

Профілактика передчасних пологів у жінок із доброякісною патологією шийки матки в анамнезі

О. О. Корчинська, Н. Ю. Бисага
Ужгородський національний університет

У статті наведений розроблений нами профілактично-лікувальний комплекс, який дозволяє знизити частоту ранніх та пізніх мимовільних абортів, передчасних пологів, зменшити плацентарну дисфункцію, аномалії пологових сил, дистрес плода, відсоток кесаревих розтинів, патологію післяпологового періоду у жінок із доброякісною патологією шийки матки (ШМ) в анамнезі.

Мета дослідження: зниження частоти передчасних пологів у жінок із доброякісною патологією ШМ в анамнезі на підставі вивчення клініко-мікробіологічних та ендокринологічних особливостей, а також використання розробленого комплексу профілактично-лікувальних заходів.

Матеріали та методи. Дослідження було проведено у два етапи. На першому етапі вивчали особливості перебігу вагітності, пологів, післяпологового і неонатального періодів у 50 пацієнток із доброякісною патологією ШМ в анамнезі, яким проводили загальноприйняті профілактично-лікувальні заходи (I основна група); для порівняльної характеристики вивчали аналогічні параметри у 50 акушерски та соматично здорових першороділь (контрольна група).

На другому етапі проводили клінічне та інструментально-лабораторне оцінювання розробленого нами профілактично-лікувального комплексу, що використовували до та під час вагітності у 50 жінок із доброякісною патологією ШМ в анамнезі (II основна група).

Результати. Використання запропонованого лікувально-профілактичного комплексу запобігало рецидивам доброякісної патології ШМ за результатами кольпоскопічного та цитологічного досліджень – 26% у II основній групі проти 62% у I основній групі ($p < 0,05$). Не зафіксовано жодного випадку недоношеності чи перинатальної смерті у новонароджених від матерів, яким призначали запропонований нами профілактично-лікувальний комплекс.

Заключення. Розроблений нами профілактично-лікувальний комплекс включає застосування, починаючи з ранніх термінів вагітності, натурального мікронізованого прогестерону, діосміну, бурштинової кислоти, левокарнітину та місцевого антисептика із пробіотиком, дозволяє знизити частоту передчасних пологів та інших акушерських і перинатальних ускладнень. Це сприяє покращенню результатів розродження у жінок із доброякісною патологією шийки матки в анамнезі.

Ключові слова: вагітність, пологи, доброякісна патологія шийки матки, фетоплацентарний комплекс.

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

Серед різних чинників ризику невиношування вагітності все більшого значення набувають гінекологічні захворювання, особливо патологія шийки матки (ШМ). Успіхи сучасної ендокринології до сьогодні створили передумови до розуміння генезу порушень репродуктивної системи і забезпечили можливість глибшого розуміння механізмів невиношування вагітності на тлі різних патологічних змін ШМ. Останніми роками у структурі генітальної патології провідне місце посідають різні патологічні зміни ШМ, діагностика і лікування яких на сучасному етапі викликають серйозні труднощі, особливо у ранні терміни вагітності. У той самий час у вагітних з патологією ШМ відзначається підвищений ризик розвитку різних акушерських і перинатальних ускладнень, а існуючі лікувально-профілактичні заходи не завжди ефективні [4, 5, 7].

Патологія ШМ – найбільш поширене захворювання серед жіночого населення. Патологічні зміни епітелію ШМ завжди супроводжуються розвитком клінічно вираженого доброякісного фонового процесу. Вагітність та патологія ШМ мають взаємний негативний вплив. Останнім часом відзначається тенденція до підвищення частоти виявлення даних захворювань під час вагітності у жінок репродуктивного віку. Зростання частоти даної патології зумовлено як складними соціально-економічними умовами, так і змінами екології, раціону, збільшення кількості стресових ситуацій у житті сучасної жінки [3, 4].

Дані літератури, які стосуються дослідження патологічних змін в організмі жінок із доброякісною патологією ШМ, дозволяють вважати, що ці захворювання формуються в умовах порушення мікроциркуляції, тканинної та клітинної гіпоксії [5, 6]. Є численні дані про важливу патологічну роль гормональних змін у виникненні цього стану. Важливе значення мають фактори росту, а також позаклітинний матрикс, що бере участь у розвитку та диференціюванні клітини і може впливати на процеси, які відбуваються всередині них. Під час вагітності, як правило, доброякісна патологія ШМ має тенденцію до рецидиву, тому досить складно прогнозувати наслідки як для матері, так і для плода [8].

Мета дослідження: зниження частоти передчасних пологів у жінок із доброякісною патологією шийки матки в анамнезі на підставі вивчення клініко-мікробіологічних та ендокринологічних особливостей, а також використання розробленого комплексу профілактично-лікувальних заходів.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Дослідження було проведено у два етапи. На першому етапі вивчали особливості перебігу вагітності, пологів, післяпологового і неонатального періодів у 50 пацієнток із доброякісною патологією ШМ в анамнезі, яким проводили загальноприйняті профілактично-лікувальні заходи (I основна група); для порівняльної характеристики вивчали ана-

логічні параметри у 50 акушерськи та соматично здорових першороділь (контрольна група).

