% та 4% жінок основних груп відповідно, що достовірно частіше фіксували на відміну від контрольної групи, де передчасні пологи не були діагностовані в жодній жінки.

Безпліддя достовірно частіше спостерігали у жінок основних груп: відповідно 32% та 36% жінок 1-ї та 2-ї основних груп проти 8% жінок в контрольній групі ($p < 0,05$).

Привертає увагу висока частота супутньої генітальної патології у жінок з лейоміомою та патологією шийки матки в анамнезі. Зокрема, у жінок основних груп достовірно частіше, ніж в контрольній мали місце такі захворювання як: хронічний сальпінгоофорит – 76% та 72%, проти 12% спостережень у контрольній групі

($p < 0,05$); фолікулярні кісти яєчників 40% та 44% у першій та другій основних групах, проти 4% у контрольній ($p < 0,01$).

Необхідно також відмітити, що у жінок першої та другої основних груп мала місце висока частота хронічної екстрагенітальної патології: хронічний холецистит та панкреатит – відповідно 28% та 20%, проти 8% випадків в контрольній групі; хронічний пієлонефрит – 16% та 24%, проти 8% в контрольній групі; хронічний бронхіт – 20% та 24% спостережень, проти 8% в контрольній групі; патологія щитовидної залози – 24% та 32%, проти 8% випадків в контрольній групі; серцево-судинна патологія 12% та 16% спостережень, проти 4% в контрольній групі ($p < 0,05$).

З огляду на це, тактика акушерів-гінекологів у жінок з супутньою екстрагенітальною патологією має бути скерована на їх оздоровлення до вагітності.

Частота спонтанних абортів в першій та другій основних групах в анамнезі становила 56% та 60% спостережень, що достовірно вище, ніж в контрольній 8% ($p < 0,05$). Звичне невиношування у жінок з лейоміомою та патологією шийки матки спостерігалось в значній кількості випадків – 32% та 36%, в той час як в контрольній – у жодної пацієнтки.

Як продемонстрували результати вивчення особливостей клінічного перебігу гестації, у жінок з лейоміомою та патологією шийки матки у першій половині вагітності фіксують значну частоту загрози невиношування – 72% порівняно з 8% у контрольній ($p < 0,01$), причому ретрохоріальна гематома виникла при локалізації хоріона в проекції лейоміоматозного вузла 24% випадків. Частіше серед жінок першої основної групи фіксували ранні токсикози 28%, проти 12% ($p < 0,05$) у контрольній.

Така тенденція зберігалася і в другій половині вагітності: загроза пізнього самовільного аборту 24%, проти 4% у контрольній групі ($p < 0,01$); плацентарна дисфункція 48%, проти 4% у контрольній групі ($p < 0,01$).

За результати наших досліджень, серед жінок з лейоміомою та патологією шийки матки в анамнезі відзначається високий рівень прееклампсії легкого та середнього ступеню тяжкості – 32% випадків проти 8% випадків у контрольній групі ($p < 0,01$), а також важкого ступеня – 8% спостережень.

Під час пологів типовим ускладненням є слабкість пологової діяльності – 56% проти 24% у контрольній групі ($p < 0,05$); дискоординувана пологова діяльність 16% проти 4% в контрольній групі ($p < 0,05$).

Наслідком цих патологічних змін є виникнення дистресу плода в пологах – 24%, проти 8% в контрольній групі ($p < 0,05$); передчасне відшарування нормально розташованої плаценти – 8% проти 2% у контрольній групі ($p < 0,05$). Ці ускладнення ведуть до зростання частоти оперативного розродження у жінок з лейоміомою та патологією шийки матки, зокрема частота кесаревого розтину зростає до 64% випадків проти 14% спостережень в контрольній групі ($p < 0,05$).

