

Проблеми перебігу вагітності у жінок з оперованою шийкою матки

А.Г. Корнацька, М.В. Цвігун, О.О. Ревенько

Відділення реабілітації репродуктивної функції жінок ДУ «Інституту педіатрії, акушерства і гінекології НАМН України», м. Київ

Проведений аналіз перебігу вагітності у жінок з оперованою шийкою матки показав, що застосування радикальних і травматичних методів лікування захворювань шийки матки призвело до збільшення кількості запальних процесів у піхві (57,5%).

Найбільш виражені зміни за даними цервікометрії виявлені в групі жінок після діатермокоагуляції шийки матки. Після проведених діатермокоагуляції і кріодеструкції достовірної різниці не виявлено. У жінок після лазерної вапоризації довжина шийки матки мала нормальні показники протягом вагітності, що може свідчити про мінімальні пошкодження, які відчуває шийка матки при лікуванні даним методом.

Ключові слова: оперована шийка матки, істміко-цервікальна недостатність, вагітність, ускладнення.

Під час вагітності в організмі жінок виникають численні і складні фізіологічні, адаптаційно-захисні зміни. Вони визначають гомеостаз і нормальне функціонування органів та систем, сприяють правильному розвитку плода, готують організм до пологів і годування новонародженого.

Шийка матки під час вагітності є унікальною структурою, створеною, насамперед, для утримання плода у порожнині матки до його повної зрілості. Цю функцію шийка матки може виконувати лише в разі повної спроможності, що забезпечується нормальною клітинною структурою, відсутністю активації мікрофлори піхви та каналу шийки матки, генетично детермінованою спроможністю сполучної тканини, адекватними обмінними та проліферативними процесами в організмі під час вагітності [1, 2]. Усі основні наведені вище дані про зміни під час вагітності свідчать про їхню складність, мають пристосувальний характер, поєднання їх визначає процес продовження роду [3–5].

Одним із наслідків перенесених оперативних втручань на шийці матки у жінок репродуктивного віку є невиношування вагітності – важлива проблема сучасного акушерства. З року в рік проводять багато досліджень, присвячених вивченню етіології, лікуванню та профілактиці невиношування вагітності, однак частота даної патології складає від 10% до 35% від числа вагітностей і не має стійкої динаміки до зниження [6–8].

Серед етіологічних факторів невиношування вагітності особливе значення має істміко-цервікальна недостатність (ІЦН), яка є однією із головних причин переривання вагітності з 15–16 та передчасних пологів до 28 тиж гестації. Поширеність цієї патології шийки матки складає 18,7–34% [3, 7–10]. Найчастіше ІЦН розвивається внаслідок травматичного ушкодження істмічного відділу шийки матки після штучних абортів, пологів великим плодом, стрімких пологів, пологів, які ускладнилися травмою шийки матки, проведених хірургічних втручань на ній. Передчасні пологи є не тільки медичною, але й соціальною проблемою, що, в першу чергу, пов'язано з їх перинатальними наслідками: захворюваність і смертність недоношених новонароджених у 40 разів вище, ніж доношених. Незважаючи на вдосконалення знань

про чинники ризику і механізми передчасних пологів, а також розроблення сучасних превентивних заходів, частота народження недоношених дітей не знижується [6, 11].

Раннє виявлення загрози передчасних пологів – ключ до успішного ведення вагітної. Не дивлячись на досягнені успіхи, можливе більш ефективне зниження перинатальної смертності і захворюваності за рахунок створення умов для зберігання вагітності та своєчасного виявлення факторів ризику переривання вагітності [10, 12].

Мета дослідження: аналіз перебігу вагітності у жінок з оперованою шийкою матки залежно від методу хірургічного лікування шийки матки (діатермокоагуляція, кріодеструкція, лазерна вапоризація, діатермокоагуляція, поліпектомія на шийці матки).

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

У дослідженні брали участь 120 вагітних, які мали оперативні втручання на шийці матки в анамнезі, і 30 вагітних склали групу порівняння – групу здорових жінок.