На другому етапі проводили клінічне та інструментально-лабораторне оцінювання розробленого нами профілактично-лікувального комплексу, що використовували до та під час вагітності у 50 жінок із доброякісною патологією ШМ 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». Воно складалося з комплексного лікування запальних процесів, у тому числі ШМ до вагітності, а під час вагітності – з вітамінотерапії, застосування препаратів йоду з урахуванням ендемічної зони.

Розроблена нами профілактично-лікувальна методика – це використання під час вагітності у терміні до 12 тиж препарат мікронізованого натурального прогестерону у дозі 200 мг на добу вагінально. Для контролю у 22–24 тиж вагітності проводили ультразвукову цервікометрію. Під час діагностики у разі виявлення довжини ШМ менше 25 мм та лійкоподібного розширення каналу ШМ пролонгували застосування препарату того самого мікронізованого прогестерону у дозі 200 мг на добу вагінально до 34 тиж вагітності.

Із метою профілактики плацентарної дисфункції призначали також препарати: діосмін у дозі 600 мг по 1 таблетці один раз на добу до або під час їди протягом 3 тиж перорально (з повторенням курсу терапії через місяць), бурштинову кислоту у дозі 500 мг по 1 таблетці тричі на добу протягом 10 днів перорально у терміні 10–12, 20–22, 32–34 тиж вагітності та левокарнітин у дозі 200 мг два рази на добу всередину за 30 хв до їди протягом 14 днів у ці самі терміни вагітності.

Із метою профілактики дисбіозу піхви та рецидиву на цьому тлі патології ШМ жінкам призначали у терміні 10–12, 20–22 та 32–34 тиж вагітності вагінальні таблетки із деквалінієм хлориду – по одній вагінальній таблетці один раз на ніч вагінально протягом 6 днів та пробіотики – по одній капсулі два рази на добу перорально протягом десяти днів у терміні 10–12, 20–22 та 32–34 тиж вагітності.

Клінічні методи дослідження включали вивчення насамперед анамнестичних даних, при цьому проводили оцінювання менструальної, статевої, дітородної функцій, а також даних, що стосувалися діагностики та лікування доброякісної патології ШМ до настання даної вагітності. Окрім цього, проводили оцінювання наявності у минулому іншої генітальної та екстрагенітальної патології. У ході збору анамнезу ретельну увагу приділяли наступним даним: вік менархе, характер становлення і можливі причини порушення менструальної функції, наявність екстрагенітальної патології та гінекологічних захворювань. З'ясували репродуктивний анамнез: результати вагітностей (пологи, аборти, ектопічна вагітність). Брали до уваги застосовувані пацієнтками методи і засоби контрацепції, звертали увагу на наявні в анамнезі захворювання, що передаються статевим шляхом. Особливу увагу приділяли діагностованим раніше захворюванням ШМ, тривалості виявленої патології, застосовуваним методам лікування, виявленню чинників, що спричинюють розвиток рецидивів. Проводили аналіз скарг пацієнок щодо наявності локальних проявів, характеру перебігу інфекції і т.д.

Ультразвукове дослідження проводили на ультразвуковому апараті «Aspen» (Acuson) та Accusix XQ-EXP (Medison) із застосуванням трансвагінальних мультисекторних датчиків 5–7 МГц, включаючи кольорове доплерівське картування (КДК) та імпульсну доплерометрію вагінальної частини ШМ з визначенням індексу резистентності (ІР), оцінювали кількісні показники об'ємного кровотоку: індекс васкуляризації (VI), індекс кровотоку (FI). Ехографічне сканування матки дозволяє визначити термін гес-

тації, стан і розміри плода. Трансвагінальне ультразвукове дослідження дозволяє оцінити довжину і структуру ШМ, стан каналу ШМ, визначити наявність у ньому об'ємних утворень. Застосування КДК та імпульсної доплерометрії дозволяє визначити характер васкуляризації об'ємного утворення ШМ. У I триместрі вагітності визначали такі дані: місце розташування плідного яйця, вимірювання куприково-тім'яного розміру ембріона, носових кісток, шийної складки, наявність ознак життя плода (серцебиття та рухи). У II та III триместрах звертали увагу на таке: наявність вроджених вад розвитку плода, його положення та передлежання, визначали кількість амніотичної рідини, локалізацію плаценти, гестаційний вік та масу плода.