Також спостерігається дисфункція фетоплацентарного комплексу. Як продемонстрували результати наших досліджень, у жінок з лейоміомою та патологією шийки матки в анамнезі, зниження рівня прогестерону фіксували, починаючи з 22–24 тиж вагітності. Зберігалася така тенденція до 34–36 тиж – $348,5 \pm 3,6$ нг/мл проти $371,6 \pm 3,2$ нг/мл у контрольній групі ($p < 0,05$).

Така сама динаміка спостерігалася і у випадку визначення плацентарного лактогену у 34–36 тиж – $8,3 \pm 0,3$ мг/л проти $8,9 \pm 0,2$ мг/л у контрольній групі ($p < 0,05$); вільного естріюлу у 34–36 тиж – $22,1 \pm 1,3$ нг/мл проти $2,8 \pm 1,1$ нг/мл у контрольній ($p < 0,05$), а рівень хоріонічного гонадотропіну був нижчий у першій основній групі з 8–9 тиж вагітності – $136574 \pm 0,351$ МО/мл проти $149388 \pm 0,276$ МО/мл у контрольній ($p < 0,05$).

Ця патологія також є фактором ризику формування патології функціонування системи мати–плацента–плід». При ультразвуковому дослідженні фетопацентарного комплексу у жінок 1-ї основної групи частіше діагностували гіперехогенні включення в структурі плаценти – 28% проти 4% у контрольній групі ($p < 0,01$), гіпертрофія – 24% проти 2% в контрольній ($p < 0,01$) та гіполлазия плаценти – 4% у першій 1-й основній групі.

Також відзначалась значна частка аномалій навколоплідних вод: багатоводдя – 16% проти 4% у контрольній групі ($p < 0,05$); маловоддя – 12% проти 2% ($p < 0,01$). Вказані зміни призводять до порушення функціонального стану плода.

При вивченні внутрішньоутробного стану плоду звертає на себе увагу значна частота діагностування затримки внутрішньоутробного росту за асиметричним варіантом у 1-й основній групі 36% випадків спостережень проти 4% в контрольній ($p < 0,01$), а симетрична форма в жодному випадку не була констатована в контрольній групі, в той час як у 1-й основній у 8% випадків.

Післяпологовий період у жінок з лейоміомою та патологією шийки матки в анамнезі характеризується підвищенням частоти таких ускладнень:

- ранова інфекція – 20% у 1-й основній групі проти 8% у контрольній ($p < 0,05$);
- лохіометра та субінволюція матки – 18% проти 2% у контрольній групі ($p < 0,01$);
- ендометрит – 4%;
- пізня післяпологова кровотеча – 6%.

Під час вивчення особливостей перебігу лейоміоми матки у жінок основних груп виявлено, що у переважної більшості жінок обох основних груп (68% і 72% відповідно) фіксували множинні фібриматозні вузли із середнім розміром домінантного вузла $3,4 \pm 0,6$ см та $3,1 \pm 0,4$ см. У 32% 1-ї основної групи та 28% пацієнток 2-ї основної групи був діагностований поодинокий фібриматозний вузол із середнім розміром $3,2 \pm 0,6$ см.

Локалізація вузлів: у 96% пацієнток 1-ї основної групи та 92% пацієнток 2-ї основної групи – субсерозний або інтрамурально – субсерозний. Субкуозні вузли були діагностовані у 4% пацієнток 1-ї основної та у 8% 2-ї основної груп.

При вивченні особливостей структури патології шийки матки було встановлено, що у жінок основних груп в анамнезі зафіксовано велику частоту ендо- та екзоцервіцитів – відповідно 68% та 60% спостережень; ектопій шийки матки – 48% та 56% випадків; субепітеліального ендометріозу шийки матки – 28% та 32% спостережень у 1-й і 2-й основних групах.

Проаналізовано цитологічні мазки за системою Бетесда ЦІН I – 24% спостережень у 1-й основній та 20% випадків у 2-й основній групах; ЦІН II – 12% та 8% випадків; ЦІН III – 4% випадків у кожній групі.