Жінки були розподілені по групах залежно від отриманого методу оперативного лікування захворювань шийки матки в анамнезі наступним чином: 1-а група – 30 жінок, яким проводили діатермокоагуляцію шийки матки; 2-а група – 30 жінок, яким проводили кріодеструкцію шийки матки; 3-я група – 30 жінок, яким проводили лазерну вапоризацію шийки матки; 4-а група – 30 жінок, яким проводили діатермокоагуляцію шийки матки.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Як видно з табл. 1, переважну більшість у дослідженні склали жінки віком від 26 до 30 і від 31 до 36 років і дорівнювали 42,7% і 28,0% відповідно. Лише вагітні 20–25 років склали переважну більшість серед обстежених жінок 3-ї групи.

Вивчення сексуального анамнезу дозволило встановити, що більша частина обстежених вагітних почала статеве життя у віці 17 і 18–25 років (23,3% і 57,3% відповідно). Ранній початок статевого життя (з 15 років) зафіксований переважно у жінок 1-ї та 4-ї груп і складає 10,0%.

При вивченні особливостей менструального циклу у всіх обстежених жінок виявлено початок менархе, у переважній більшості, у віці 10–14 років.

Середня тривалість регулярного менструального циклу у вагітних досліджуваних груп складала 27,3 дня, менструації – 5,2 дня, менструальна крововтрата – від 20 до 50 мл за добу.

Показаннями до проведення оперативних втручань на шийці матки у вагітних 1-ї, 2-ї та 3-ї груп у більшості випадків була ерозія шийки матки в анамнезі – 30 (100%), 27 (90,0%) і 29 (96,7%) відповідно (див. табл. 1). Жінки 4-ї групи здебільшого проходили лікування у зв'язку з дисплазією шийки матки – 17 (56,7%).

З наведених в табл. 2 даних видно, що найбільш виражені запальні процеси у піхві під час теперішньої вагітності виражені у тих жінок, які в анамнезі отримували лікування пато-

Таблиця 1

Показання до проведення оперативних втручань на шийці матки в анамнезі у обстежених вагітних, абс. число (%)

Групи вагітних	n	Показання до операції на шийці матки		
		Ерозія шийки матки	Дисплазія шийки матки	Ерозія у поєднанні з дисплазією шийки матки
1-а	30	30 (100,0)	-	-
2-а	30	27 (90,0)	2 (6,7)	1 (3,3)
3-я	30	29 (96,7)	1 (3,3)	-
4-а	30	12 (40,0)	17 (56,7)	1 (3,3)
Усього	120	98 (81,7)	20 (16,7)	2 (1,7)

Таблиця 2

Патологічні стани піхви у обстежених вагітних, абс. число (%)

Групи вагітних	n	Неспецифічний вагініт	Кандидозний вагініт	Бактеріальний вагіноз (гарднерельоз)
1-а	30	9 (30,0)	8 (26,7)	2 (6,7)
2-а	30	8 (26,7)	13 (43,3)	2 (6,7)
3-я	30	4 (13,3)	6 (20,0)	2 (6,7)
4-а	30	10 (33,3)	4 (13,3)	1 (3,3)
Контроль	30	3 (10,0)	3 (10,0)	-
Усього	150	34 (22,7)	34 (22,7)	7 (4,7)

Таблиця 3

Загальна кількість випадків патологічних станів піхви у обстежених вагітних з оперативними втручаннями на шийці матки в анамнезі залежно від терміну гестації, абс. число (%)

Термін вагітності (тиж)	Патологічні стани піхви у вагітних		
	Неспецифічний вагініт	Кандидозний вагініт	Бактеріальний вагіноз (гарднерельоз)
До 12	17 (14,2)	6 (5,0)	4 (3,3)
13-21	11 (9,1)	8 (6,7)	2 (1,7)
22-24	1 (0,8)	3 (2,5)	-
25-27	2 (1,7)	3 (2,5)	-
28-32	1 (0,8)	5 (4,2)	-
33-35	-	4 (3,3)	-
36-37	-	2 (1,7)	1 (0,8)

логічних станів шийки матки такими травматичними методами, як діатермокоагуляція, криодеструкція, діатермокоагуляція.