Стан матково-плацентарного та плацентово-плацентарного кровообігу оцінювали за допомогою методу доплерометрії, застосовували комбінований датчик із частотою 3,5 МГц, що працює в імпульсному режимі, і частотний фільтр на рівні 100 Гц. Нестресовий тест проводили після 30 тиж вагітності. Тривалість запису становила не менше 20 хв. Нормальний нестресовий тест включав, як мінімум, 2 акцелерації протягом двадцятихвилинного періоду тестування, що досягають піку 15 ударів за хвилину вище базової лінії і мають тривалість якнайменше 15 с. Базова частота серцебиття плода має перебувати у межах нормального діапазону 110–170 уд. за 1 хв.

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

Матеріалом для цитологічного дослідження був зскрібок із перехідної зони багатошарового плоского і циліндричного епітелію ШМ, а також із патологічної ділянки епітелію, попередньо виявленої методом розширеної кольпоскопії. Для отримання матеріалу використовували шпатель Ейра (для взяття мазків із ектоцервіксу, перехідної зони і нижньої третини каналу ШМ). Для взяття ектоцервікальних мазків використовували ендобраш (Cervix-Brush).

Кольпоскопічне дослідження проводили за допомогою кольпоскопа зі спеціальним освітленням (апарат фірми Sicherung 0.2 A). Під час простої (оглядової) кольпоскопії визначали форму і величину ШМ, стан її поверхні і зовнішнього зіву, наявність і характер розривів, межу плоского і призматичного епітелію, колір і рельєф слизової оболонки ектоцервіксу, особливості судинного малюнка, а також оцінювали характер виділень. Розширену кольпоскопію проводили за загальноприйнятою методикою із обов'язковим оглядом шкірних покривів і слизових оболонок аногенітальної ділянки.

З метою отримання інформації про наявність інфекції генітального тракту проведено мікробіологічне дослідження. Для визначення вагінальної мікрофлори проводили мікроскопію мазків із заднього склепіння. Мікроскопію проводили із використанням світлового мікроскопа фірми «ZEISS» при збільшенні у 100 разів. Бактеріологічний (культуральний) метод дослідження проводили за рахунок посіву досліджуваного матеріалу, взятого в асептичних умовах із каналу ШМ, на спеціальні середовища.

Молекулярно-біологічні методи: полімеразно-ланцюгова реакція (ПЛР), в основі якої лежить багаторазове збільшення числа копій специфічної ділянки ДНК (так звана ампліфікація ДНК). Матеріал (зскрібок із каналу ШМ та сечівника), що містить епітелій, отримували за допомогою одноразового зонда зі щіточкою. Щіточки з матеріалом вміщували у стерильну одноразову пробірку типу «Еппен-

дорф» об'ємом 1,5 мл. За допомогою ПЛР визначали наявність або відсутність певної послідовності нуклеотидів ДНК у ВПЛ, та бактерій роду *Chlamydia*, *Mycoplasma*, *Ureaplasma*.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Середній вік жінок у контрольній групі становив $23,1 \pm 1,1$ року, а у двох основних був достовірно вищий: у I групі – $30,4 \pm 1,2$ року та у II групі – $30,2 \pm 1,4$ року ($p < 0,05$). Установлені вікові відмінності у контрольній та основних групах були зумовлені високою частотою безплідності, невиношування вагітності у жінок із доброякісною патологією ШМ в анамнезі.

Під час аналізу особливостей менструальної функції привертає увагу значна частота порушень менструального циклу у жінок основних груп. Так, аномальні маткові кровотечі достовірно частіше діагностували у жінок I та II груп – відповідно 34 та 40 пацієнток, або 68% та 80%. На відміну від цього у жінок контрольної групи дані порушення фіксували у 6 випадках – 12% ($p < 0,05$).

Під час дослідження особливостей репродуктивного анамнезу було встановлено, що у жінок основних груп достовірно частіше мали місце артифіційні аборти – 20 (40%) та 18 (36%) випадків у I та II групах відповідно, у той час як у контрольній групі їх не фіксували (0%; $p < 0,05$). Під час вивчення даного анамнезу виявлена висока частота ОАА. В анамнезі більшості пацієнток виявлено високу частоту втрат вагітностей. Достовірно частіше у жінок I та II основних груп виявляли в анамнезі епізоди спонтанних втрат вагітностей у I та II триместрах – відповідно у 26 (52%) та 28 (56%) пацієнток, що було достовірно вище, ніж у контрольній групі – у 6 (12%) пацієнток ($p < 0,05$). Слід відзначити, що втрату підряд двох та більше вагітностей мали 14 (28%) пацієнток I та 16 (32%) жінок II основних груп, на відміну від контрольної, де звичне невиношування не було діагностовано у жодному випадку.

Передчасні пологи також частіше фіксували у жінок із доброякісною патологією ШМ в анамнезі, зокрема у 22–26 тиж відповідно у 8 (16%) та 6 (12%) жінок I та II основних груп; у 27–32 тиж – у 6 (12%) та 8 (16%) пацієнток даних груп; у 33–37 тиж – у 6 (12%) та 4 (8%) жінок основних груп відповідно, що достовірно частіше, ніж у контрольній групі, де передчасних пологів не було виявлено в анамнезі жодної жінки.

