

АКУШЕРСТВО ТА ГІНЕКОЛОГІЯ

© Н.Ю. Бисага, 2015

УДК 618.146-006.03

Н.Ю. БИСАГА

Ужгородський національний університет, медичний факультет, кафедра акушерства та гінекології, Ужгород

АКУШЕРСЬКІ ТА ПЕРИНАТАЛЬНІ АСПЕКТИ ДОБРОЯКІСНОЇ ПАТОЛОГІЇ ШИЙКИ МАТКИ

У роботі висвітлені акушерські та перинатальні аспекти доброякісної патології шийки матки, особливості мікробіоценозу статевих шляхів у жінок із даною патологією. Регрес доброякісної патології шийки матки залежить від характеру ураження, паритету пологів, методу пологорозрішення, пологової травми шийки матки, стану місцевого імунітету та видового спектра мікрофлори. Розроблено комплекс лікувально-профілактичних заходів для покращення акушерських та перинатальних аспектів у жінок із доброякісною патологією шийки матки в анамнезі. Вказано на важливість виявлення та лікування патології шийки матки ще на етапі планування вагітності.

Ключові слова: шийка матки, канал шийки матки, пологи, мікробіоценоз піхви, статеві шляхи, вірусна інфекція, репродуктивна функція

Вступ. Деякі жіночі хвороби мають непомітний перебіг: без болю, неприємних виділень і порушень менструального циклу, виявити їх може тільки фахівець. До таких прихованих хвороб відносяться і патології шийки матки. Останніми роками наголошується на різке зростання захворювань шийки матки у жінок різних вікових груп. Причин цьому багато: часті стреси, гормональні порушення, урогенітальні інфекції вірусної і бактеріальної природи, травматизація шийки матки при пологах і абортах тощо. Тривало існуючі доброякісні захворювання шийки матки (ерозії, поліпи тощо) можуть малігнізуватися, тобто перетворюватися на злоякісні, тому велике значення мають своєчасна і точна діагностика патології шийки матки та ефективне її лікування [1, 5, 9]. Захворювання шийки матки – найпоширеніша патологія серед жінок репродуктивного віку. Окрему групу серед цих захворювань становить доброякісна патологія шийки матки під час вагітності. В організмі вагітної жінки відбуваються зміни в усіх органах та системах, у тому числі і в шийці матки (ШМ), в одношаровому призматичному епітелії ШМ може утворюватися велика кількість клітин на різних стадіях їх поділу з порушенням диференціювання та гіперплазією [2, 4]. Слизова оболонка каналу шийки матки (КШМ) гіпертрофується внаслідок збільшення у розмірах циліндричних клітин та посилення в них процесів слизовиділення. На окремих ділянках ШМ має місце метаплазія циліндричного епітелію в багатшаровий плаский епітелій. Внаслідок гіперплазії резервних субциліндричних клітин утворюються поліподібні ви-

рости у КШМ. Усе це сприяє активації інфекційних агентів статевих шляхів, у тому числі й вірусної інфекції (папіломавірус, герпес, цитомегаловірус тощо), що є найбільш значущою у процесах малігнізації ШМ [3, 6]. У стінці ШМ під час вагітності спостерігається деструкція колагенових волокон, утворюються нові кровеносні судини, з'являються нові клітини, схожі за морфологічними характеристиками на децидуальні. Стінка інфільтрується лімфоцитами, лейкоцитами, моноцитами [7, 8]. ШМ під час вагітності є унікальною структурою, створеною, насамперед, для утримання плода в порожнині матки до його повної зрілості. Цю функцію ШМ може виконувати лише при повній спроможності, що забезпечується нормальною клітинною структурою епітелію функціонального шару слизової оболонки, відсутністю активації мікрофлори піхви та КШМ, генетично детермінованою спроможністю сполучної тканини, адекватними обмінними та проліферативними процесами в організмі під час вагітності. У той же час, високий рівень захворюваності на фоніві та передракові процеси ШМ, а також більш часті випадки раку ШМ у вагітних, велика кількість абортів в анамнезі, ранній початок сексуального життя та поширеність статевих інфекцій свідчать про необхідність розробки алгоритмів моніторингу, діагностики та корекції патології ШМ у вагітних.

Причини виникнення захворювань шийки матки у вагітних:

- вірусно-бактеріальне інфікування статевих шляхів;
- травматичне пошкодження шийки матки;

- гормональний дисбаланс;
- уроджена патологія сполучної тканини шийки матки;
- екстрагенітальні захворювання;
- генетичні передумови;
- вік, професійні, екологічні чинники, спосіб життя, санітарно-медична обізнаність;
- якість медичного спостереження та обстеження.

Мета дослідження. Встановити акушерські та перинатальні аспекти доброякісної патології шийки матки, особливості мікробіоценозу статевих шляхів у жінок із даною патологією.