Слід зазначити, що неспецифічний вагініт у вагітних 1-ї групи виявлявся у I триместрі вагітності у 5 (16,7%) випадках, у 13–21 тиж – у 4 (13,3%); кандидозний вагініт був діагностований у 13–21 тиж у 2 (6,7%) випадках, у 22–24 тиж вагітності – у 2 (6,7%), у 30 тиж – у 1 (3,3%), у 34 тиж – у 1 (3,3%), у 36–37 тиж – у 2 (6,7%); а бактеріальний вагіноз зустрічався у I триместрі та в 36 тиж вагітності по 1 (3,3%) випадку відповідно.

У вагітних 2-ї групи неспецифічний вагініт виявлявся у I триместрі вагітності у 5 (16,7%) випадках, у 13–21 тиж – у 2 (6,7%), у 26–27 тиж – у 1 (3,3%); кандидозний вагініт був діагностований у I триместрі вагітності – у 3 (10,0%) випадках, у 13–21 тиж – у 2 (6,7%), у 22–24 тиж – 1 (3,3%), у 25 тижнів – у 1 (3,3%), у 28–32 тиж – у 4 (13,3%), у 34–35 тиж – 2 (6,7%); бактеріальний вагіноз зустрічався у I триместрі і у 13–21 тиж вагітності по 1 (3,3%) випадку відповідно.

У жінок 3-ї групи неспецифічний вагініт виявлявся у I триместрі вагітності у 3 (10,0%) випадках, у 13–21 тиж – у 1 (3,3%); кандидозний вагініт був діагностований у I триместрі вагітності у 2 (6,7%) випадках, у 13–21 тиж – у 3 (10,0%), у 25 тиж – у 1 (3,3%), а бактеріальний вагіноз зустрічався у I триместрі у 2 (6,7%) випадках.

У вагітних 4-ї групи неспецифічний вагініт виявлявся у

I триместрі вагітності у 4 (13,3%) випадках, у 13–21 тиж – у 4 (13,3%), у 27 тиж – у 1 (3,3%), у 32 тиж – у 1 (3,3%); кандидозний вагініт був діагностований у I триместрі вагітності – у 1 (3,3%) випадку, у 13–21 тиж – у 1 (3,3%), у 27 тиж – у 1 (3,3%), у 35 тиж – у 1 (3,3%); а бактеріальний вагіноз зустрічався у 13–21 тиж вагітності в 1 (3,3%) випадку.

При проведенні аналізу стану піхви у жінок контрольної групи виявлено, що неспецифічний і кандидозний вагініти виявлялися лише в термінах 13–21 тиж вагітності.

Узагальнюючи наведені дані (табл. 3) щодо загальної кількості випадків патологічних станів піхви у обстежених вагітних з оперативними втручаннями на шийці матки в анамнезі залежно від терміну гестації видно, що у жінок всіх досліджуваних груп неспецифічний вагініт, кандидозний вагініт і бактеріальний вагіноз зафіксовані переважно до 12 тиж і з 13-го по 21-й тиждень вагітності.

При проведенні бактеріологічного дослідження стану піхви встановлено, що серед збудників запального процесу у піхви у досліджених 150 вагітних перше місце посідають гриби роду *Candida* 10⁴⁻⁶ і сягають 22,7% випадків, друге місце – *Str. faecalis* 10⁴⁻⁵ – 16,7% випадків, третє – *E. coli* 10⁵⁻⁶ – 14,7% випадків. Усі вагітні отримували санацію піхви залежно від виду збудника і за відсутності симптомів загрози переривання вагітності.