Безплідність достовірно частіше також діагностували у жінок основних груп: відповідно у 14 (28%) та 20 (40%) жінок I і II основних груп проти 6 (12%) жінок у контрольній групі ($p < 0,05$). Зазначені відмінності зумовлені, на нашу думку, наявністю гормональних порушень та запальних процесів у жінок із доброякісною патологією ШМ в анамнезі, що призводить до ендокринної, трубно-перитонеальної, імунологічної форм безплідності.

В анамнезі більшості пацієнток виявлено високу частоту гінекологічних захворювань у минулому. Привертає увагу висока частота супутньої генітальної патології у цих жінок. Зокрема, у жінок основних груп достовірно частіше, ніж у контрольній, фіксували такі захворювання, як хронічний сальпінгоофорит – у 36 (72%) та 34 (68%) випадках відповідно проти 4 (8%) спостережень у контрольній групі ($p < 0,05$); фолікулярні кісти яєчників – у 18 (36%) та 20 (40%) у I та II основних групах проти 2 (4%) випадків у контрольній ($p < 0,05$); хронічні вагініти та вульвовагініти – у 16 (32%) та 14 (28%) випадках у I та II основних групах проти 4 (8%) спостережень у контрольній групі ($p < 0,05$). Під час оцінювання гінекологічних захворювань в анамнезі констатували високу частоту захворювань, що передаються ста-

тевим шляхом, у пацієнток основних груп (36% і 32% відповідно), на відміну від пацієнток контрольної групи.

Варто відзначити, що у жінок I та II основних груп виявлено високу частоту хронічної екстрагенітальної патології. Так, спостерігалось значне поширення у даних жінок таких захворювань, як хронічний холецистит та панкреатит – відповідно у 12 (24%) та 8 (16%) випадках у I та II основних групах проти 4 (8%) випадків у контрольній групі; хронічний пієлонефрит – у 6 (12%) та 14 (28%) випадках у I та II основних групах відповідно проти 6 (12%) спостережень у контрольній групі; хронічний бронхіт – у 8 (16%) та 14 (28%) спостереженнях у I та II основних групах проти 4 (8%) випадків у контрольній групі. Патологію щитоподібної залози виявлено у 14 (28%) та 18 (36%) випадках у I та II основних групах проти 4 (8%) випадків у контрольній; хронічні синусити – у 6 (12%) та 8 (16%) випадках у I та II основних групах проти 2 (4%) випадків у контрольній групі; серцево-судинну патологію – у 8 (16%) та 10 (20%) спостереженнях у основних групах проти 2 (4%) випадків у контрольній; анемію – у 10 (20%) та 14 (28%) випадках проти 4 (8%) спостережень у контрольній групі ($p < 0,05$). У зв'язку з цим тактика акушерів-гінекологів у лікуванні жінок із супутньою екстрагенітальною патологією повинна бути скерована на їхнє оздоровлення до вагітності.

Бактеріологічне і ПЛР-дослідження зскрібків із каналу ШМ виявили практично у всіх вагітних порушення мікробіоценозу піхви, а також високу частоту інфекцій, що передаються статевим шляхом (ПСПШ). Цікавим є спектр специфічних збудників, що був виділений у жінок основних груп. Так, хламідійну інфекцію діагностують у 32 (64%) жінок I та 34 (68%) жінок II основних груп; генітальну мікоплазму – у 14 (28%) випадків I та 12 (24%) II основних груп; гонокок – у 6 (12%) жінок I та 4 (8%) жінок II основної груп; вагінальну трихомонаду – у 8 (16%) жінок обох основних груп; генітальний герпес – у 12 (24%) I та у 10 (20%) жінок II основних груп. Найчастіше спостерігалися асоціації вірусів, бактерій і грибів; моноінфекцію виявили лише у 25 (25%) пацієнток.

Установлено, що у вагітних із втратами вагітності в анамнезі цитомегаловірус був виявлений у 59%, при цьому частота цієї інфекції при патологічних процесах ШМ вища, ніж у вагітних без доброякісних захворювань ШМ. У вагітних із захворюваннями ШМ частіше, ніж у контрольній групі, виявляли бактеріальну і вірусну інфекцію, а особливо – її поєднані форми. У вагітних із патологією ШМ одну інфекцію виявлено у 9 (9%), дві інфекції – у 32 (32%), три інфекції – у 15 (15%), більше чотирьох інфекцій – у 9 (9%) жінок. Тоді як у вагітних без патологічних процесів ШМ одну інфекцію виявлено у 3 (6%), дві інфекції – у 8 (16%), три інфекції – у 5 (10%) жінок.