Матеріали та методи. Проведено клініко-статистичний аналіз перебігу вагітності, пологів, післяпологового періоду, стану новонароджених у 100 жінок із доброякісною патологією шийки матки в анамнезі. Згідно з нормативним документом МОЗ України (Наказ № 676 від 31.12.2004 «Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги «Доброякісні та передракові процеси шийки матки»), «вагітність і патологія ШМ мають взаємний негативний вплив. При вагітності посилюється стимулююча дія на перебіг гіперпластичних процесів у шийці матки». У той же час, багато жінок стають на облік за вагітністю вже з існуючими змінами у ШМ, часто поєднаного характеру. Серед таких змін переважають поєднання інфекційно-запальних процесів із фоновими та передраковими захворюваннями ШМ.

Матеріалом дослідження були результати комплексного обстеження даних жінок у різні терміни вагітності (від 4 до 41 тижня). Обстеження вагітних та породіль проводилось з 2012 по 2014 рік на базі кабінету патології шийки матки жіночої консультатції Ужгородського міського пологового будинку.

За ознаками виявленої патології шийки матки під час кольпоскопічного обстеження жінки були розподілені на групи. 50 вагітних жінок, у яких кольпоскопічно та цитологічно ознак патології шийки матки не виявлено, склали контрольну групу, а 100 жінок мали патологію шийки матки (основна група).

Вік обстежених жінок коливався від 16 до 43 років, але основна кількість вагітних була у віці від 20 до 30 років (72 %). Середній вік склав 22,5 року. До 25 років у контрольній групі вагітних було 22 (44,0 %), в основній – 80 (80,0 %, $p < 0,01$). Тобто, серед жінок основної групи були більш молоді жінки.

Всім вагітним проведено комплексне обстеження, що включало клінічні, мікробіологічні, інструментальні, цитологічні, кольпоскопічні дослідження та визначення мікробіоценозу піхви, а також виявлення інфекцій, що передаються статевим шляхом. При зборі загального анамнезу вивчалися соціальний, професійний, соматичний, акушерський, гінекологічний анамнези. Гінекологічне об-

стеження включало огляд шийки матки в дзеркалах і бімануальне піхвове дослідження.

Для оцінки стану піхвової частини шийки матки проводилось кольпоскопічне дослідження. Цитологічні дослідження проводили на цитологічному матеріалі, взятого із шийки матки, на рівні її каналу, який наносили на скельця у вигляді мазків, останні фіксували у суміші Нікіфорова і фарбували за Паппенгеймом і Папаніколау. На підставі аналізу цитологічних препаратів визначали ступінь змін епітелію слизової оболонки шийки матки. Бактеріоскопію здійснювали по мазках виділень, пофарбованих за Грамом, а також за методикою Романовського-Гімзи, із трьох досліджуваних ділянок (сечівник, канал шийки матки і піхва). Визначали наявність патогенної (трихомонад, дріжджових грибків, гарднерел, коків) та нормальної мікрофлори (палички Додерлейна).

Результати досліджень та їх обговорення. Згідно з нашими даними, у структурі патологічних змін шийки матки під час вагітності 74,0 % належить доброякісній патології епітелію (в тому числі і зворотнім процесам: фізіологічній ектопії вагітних та децидуозу). Під час аналізу патологічних станів епітелію шийки матки, залежно від паритету пологів та за наявністю псевдоерозії до останньої вагітності виявлено, що у повторнородячих під час вагітності різко збільшується кількість доброякісних змін, саме через появу фізіологічної ектопії призматичного епітелію, обумовлених зміною гормонального балансу та ділянок децидуозу; у жінок, котрі народжували вперше, кількість цих змін збільшується незначно.

Про відсутність або наявність патології шийки матки до цієї вагітності (ектопії, поліп каналу шийки матки, дисплазії епітелію) у кожної жінки дізнавались із даних анамнезу та амбулаторних карт. Із 150 обстежених вагітних у 100 (100,0 %) жінок (80 – першородячих та у 20 – повторнородячих) була доброякісна патологія шийки матки. З лікувальною метою, ще до цієї вагітності, діатермоелектрокоагуляція (ДЕК) та кріодеструкція (КД) шийки матки була застосована відповідно у 19 (19,0 %) та 12 (12,0 %) жінок, діатермоконізація (ДК) – у 3 (3,0 %), медикаментозна терапія – у 21 (21,0 %) жінки.

Було визначено високу частоту екстрагенітальної патології у обстежених пацієнток. Мала місце тенденція до зростання захворювань нирок, анемії вагітних, хронічних захворювань сечостатевої системи, ожиріння у жінок основної групи. Цікаво, що у всіх обстежених групах жінок спостерігається висока частота штучних та самовільних абортів. Відомо, що при проведенні абортів травмується шийка матки та стає більш чутливою до дії екзогенних факторів, у тому числі і вірусів.