Привертає увагу високий рівень виділення специфічних збудників серед жінок основних груп:

- хламідії – 68% та 72% випадків у 1-й і 2-й основних групах;
- генітальна мікоплазма – 24% та 20% випадків;
- вірус папіломи людини високоонкогенного ризику – 24% та 20% спостережень;
- генітального герпесу – 20% та 16% випадків;
- вагінальна трихомонада – 12% та 12%;
- гонокок – 12% та 8% спостережень.

Особливістю мікробіологічного статусу у жінок з лейоміомою та патологією шийки матки є зниження колонізаційної резистентності піхви, починаючи з I триместра вагітності, а саме: знижується питома вага лактобацил, біфідо- та пропіоно-

вокислих бактерій, починаючи з 10–12 тиж вагітності ($56,0 \pm 1,5\%$ проти $96,1 \pm 1,2\%$ у контрольній групі; $p < 0,05$). Така тенденція зберігається до 34–36 тиж вагітності – $48,3 \pm 1,1\%$ проти $95,7 \pm 1,2\%$ у контрольній групі ($p < 0,05$).

Водночас достовірно вищою була питома вага умовно-патогенних мікроорганізмів як на ранніх термінах вагітності – $42,3 \pm 1,2\%$, проти $1,8 \pm 0,1\%$ у контрольній групі ($p < 0,05$), так і напередодні розродження. Так само і кількісне дослідження мікрофлори піхви жінок із лейоміомою та патологією шийки матки в анамнезі свідчить про достовірно більшу кількість умовно-патогенних мікроорганізмів в 1 мл вагінального секрету порівняно з контрольною групою як у ранні терміни, так і напередодні розродження – $5,01 \pm 0,12$ КУО/мл проти $2,31 \pm 0,11$ КУО/мл ($p < 0,05$).

Виявлені зміни у складі мікрофлори піхвового біотопу закономірно призводили до погіршення результатів цитологічного та кольпоскопічного дослідження серед жінок з лейоміомою та патологією шийки матки.

Отже, результати проведених досліджень засвідчили, що вагітні з лейоміомою та патологією шийки матки в анамнезі входять до групи високого ризику щодо розвитку дисбіотичних, гормональних порушень у системі «мати–плацента–плід», що призводить до розвитку плацентарної дисфункції, невиношування вагітності, погіршення показників материнської та неонатальної захворюваності.

Розроблений нами профілактично-лікувальний комплекс допомагає усунути виявлені порушення у жінок з лейоміомою та патологією шийки матки в анамнезі, що дозволило б знизити частоту таких ускладнень, як:

- загроза раннього та пізнього мимовільних абортів,
- невиношування,
- плацентарна дисфункція,
- покращання перебігу післяпологового та раннього неонатального періоду.

Відмінності в перебігу вагітності на тлі використання запропонованої нами методики діагностовано, починаючи з I триместра вагітності. Так, загроза ранніх та пізніх мимовільних абортів була нижчою в 2-й основній групі порівняно з 1-ю групою – 36% проти 72% ($p < 0,05$); частота загрози передчасних пологів – 16% проти 52% ($p < 0,05$). Також спостерігалось покращення перебігу гестаційного процесу, що привело до покращення фетометричних показників плода, в 2-й основній групі рідше спостерігали ЗВУР 18% проти 44% ($p < 0,05$).

Також фіксували зниження частоти слабкості пологових сил 28% проти 56% ($p < 0,05$); дискоординованої пологової діяльності – 4% проти 16% ($p < 0,05$).

Використання запропонованого лікувально-профілактичного комплексу сприяло відсутності прогресуючого росту лейоміоматозних вузлів та запобігало рецидивам патології шийки матки за результатами кольпоскопічного та цитологічного досліджень – 28% проти 62% ($p < 0,05$).

Не зафіксовано жодного випадку недоношеності чи перинатальної смертності у новонароджених від матерів, яким призначався запропонований нами профілактично-лікувальний комплекс.