Під час вивчення особливостей клінічного перебігу гестаційного процесу у жінок контрольної та I основної груп привертає увагу те, що у першій половині вагітності у жінок із доброякісною патологією ШМ достовірно частіше спостерігалася загроза раннього та пізнього мимовільного аборту – у 34 (68%) жінок проти 6 (12%) – у контрольній групі ($p < 0,01$). Ранні токсикози також достовірно частіше відзначали у жінок I основної групи – 16 (32%) випадків проти 6 (12%) – у контрольній ($p < 0,05$). У жінок із доброякісною патологією ШМ фіксували загострення хронічної екстрагенітальної патології – у 10 (20%) спостереженнях.

У другій половині вагітності питома вага акушерських ускладнень також була достовірно вищою у жінок із доброякісною патологією ШМ в анамнезі. Так, загрозу пізнього мимовільного аборту відзначено у 14 (28%) жінок I основної групи проти 2 (4%) жінок у контрольній групі ($p < 0,01$). Загрозу передчасних пологів фіксували у 30 (60%) випадках у

І основній та 4 (8%) випадках у контрольній групі ($p < 0,01$). Слід зазначити, що наведені ускладнення супроводжувались виникненням плацентарної дисфункції – у 26 (52%) випадках у І та у 2 (4%) випадках у контрольній групі ($p < 0,001$).

Як свідчать результати даних досліджень, у жінок із доброякісною патологією ШМ в анамнезі відзначено високу частоту прееклампсії легкого та середнього ступеня тяжкості у І основній групі порівняно з контрольною – 18 (36%) спостережень проти 4 (8%) відповідно ($p < 0,05$). Прееклампсію тяжкого ступеня фіксували лише у жінок І основної групи – 4 (8%) випадки.

Наслідком гестаційних ускладнень став високий рівень ускладнень пологів у жінок І основної групи порівняно з контрольною. Частота передчасних пологів серед жінок І основної групи становила 12 (24%) випадків, у той час як у контрольній групі не зафіксовано жодного випадку недоношування. Так, у жінок із доброякісною патологією ШМ достовірно частіше констатували такі ускладнення, як: слабкість пологової діяльності – відповідно у 26 (52%) жінок основної та у 10 (20%) жінок контрольної груп ($p < 0,05$); дискоординувана пологова діяльність – у 6 (12%) жінок основної та 2 (4%) – контрольної груп ($p < 0,05$); дистрес плода у пологах – у 12 (24%) жінок основної та 4 (8%) – контрольної груп; передчасне відшарування нормально розташованої плаценти – у 4 (8%) випадках в основній та в 1 (2%) – у контрольній групах ($p < 0,05$).

Розриви пологових шляхів фіксували у 24 (48%) жінок основної групи та у 12 (24%) жінок контрольної ($p < 0,05$); кровотечу у послідовий та ранній післяпологовий періоди – у 8 (16%) жінок основної та 2 (4%) – контрольної груп ($p < 0,05$).

Наведені вище ускладнення призвели до зростання частоти оперативного розродження у жінок із доброякісною патологією ШМ в анамнезі. Так, частота кесарева розтину у жінок І основної групи становила 24 (48%) випадки, що достовірно вище, ніж у контрольній групі – 5 (10%) випадків ($p < 0,05$).

Також спостерігалася недостатність фетоплацентарного комплексу. Як свідчать результати досліджень, у жінок із доброякісною патологією ШМ в анамнезі зниження рівня прогестерону фіксували, починаючи з 22–24 тиж вагітності, і зберігалася така тенденція до 34–36 тиж – 347,5±3,4 нг/мл проти 367,5±3,1 нг/мл у контрольній групі ($p < 0,05$). Така сама динаміка спостерігалася і у випадку визначення плацентарного лактогену у 34–36 тиж вагітності – 8,2±0,2 мг/л проти 8,8±0,3 мг/л у контрольній групі ($p < 0,05$); вільного естріолу – у 34–36 тиж – 21,8±1,2 нг/мл проти 28,4±1,3 нг/мл у контрольній групі ($p < 0,05$), а рівень хоріонічного гонадотропіну був нижчий у І основній групі, вже починаючи з 8–9 тиж вагітності, – 135 670±0,480 мМО/мл проти 148 590±0,256 мМО/мл у контрольній групі ($p < 0,05$).

За результатами ехографічних досліджень стану фетоплацентарного комплексу, у жінок контрольної групи патологічні зміни відзначали лише в окремих випадках, у той час як у жінок І основної групи частота ультразвукових відхилень була достовірно вищою: гіперехогенні включення у структурі плаценти становили 12 (24%) випадків проти 2 (4%) у контролі ($p < 0,01$); контрастування базальної пластини – 12 (24%) спостережень проти 1 (2%) відповідно ($p < 0,001$); гіпертрофія плаценти – 12 (24%) проти 1 (2%) ($p < 0,01$); гіпоплазію плаценти діагностували у І основній групі – 2 (4%) спостереження. Отримані дані свідчать про плацентарну дисфункцію у жінок із доброякісною патологією ШМ в анамнезі, що призводить до зростання ризику несприятливих наслідків розродження.