При обстеженні вагітних з TORCH-інфекцією виявлено: серед вагітних 1-ї групи носіями вірусу простого герпесу бу-

Загальна кількість випадків загрози невиношування вагітності у обстежених жінок залежно від терміну гестації, абс. число (%)

Групи	n	Термін вагітності (тижні)					
		До 12	13-21	22-23	24-28	29-34	35-36
1-а	30	5 (16,7)	2 (6,7)	1 (3,3)	5 (16,7)	2 (6,7)	2 (6,7)
2-а	30	5 (16,7)	2 (6,7)	1 (3,3)	3 (10,0)	2 (6,7)	-
3-я	30	1 (3,3)	2 (6,7)	1 (3,3)	3 (10,0)	-	-
4-а	30	5 (16,7)	7 (23,3)	3 (10,0)	5 (16,7)	4 (13,3)	1 (3,3)
Контрольна група	30	1 (3,3)	1 (3,3)	-	2 (6,7)	-	-
Усього	150	17 (11,3)	14 (9,3)	6 (4,0)	18 (12,0)	8 (5,3)	3 (2,0)

ли 6 (20,0%) жінок, цитомегаловірусної інфекції – 7 (23,3%), хронічний токсоплазмоз виявлений у 4 (13,3%) вагітних. Серед вагітних 2-ї групи носіями вірусу простого герпесу були 4 (13,3%) жінки, цитомегаловірусної інфекції – 2 (6,7%), хронічний токсоплазмоз – у 4 (13,3%) вагітних. Серед обстежених жінок 3-ї групи носії вірусу простого герпесу – 5 (16,7%) вагітних, цитомегаловірусної інфекції – 4 (13,3%), хронічний токсоплазмоз – у 2 (6,7%). Серед вагітних 4-ї групи носіями вірусу простого герпесу були 5 (16,7%) жінок, цитомегаловірусної інфекції – 4 (13,3%). У групі порівняння носіями вірусу простого герпесу були 11 (36,7%) вагітних, цитомегаловірусної інфекції – 8 (26,7%), хронічний токсоплазмоз діагностований у 1 (3,3%) вагітної.

При обстеженні вагітних з уrogenітальними інфекціями лише у 2 (6,7%) жінок 1-ї групи виявлений уреapлазмоз, у зв'язку з чим вони отримували під час вагітності антибактеріальну терапію (макроліди всередину).

Проведення цервікометрії – один із головних етапів обстеження жінок після будь-яких хірургічних втручань на шийці матки. Отримані дані свідчать, що в терміні з 15 до 18 тиж вагітності довжина шийки матки у жінок 3-ї групи була більшою, ніж у жінок 4-ї групи, і становила відповідно $4,4 \pm 0,1$ та $3,6 \pm 0,3$ ($p < 0,05$).

У 1-й групі у 1 (3,3%) вагітної в 18 тиж була виявлена ПЦН за даними цервікометрії. У даному випадку діагноз ПЦН встановлювали на підставі лійкоподібного розширення внутрішнього вічка до 1,5 см, при довжині шийки матки – 3,2 см. З лікувальною метою пацієнтці був встановлений пesarій з 18 до 38 тиж вагітності.

У 2-й групі в анамнезі в одному випадку в 19 тиж була виявлена ПЦН та встановлений акушерський пesarій при довжині шийки матки 2,6 см та лійкоподібному розширенні внутрішнього вічка до 1,0 см, пesarій видалений у 36 тиж вагітності з початком пологової діяльності.

Серед жінок 3-ї групи протягом динамічного спостереження в динаміці вагітності ПЦН не виявлялась.

При проведенні цервікометрії у жінок 4-ї групи у 2 (6,7%) вагітних на 22-у і 23-у тижні гестації виявлена ПЦН, був встановлений акушерський пesarій при довжині шийки матки 2,6 см і 3,3 см відповідно та лійкоподібному розширенні внутрішнього вічка до 1,5 см, пesarій видалений у 38 тиж з початком пологової діяльності і у 30 тиж вагітності у зв'язку із передчасним розривом плодових оболонок відповідно.

У здорових жінок скринінгову цервікометрію проводили у відповідні терміни вагітності. У 3 (10,0%) вагітних з 15-го по 17-й тиждень вагітності довжина шийки матки складала від 4,0 см до 4,1 см і у 27 (90,0%) вагітних з 18-го по 22-й тиждень вагітності – від 3,7 см до 4,2 см. З 24-го по 28-й тиждень вагітності довжина шийки матки у жінок даної групи не змінювалась, порівняно з терміном вагітності 18–22 тиж, у жодному випадку ПЦН не була зареєстрована.