Покращення клінічного перебігу вагітності, пологів, післяпологового та неонатального періодів стало наслідком покращення стану фетоплацентарного комплексу. Результати ехографічних досліджень засвідчили зниження патологічних ехографічних ознак у структурі плаценти – 28% проти 80% ($p < 0,05$); аномалій навколоплідних вод – 12% проти 28% ($p < 0,05$) у 2-й та 1-й основних групах відповідно.

Результати вивчення гормонального статусу засвідчили достовірне збільшення середніх концентрацій прогестерону – $148,3 \pm 1,2$ нг/мл проти $42,1 \pm 1,2$ нг/мл у

1-й основній групі ($p < 0,05$); вільного естріолу – $15,1 \pm 1,1$ нг/мл проти $11,7 \pm 1,2$ нг/мл ($p < 0,05$); плацентарного лактогену – $3,7 \pm 0,1$ мг/л проти $3,1 \pm 0,2$ мг/л ($p < 0,05$) у 1-й основній групі, починаючи з 22–24 тиж вагітності, а хоріонічний гонадотропін – з 8–9 тиж – $146274 \pm 0,195$ мМО/мл проти $136574 \pm 0,351$ мМО/мл у 1-й основній групі.

Розроблений нами профілактично-лікувальний комплекс сприяв усуненню дисбіотичних змін та підвищенню колонізаційної резистентності піхви, починаючи з ранніх термінів вагітності. Кількісне дослідження мікробіоценозу статевих шляхів також засвідчило достовірне зниження кількості умовно-патогенних бактерій піхвового біотопу у другій основній групі.

ВИСНОВКИ

Результати досліджень засвідчили, що розроблений нами профілактично-лікувальний комплекс з використанням на прегравідарному етапі рослинного препарату з антипроліферативною, імуномодулюючою активністю, а з ранніх термінів вагітності – натурального мікронізованого прогестерону, донатору окису азоту та місцевого антисептика, що не впливає на нормальну мікрофлору піхви, дозволяє знизити частоту невиношування вагітності та інших акушерських і перинатальних ускладнень. Усе це сприяє покращанню результатів розродження у жінок з лейоміомою та патологією шийки матки в анамнезі.

Зазначені позитивні зміни відбуваються на тлі сповільнення темпів росту лейоміоматозних вузлів, відсутності їх дегенерації, а також низького відсотку патологічних змін шийки матки на тлі підвищення колонізаційної резистентності піхви.

Prophylaxis of miscarriage for women with pathology of cervix in anamnesis *N. V. Mashir*

The objective: a decline of frequency of miscarriage for women with a leiomyoma and pathology of cervix in anamnesis on the basis of study clinical-and-microbiological and endocrinological features and development of complex prophylactic -and-treatment measures.

Materials and methods. On I the stage the studied features of motion of pregnancy, births, post-natal and neonatal periods in 50 patients with the leiomyoma of uterus and pathology of cervix in anamnesis, which got generally accepted complex prophylactic-and-treatment measures (I basic group), for comparative description analogical parameters were studied in 50 obstetric and somatically healthy primiparous (control group). On the II stage the clinical is conducted and instrumental-laboratory estimation developed by us complex prophylactic-and-treatment measures which was used to and during pregnancy, for 50 women with the leiomyoma of uterus and pathology of cervix in anamnesis (II basic group).

Results. For women with a leiomyoma and pathology of cervix in I considerable frequency of threat of miscarriage takes place the half of pregnancy – 72% by comparison to 8% in control ($p < 0,01$), thus a retrochorial haematoma arose up at localization of chorion in the projection of leiomyomatous node 24% cases. More frequent among women I basic group took place early toxicosis 28%, against 12% ($p < 0,05$) in control. Such tendency was saved in the second half of pregnancy: threat of late spontaneous abortion 24%, against 4% in a control group ($p < 0,01$); placenta disfunction 48%, against 4% in a control group ($p < 0,01$). Investigation of these pathological changes is an origin of fetal distress in births – 24%, against 8% in a control group ($p < 0,05$); premature removing layer by layer of the normally located placenta – 8%, against 2% in a control group ($p < 0,05$).