Також слід відзначити, що у жінок із доброякісною патологією ШМ в анамнезі достовірно частіше фіксували пато-

логічну кількість навколоплідних вод, а саме: багатоводдя – у 6 (12%) жінок І основної групи проти 2 (4%) у контрольній ($p < 0,05$); маловоддя – у 6 (12%) випадках проти 1 (2%) відповідно ($p < 0,01$). Наведені зміни зумовлюють розвиток порушень функціонального стану плода.

Під час вивчення стану внутрішньоутробного розвитку плода спостерігалася значна частота діагностування затримки внутрішньоутробного росту (ЗРП) за асиметричним варіантом у І основній групі – 16 (32%) випадків проти 4 (8%) – у контрольній ($p < 0,01$). Натомість симетрична форма не була виявлена у жодному випадку у контрольній групі, у той час як у І основній – у 4 (8%) спостереженнях. Також слід відзначити, що у контрольній групі діагностували ЗРП 1-го ступеня у 4 (8%) випадках порівняно з жінками із доброякісною патологією ШМ в анамнезі, у яких ЗРП 1-го ступеня діагностували у 12 (24%) випадках, ЗРП 2-го ступеня – у 6 (12%) і ЗРП 3-го ступеня – у 2 (4%) випадках.

Під час аналізу перинатальних наслідків розродження привертав увагу той факт, що у контрольній групі середня маса тіла новонароджених становила 3350,0±0,135 г, у той час як у І основній групі – 3028±0,118 г, що було достовірно нижче ($p < 0,05$). Діагностовано вищу частоту асфіксії новонароджених у І основній групі – 12 (24%) випадків проти 4 (8%) у контролі ($p < 0,05$). Логічно, що ЗРП зумовлює підвищення частоти неонатальної захворюваності. Так, серед дітей матерів із доброякісною патологією ШМ в анамнезі відзначали високу частоту постгіпоксичної енцефалопатії – 6 (12%) спостережень проти 1 (2%) – у контрольній групі ($p < 0,01$); гнійно-запальних захворювань – 8 (16%) випадків проти 1 (2%) – у контролі ($p < 0,01$); жовтяниці різного генезу – 5 (10%) випадків проти 2 (4%) у контрольній групі ($p < 0,05$). Тільки серед дітей основних груп був діагностований геморагічний синдром – у 4 (8%) спостереженнях та 1 (2%) випадок летальності від респіраторного дистрес-синдрому; у 8 (16%) новонароджених у І основній групі діагностовано недоношеність.

У жінок із доброякісною патологією ШМ в анамнезі спостерігається значний рівень післяпологових ускладнень. Так, у І основній групі достовірно частіше, ніж у контрольній, виявляли такі патології, як ранова інфекція – 8 (16%) випадків проти 2 (4%) відповідно ($p < 0,05$); лохіометра та субінволюція матки – 10 (20%) спостережень проти 1 (2%) ($p < 0,01$); ендометрит – 2 (4%) випадки і лише у І основній групі; лактаційний мастит – 8 (16%) випадків проти 2 (4%) у контролі ($p < 0,05$). Пізня післяпологова кровотеча спостерігалася лише у І основній групі у 3 (6%) жінок.

Під час вивчення особливостей структури патології ШМ на підставі клінічного, кольпоскопічного та цитологічного, а за потреби – патоморфологічного, досліджень у жінок основних груп була встановлена висока частота наступних захворювань: екзо- та ендocerвіцити – відповідно 32 (64%) жінки у І та 28 (56%) – у ІІ основних групах; субепітеліальний ендометріоз ШМ – у 12 (24%) жінок у І та 18 (36%) – у ІІ основних групах. Захворювання ШМ відзначали найчастіше у повторновагітних жінок, анамнез яких був значно більше обтяжений репродуктивними втратами і штучними абортами.

Під час аналізу особливостей мікробіологічного статусу було визначено, що у жінок із доброякісною патологією ШМ в анамнезі знижується колонізаційна резистентність піхви, починаючи з І триместра вагітності, порівняно з вагітними контрольної групи, а саме: знижується питома вага лактобацил, біфідо- та пропіоновокислих бактерій, починаючи з 10–12 тиж вагітності, – 54,0±1,5% проти 95,0±1,2% відповідно ($p < 0,05$); і така тенденція зберігалася до 34–36 тиж вагітності – 48,1±1,1% проти 94,7±1,2% відповідно ($p < 0,05$). У той самий час було встановлено до-

стовірне зростання у піхвових біотопах жінок із доброякісною патологією ШМ рівня умовно-патогенних мікроорганізмів, починаючи з ранніх термінів вагітності: $44,2 \pm 1,2\%$ проти $1,6 \pm 0,1\%$ у контрольній групі ($p < 0,05$) і до розродження.