Підводячи підсумки слід зазначити, що, безумовно, кожен вид оперативного втручання, який виконували обстеже-

ним жінкам напередодні вагітності мав певний вплив на перебіг вагітності та пологів. Більш виражені зміни за даними цервікометрії виявлені в 4-й групі жінок (діатермокоагуляція), довжина шийки матки після проведених діатермокоагуляції та кріодеструкції не мала достовірної різниці. У жінок після лазерної вапоризації довжина шийки матки мала нормальні показники протягом вагітності, що може свідчити про найменші ушкодження, які відбуваються з шийкою матки при лікуванні даним методом.

Аналізуючи наведені дані (табл. 4) можна зробити висновки, що найбільша кількість випадків загрози невиношування вагітності зустрічається серед жінок 1-ї, 2-ї та 4-ї груп. Найбільш критичні періоди вагітності щодо загрози переривання у жінок 1-ї та 2-ї груп – до 12 тиж і з 24-го по 28-й тиждень, а у жінок 4-ї групи – до 12 тиж, з 13-го по 21-й тиждень і з 24-го по 28-й тиждень вагітності.

Усі жінки, які брали участь у дослідженні, із загрозою переривання вагітності до 12 тиж і з 13-го по 21-й тиждень були госпіталізовані, отримували препарати прогестерону (всередині або інтравагінально), спазмолітики (внутрішньом'язово та ректально); у терміні вагітності 22–23 тиж проводили гострий токоліз гiніпралом внутрішньовенно краплинно строком на 48 год, за необхідності призначали препарати прогестерону і спазмолітики; у терміні вагітності 24–28 і 29–34 тиж – жінки отримували препарати прогестерону, спазмолітики, гострий токоліз гiніпралом внутрішньовенно краплинно або ніфедипіном всередину строком на 48 год, профілактику синдрому дихальних розладів у плода дексаметазоном 24 мг внутрішньом'язово; у 35–36 тиж вагітні поступово зменшували підтримувальну дозу препаратів прогестерону і додатково призначали спазмолітики внутрішньом'язово та ректально. У 36 тиж вагітності препарати прогестерону відміняли.

ВИСНОВКИ

Узагальнюючи отримані дані, можна зробити висновки, що виражені запальні процеси у піхві під час теперішньої вагітності (неспецифічний вагініт, кандидозний вагініт і бактеріальний вагіноз) мали місце у тих жінок, які в анамнезі отримували лікування патологічних станів шийки матки такими травматичними методами, як діатермокоагуляція, кріодеструкція, діатермокоагуляція.

Найбільш виражені зміни за даними цервікометрії виявлені в 4-й групі жінок (діатермокоагуляція), довжина шийки матки після проведених діатермокоагуляції та кріодеструкції не мала достовірної різниці. У жінок після лазерної вапоризації довжина шийки матки мала нормальні показники протягом вагітності, що може свідчити про найменші ушкодження, які відбуваються з шийкою матки при лікуванні даним методом.

Таким чином, адекватний підхід до методів оперативного лікування шийки матки, особливо у жінок з нереалізованою репродуктивною функцією, є запорукою фізіологічного перебігу наступної вагітності та зменшення перинатальних втрат.

Проблемы течения беременности у женщин с оперированной шейкой матки

А.Г. Корнацкая, М.В. Цвигун, О.О. Ревенько

Проведенный анализ течения беременности у женщин с оперированной шейкой матки показал, что применение радикальных и травматических методов лечения заболеваний шейки матки привело к увеличению количества воспалительных процессов во влагалище (57,5%).

Наиболее выраженные изменения по данным цервикометрии обнаружены в группе женщин после диатермокоагуляции шейки матки. После проведенных диатермокоагуляции и криодеструкции достоверной разницы не выявлено. У женщин после лазерной вапоризации длина шейки матки имела нормальные показатели в течение беременности, что может свидетельствовать о минимальных повреждениях, которые испытывает шейки матки при лечении данным методом.