The indicated complications conduce to growth frequencies of operative delivery for women with a leiomyoma and pathology of cervix, in particular, frequency of caesarian section grows to 64% cases, against 14% supervisions in a control group ($p < 0,05$).

Conclusions. Developed by us complex prophylactic-and-treatment measures with the use on the pregravid stage of vegetable preparation from antiproliferative, by immunomodulatory activity, and beginning from the early terms of pregnancy of natural micronized progesterone, donator nitric and local antiseptic oxide, that not influences on the normal microflora of vagina, allows to reduce frequency of miscarriage and other obstetric and perinatal complications, but it is instrumental in the improvement of results of delivery for women with a leiomyoma and pathology of cervix in anamnesis.

Indicated positive changes take place on a background deceleration of rates of growth of leiomyomatous nodes, absence of their degeneration, and also low to the percent of pathological changes of cervix on a background the increase of colonization resistance of vagina.

Keywords: *miscarriage, pathology of cervix, prophylaxis.*

Відомості про автора

Машир Наталія Вікторівна – Кафедра акушерства, гінекології та перинатології НУО-ЗУ імені П.Л. Шупика, м. Київ
ORCID: 0000-0001-7368-7622

Information about the author

Mashyr Nataliia V. – Department of obstetrics, gynecology and perinatology of Shupyk National Healthcare University of Ukraine, Kyiv
ORCID: 0000-0001-7368-7622

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Origoni M, Salvatore S, Perino A, Cucinella G, Candiani M. 2019. Cervical Intraepithelial Neoplasia (CIN) in pregnancy: the state of the art. *European Review for Medical and Pharmacological Sciences.* 18:851-60.
2. Jain AG, Higgins RV, Boyle MJ. 2020. Management of low-grade squamous intraepitel lesions during pregnancy. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 177(2):298-302.
3. Sood AK, Sorosky JI. 2020. Invasive cervical cancer complicating pregnancy. How to manage the dilemma. *Obstet. Gynecol. Clin. North Am.* 25(2):343-52.
4. Takushi M, Moromizato H, Sakumoto K, Kanazawa K. 2019. Management of invasive carcinoma of the uterine cervix associated with pregnancy: outcome of intentional delay in treatment. *Gynecol. Oncol.* 87(2):185-9.
5. Siddiqui G, Kurzel RB, Lampley EC et al. 2019. Cervical dysplasia in pregnancy: progression versus regression post-partum. *Int. J. Fertil. Womens Med.* 46(5):278-80.
6. Wilczynski JR, Szpakowski M, Nowak M. 2019. Cervical carcinoma and pregnancy guidelines for the diagnosis and treatment: a proposal. *Ginekol. Pol.* 75(3):235-41.
7. Wang SS, Walker JL, Schiffman M, Solomon D. 2021. Evaluating the risk of cervical precancer with a combination of cytologic, virologic and visual methods. *Cancer Epidemiol. Biomarkers Prev.* 15(1):187-8.
8. Behbakht K, Friedman J, Heimler I et al. 2019. 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.
9. Grce M, Husnjak K, Matovina M et al. 2019. Human papillomavirus, cytomegalovirus, and adenoassociated virus infections in pregnant and nonpregnant women with cervical intraepithelial neoplasia. *J. Clin. Microbiol.* 42(3):1341-4.
10. Panoskaltis T, Ind TE, Perryman K et al. 2019. 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.
11. Stoll P, Dallenbach-Hellweg G. 2019. *Cytology in Gynecological Practice.* Berlin: Springer-Verlag, 134.
12. Poletтини 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.