Аналіз репродуктивної функції показав, що у переважної більшості жінок дані пологи були першими. Аналізуючи терміни настання пологів встановлено, що у 89,0 % жінок контрольної групи

та у 78,0 % вагітних основної групи – пологи були своєчасними; в інших – відсоток своєчасних пологів зменшувався, внаслідок збільшення відсотка передчасних пологів. Розриви шийки матки під час пологів мали місце у 4 (8,0 %) жінок контрольної групи та у 15 (15,0 %) основної групи. Частота проведення кесаревого розтину у вагітних із доброякісною патологією шийки матки становила 12,0 %. Аналіз ускладнень перебігу пологів показав, що слабкість пологової діяльності (затяжні пологи) частіше траплялась у жінок основної групи (29,0 %); відповідно в контрольній – 10,0 % ($p < 0,05$).

У післяпологовому періоді у більшості породіль були ускладнення. Після пологів спостерігались: субінволюція матки, ендометрит, пієлонефрит, анемія (12 %, $p < 0,05$).

Стан новонароджених (оцінка по Апгар): 9-10 балів був у 39 (78,0 %) жінок контрольної групи, у порівнянні з основною групою – у 62 (62,0 %). Нижчу оцінку в 7-8 балів по Апгар для новонароджених отримали відповідно – у 12 (12,0 %) жінок основної групи та у 4 жінок контрольної групи (8,0 %). Таким чином, збільшилась кількість дітей, які народились із асфіксією. Також у дітей матерів збільшилась частота адаптаційних ускладнень: тремор, аномальна м'язова активність, зниження рефлексів.

Вагітність різко обмежує кількість дозволених до використання препаратів, особливо на ранніх її термінах. Але добре відомо, що моноінфекція трапляється в сучасних умовах дуже рідко (8–27,5 %, за даними різних авторів), тож постає потреба в появі комплексних антимікробних препаратів, які відповідали б вимогам сьогодення: нешкідливість під час вагітності; бактерицидна дія на якомога більший спектр збудників з одночасним зменшенням кількості ліків, що призначаються вагітній; мінімальне всмоктування з поверхні піхви, що зменшує алергізацію організму вагітної та є нешкідливим для плода; висока ефективність для плода, зручність застосування; доступність для користувачів.

Захворювання шийки матки інфекційного генезу у вагітних, етіопатогенетично пов'язані з мікробіоценозом піхви, рН її вмісту. Їх перебіг погіршується на тлі фонових та передракових станів ШМ, водночас тривалий їх перебіг сприяє посиленню проліферативних процесів у тканинах ШМ. Склад мікрофлори каналу шийки матки та піхви значно погіршується в бік переважання умовно-патогенної та патогенної мікрофлори саме на тлі патологічних станів ШМ (згідно з Наказом МОЗ України № 906 від 27.12.2006 «Про затвердження клінічного протоколу з акушерської допомоги «Перинатальні інфекції»») [6, 7, 8].

Як відомо, на характер та ступінь вираженості запального процесу в геніталіях впливає кількісний та якісний склад мікроорганізмів, що його викликають. Склад мікрофлори піхви залежить від

віку й фізіологічного стану організму жінки, стану її гормонального фону. У здорових жінок репродуктивного віку загальна кількість мікроорганізмів у піхвових виділеннях становить 6–8,5 lg КУО/мл (або на 1 грам) і складається з різноманітних видів, число яких може досягати 40 і більше. Домінуючими бактеріями у піхвовому середовищі є *Lactobacillus spp.* (95–98 %). Крім цього, у піхві виявляються непатогенні коринібактерії й коагулонегативні стафілококи [1].

Під час вагітності під впливом гормонів жовтого тіла, а потім і плаценти, слизова оболонка піхви потовщується, еластичність клітин проміжного шару збільшується, синтез глікогену в них відбувається з максимальною інтенсивністю. Одночасно може збільшуватись кількість мікроорганізмів, стійких у кислих середовищах, – генітальних мікоплазм і дріжджових грибків, що, у свою чергу, змінює рН середовища піхви і призводить до місцевого порушення імунітету її слизової оболонки й розвитку дисбактеріозу [1, 2].