Ключевые слова: оперированная шейка матки, истмико-цервикальная недостаточность, беременность, осложнения.

The problems of pregnancy in women operated with the cervix

A.G. Kornatskaya, M.V. Tsvigun, O.O. Revenko

The analysis of the course of pregnancy in women with operated cervix showed that the use of radical and traumatic methods of treatment of cervical disease led to an increase in the number of inflammatory processes in the vagina (57.5%).

The most pronounced changes according cervimeter found in the group of women after cervical diathermoconization. Following the diathermoconization and cryoablation, significant differences were found. In women after laser vaporization cervical length had normal levels during pregnancy, which may indicate the minimum damage experienced by the cervix in the treatment of this method.

Key words: the operated cervix, cervical incompetence, pregnancy, complications.

Сведения об авторах

Корнацкая Алла Григорьевна – ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии Национальной академии медицинских наук Украины», 04050, г. Киев, ул. Платона Майбороды, 8. E-mail: alla.kornatska@gmail.com

Цвигун Марина Витальевна – ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии Национальной академии медицинских наук Украины», 04050, г. Киев, ул. Платона Майбороды, 8

Ревенько Олег Александрович – ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии Национальной академии медицинских наук Украины», 04050, г. Киев, ул. Платона Майбороды, 8; тел.: (044) 483-38-61

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Брехман Г.И. Шейка матки: преобразования в связи с родовым процессом. / Жіночий лікар. – 2010. – № 6 (32). – 5–11 с.
2. Кокрановское руководство: Беременность и роды / Д.Ю. Хофмейер, Д.П. Нейлсон, З. Алфиревич и др. / Под общ. ред. Г.Т. Суких. Пер. с англ. В.И. Кандрора, О.В. Ереминой. – М.: Логосфера, 2010. – 440 с.
3. Акушерство: национальное руководство. / Под ред. Э.К. Айламазяна, В.И. Кулакова, В.Е. Радзинского, Г.М. Савельевой. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 1200 с.
4. Айламазян Э.К. Акушерство. – Санкт-Петербург, 2005. – 420 с.
5. Течение и исходы родов в зависимости от уровня эстрадиола в крови беременных женщин. / А.Р. Плоский, Ж.К. Авер, И.Г. Земляной, С.И. Усков / Сборник научных трудов и материалов международного научного симпозиума и научно-практической конференции «Современные перинатальные медицинские технологии в решении проблем демографической безопасности. Современные технологии инвазивной диагностики и лечения патологии плода», Минск, 24–25 ноября 2010 г. – 127–128 с.
6. Чайка В.К., Демина Т.Н. Невынашивание беременности: проблемы и тактика лечения. ООО «Норд Пресс», 2006. – 321 с.
7. Коханевич Е.В. Актуальные вопросы акушерства, гинекологии и репродуктологии. – М., 2006. – 456 с.
8. Сидельникова В.М., Ходжаева З.С., Агаджанова А.А. и др. Актуальные проблемы невынашивания беременности. – М., 2001. – 167 с.
9. Василенко В.А., Гордиенко И.Ю. Истмико-цервикальная недостаточность: все еще клинико-диагностическая проблема? // Ультразвуковая перинатальная диагностика. – 2005. – № 18. – С. 21–30.
10. Мацынин А.Н. Клиническая оценка эффективности лечения истмико-цервикальной недостаточности // Репродуктивное здоровье женщины. – 2003. – № 4 (16). – С. 31–33.
11. Сидельникова В.М., Ходжаева З.С., Агаджанова А.А. и др. Актуальные проблемы невынашивания беременности. – М., 2001. – 167 с.
12. Тихомиров А.Л., Лубнин Д.М. Привычное невынашивание беременности. Методическое пособие для врачей – акушеров-гинекологов. – М., 2008. – 433 с.

Статья поступила в редакцию 15.09.2015