Отже, як засвідчили результати даних досліджень, жінки із доброякісною патологією ШМ в анамнезі є складною групою хворих із обтяженим гінекологічним та соматичним анамнезом. Це дозволяє виокремити цих пацієнток у групу високого ризику акушерських та перинатальних ускладнень. За даними літератури, патологія ШМ визначає перспективи виношування вагітності і своєчасних пологів. Відсутність скринінгового обстеження і лікування жінок у прегравідарний період призводить до того, що у більшості жінок раннього і середнього репродуктивного віку виявляють патологію ШМ. Незважаючи на широку дискусію з питань сучасної діагностики та лікування ШМ, відсутня система цитологічного і кольпоскопічного скринінгу у вагітних, не розроблена тактика їхнього ведення.

Розроблений нами профілактично-лікувальний комплекс дає можливість усунути виявлені порушення у жінок із доброякісною патологією ШМ, що дозволило б знизити частоту таких ускладнень, як: загроза раннього та пізнього мимовільних абортів, невиношування, передчасні пологи, плацентарна дисфункція; покращити перебіг післяпологового та раннього неонатального періодів.

Відмінності у перебігу вагітності на тлі використання запропонованої нами методики визначені, починаючи з I триместра гестації. Так, загроза ранніх та пізніх мимовільних абортів була нижчою у II основній групі порівняно з I основною групою – 32% проти 68% відповідно ($p < 0,05$); частота загрози передчасних пологів – 16% проти 60% відповідно ($p < 0,05$). Також спостерігалася покращення перебігу гестаційного процесу, що привело до покращення фетометричних показників плода; у II основній групі рідше спостерігалася затримка внутрішньоутробного розвитку плода – 16% проти 40% ($p < 0,05$). Також відзначали зниження частоти слабкості пологових сил – 26% проти 52% ($p < 0,05$); дискоординованої пологової діяльності – 4% проти 12% відповідно ($p < 0,05$).

Використання запропонованого лікувально-профілактичного комплексу запобігало рецидивам доброякісної пато-

логії ШМ за результатами кольпоскопічного та цитологічного досліджень – 26% у II основній групі проти 62% у I основній групі ($p < 0,05$). Не зафіксовано жодного випадку недоношеності чи перинатальної смерті у новонароджених від матерів, яким призначали запропонований нами профілактично-лікувальний комплекс.

Покращання клінічного перебігу вагітності, пологів, післяпологового та неонатального періодів стало наслідком покращення стану фетоплацентарного комплексу. Результати ехографічних досліджень засвідчили зниження числа патологічних ехографічних ознак у структурі плаценти – 26% проти 76% ($p < 0,05$); аномалій навколплідних вод – 10% проти 24% ($p < 0,05$) у II та I основних групах відповідно.

Результати вивчення гормонального статусу засвідчили достовірне зростання середніх концентрацій прогестерону у II основній групі – $146,2 \pm 1,1$ нг/мл проти $41,2 \pm 1,3$ нг/мл у I основній групі ($p < 0,05$); вільного естріолу – $14,8 \pm 1,2$ нг/мл проти $11,4 \pm 1,3$ нг/мл відповідно ($p < 0,05$); плацентарного лактогену – $3,6 \pm 0,2$ мг/л проти $3,3 \pm 0,3$ мг/л ($p < 0,05$) відповідно, починаючи з 22–24 тиж вагітності, а хоріонічного гонадотропіну – із 8–9 тиж вагітності – $145\ 286 \pm 0,204$ мМО/мл проти $135\ 670 \pm 0,480$ мМО/мл у I 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 зменшення умовно-патогенних бактерій піхвового біотопу у II основній групі.

ВИСНОВКИ

Розроблений нами профілактично-лікувальний комплекс включає застосування, починаючи з ранніх термінів вагітності, натурального мікронизованого прогестерону, діосміну, бурштинової кислоти, левокарнітину та місцевого антисептика із пробіотиком, дозволяє знизити частоту передчасних пологів та інших акушерських і перинатальних ускладнень. Це сприяє покращенню результатів розродження у жінок із доброякісною патологією шийки матки в анамнезі.

Профилактика преждевременных родов у женщин с доброкачественной патологией шейки матки в анамнезе

О.А. Корчинская, Н.Ю. Бисага

В статье приведен разработанный нами профилактически-лечебный комплекс, который позволяет снизить частоту ранних и поздних самопроизвольных абортів, преждевременных родов, уменьшить плацентарную дисфункцию, аномалии родовых сил, дистресс плода, процент кесаревых сечений, патологию послеродового периода у женщин с доброкачественной патологией шейки матки (ШМ) в анамнезе.

Цель исследования: снижение частоты преждевременных родов у женщин с доброкачественной патологией ШМ в анамнезе на основании изучения клинико-микробиологических и эндокринологических особенностей, а также использования разработанного комплекса профилактических и лечебных мероприятий.