У переважній більшості обстежених жінок – 88 (88,0 %) при кольпоскопічному обстеженні були виявлені ознаки доброякісної патології, а саме – ектопія циліндричного епітелію, доброякісна зона трансформації: незакінчена та закінчена, децидуоподібні зміни (62 %, $p < 0,05$). З метою подальшого відновлення біоценозу піхви після санації статевих шляхів вагітним слід проводити заселення нормальною мікрофлорою шляхом призначення специфічних біологічних препаратів. До таких препаратів належать пробіотики – речовини, що містять живі висушені клітини молочнокислих бактерій. Найбільш ефективними є культури з високою антагоністичною активністю відносно широкого спектра патогенних мікроорганізмів. Проте багато існуючих пробіотиків місцевого застосування містять лакто- і біфідобактерії кишкового походження, які не здатні ефективно приживатися в піхві через низькі адгезивні властивості щодо піхвових епітеліоцитів. Результатом цього лікування може бути нестійкий клінічний ефект. Тому патогенетично обґрунтованим є диференційоване призначення на другому етапі санації пробіотиків специфічної дії (окремо для мікрофлори піхви, кишки, сечових шляхів).

Висновки. 1. Важливим є виявлення та лікування патології шийки матки ще на етапі планування вагітності, оскільки під час неї лікарі обмежені в діагностичних та лікувальних заходах.

2. Починати будь-які дії у вагітних із патологією шийки матки слід із визначення особливостей мікробіоценозу піхви та каналу шийки матки, чутливості знайдених мікробних агентів до антибіотиків та проведення адекватної санації.

3. Перебіг пологів у жінок із доброякісною патологією шийки матки часто ускладнюється: передчасними пологами, слабкістю пологової діяльності, розривами шийки матки тощо.

4. Регрес доброякісної патології шийки матки залежить від характеру ураження, паритету пологів, методу пологорозршення, пологової травми шийки матки, стану місцевого імунітету та видового спектра мікрофлори.

5. Існує необхідність розробки комплексу лікувально-профілактичних заходів для покращення акушерських та перинатальних аспектів у жінок із доброякісною патологією шийки матки в анамнезі.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Акушерство: национальное руководство / [Айламазян Э.К., Кулаков В.И., Радзинский В.Е., Савельева Г.М.]. — М.: ГЭОТАР—Медиа, 2007. — 1200 с.
2. Волошина Н.Н. Мониторинг патологии шейки матки у беременных / Н.Н. Волошина, О.Ю. Петрова, Т.П. Кузнецова [и др.] // Здоровье женщины. — 2007. — № 2(30). — С. 63—67.
3. Жабченко І.А. Профілактика та лікування найближчих та віддалених наслідків пологових травм м'яких тканин родового каналу / І.А. Жабченко, О.М. Бондаренко, Т.М. Коваленко [та ін.] // Здоровье женщины. — 2006. — № 2. — С. 95—98.
4. Коханевич Є.В. Алгоритм лікування вагітних з патологією шийки матки / Є.В. Коханевич, А.А. Суханова // Жіночий лікар. — 2010. — № 6(32). — С. 16—18.
5. Краснопольский В.И. Значение комплексного ультразвукового исследования в диагностике полиповидных образований шейки матки во время беременности / В.И. Краснопольский, Н.В. Зароченцева, Л.И. Титченко, [и др.] // Российский вестник акушера-гинеколога. — 2007. — № 2. — С. 51—54.
6. Руководство по эффективной помощи при беременности и рождении ребенка / М. Энкин, М.Кейрс, Д. Нейлсон [и др.] [пер. с англ. / под ред. А.В. Михайлова]. — СПб.: Петрополис, 2003. — 480 с.
7. Туманова Л.Е. Микроэкология влагалища и цервикального канала у беременных с патологией шейки матки / Л.Е. Туманова, О.В. Коломиец // Здоровье женщины. — 2005. — № 2(22). — С. 46—48.
8. Чайка В.К. Эндометриоз вагинальной части шейки матки. Особенности патогенезу / В.К. Чайка, В.О. Каверіна // Новости медицины и фармации. — 2009. — № 275. — С. 64—66.
9. Якимова Т.П. Влияние неспецифического кольпита и цервицита на интеграцию вируса папилломы человека 16 типа в геном у больных с фоновыми заболеваниями и предраком шейки матки / Т.П. Якимова, С.М. Карташов, О.А. Белодед [и др.] // Здоровье женщины. — 2005. — № 2(22). — С. 97—99.

N.Yu. BYSANA

Uzhhorod National University, Faculty of Medicine, Department of Obstetrics and Gynecology, Uzhhorod

OBSTETRIC AND PERINATAL ASPECTS OF BENIGN CERVICAL PATHOLOGY

The paper highlights obstetric and perinatal aspects of benign cervical pathology, especially genital tract microbiota in women with this pathology. Regression benign cervical pathology depends on the nature of the lesion, parity childbirth method polohorozrshennya, birth trauma cervix, state and local immunity specific range of organisms. The complex treatment and preventive measures to improve obstetric and perinatal aspects in women with benign cervical pathology in history. Specified on the importance of detection and treatment of cervical pathology still at the planning stage of pregnancy.

Key words: cervix, cervical canal, childbirth, microbiocenosis vagina, genital tract, viral infection, reproductive function

Стаття надійшла до редакції: 10.10.2014 р.