Материалы и методы. Исследование было проведено в два этапа. На первом этапе изучали особенности течения беременности, родов, послеродового и неонатального периодов у 50 пациенток с доброкачественной патологией ШМ в анамнезе, которым проводили общепринятые профилактические и лечебные мероприятия (I основная группа); для сравнительной характеристики изучали аналогичные параметры у 50 акушерских и соматически здоровых первородящих (контрольная группа).

На втором этапе проводили клиническое и инструментально-лабораторное оценивание разработанного нами профилактически-лечебного комплекса, который использовали до и во время беременности у 50 женщин с доброкачественной патологией ШМ в анамнезе (II основная группа).

Результаты. Использование предложенного лечебно-профилактического комплекса предотвращало рецидивы доброкачественной патологии ШМ по результатам кольпоскопического и цитологического исследований – 26% во II основной группе против 62% в I основной группе ($p < 0,05$). Не зафиксировано ни одного случая недоношенности или перинатальной смерти у новорожденных от матерей, которым назначали предложенный нами профилактически-лечебный комплекс.

Заключение. Разработанный нами профилактически-лечебный комплекс включает применение, начиная с ранних сроков беременности, натурального микронизованого прогестерона, диосмина, янтарной кислоты, левокарнитина и местного антисептика с пробиотиком, позволяет снизить частоту преждевременных родов и других акушерских и перинатальных осложнений. Это способствует улучшению результатов родоразрешения у женщин с доброкачественной патологией шейки матки в анамнезе.

Ключевые слова: беременность, роды, доброкачественная патология шейки матки, фетоплацентарный комплекс.

Prevention of previous treatments in pregnant women with benign cervical pathology in anamnesis

O.O. Korchyńska, N.Yu. Bysaha

The article presents the prophylactic and therapeutic complex developed by us, which reduces the frequency of early and late spontaneous abortions, premature births, reduces placental dysfunction, anomalies of labor, fetal distress, the percentage of cesarean sections, the pathology of the postpartum period in women with benign pathology of the cervix) in the anamnesis.

The objective: was to decrease the frequency of preterm labor in women with benign pathology of CM in the anamnesis on the basis of studying clinical and microbiological and endocrinological features, as well as using the developed complex of preventive and curative measures.

Materials and methods. The study was conducted in two stages. At the first stage, the features of the course of pregnancy, childbirth, the postnatal and neonatal periods were studied in 50 patients with a benign pathology of CM in a history, which was carried out by conventional preventive and therapeutic measures (first group); for the

comparative characteristics, similar parameters were studied in 50 obstetric and somatically healthy primiparas (control group).

At the second stage, clinical and instrumental-laboratory evaluation of the prophylactic-therapeutic complex developed by us was carried out, which was used before and during pregnancy in 50 women with a benign pathology of CM in the anamnesis (II main group).

Results. The use of the proposed treatment-and-prophylactic complex prevented recurrence of benign pathology of CM by results of colposcopic and cytological studies – 26% in the 2-nd main group against 62% in the I primary group ($p < 0.05$). No cases of prematurity or perinatal death in newborns from mothers assigned to the prophylactic-therapeutic complex proposed by us have been recorded.

Conclusion. The prophylactic and therapeutic complex developed by us includes the use, starting from early pregnancy, of natural micronized progesterone, diosmin, succinic acid, levocarnitine and a local antiseptic with probiotic, which allows reducing the frequency of preterm birth and other obstetric and perinatal complications. This helps to improve the results of delivery in women with benign cervical pathology in history.

Key words: pregnancy, childbirth, benign pathology of the cervix, fetoplacental complex.

Сведения об авторах

Бисага Наталья Юрьевна – Кафедра акушерства и гинекологии Ужгородского национального университета, 88000, г. Ужгород, пл. Народная, 3; тел.: (03122) 3-33-41

Корчинская Оксана Александровна – Кафедра акушерства и гинекологии Ужгородского национального университета, 88000, г. Ужгород, пл. Народная, 3

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Анкирская А.С. Инфекции влагалища: лабораторная диагностика оппортунистических инфекций влагалища / А.С. Анкирская, В.В. Муравьева // Лаб. диагн. – 2005. – Т. 7, № 3. – С. 35–38.
2. Антипкін Ю.Г. Репродуктивне здоров'я жінок як важлива складова покращення демографічної ситуації в Україні / Ю.Г. Антипкін // Журн. АМН України. – 2007. – Т. 13, № 3. – С. 476–485.
3. Бауэр Г. Цветной атлас по кольпоскопии / Г. Бауэр. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 300 с.
4. Гойда Н.Г. Аналіз стану здоров'я жінок та дітей в Україні / Н.Г. Гойда // Мистецтво лікування. – 2005. – № 10 (26). – С. 12–15.
5. Запорожан В.М., Цегельський М.Р. Акушерство та гінекологія. – К.: Здоров'я, 2006. – 240 с.
6. Сидельникова В.М., Сухих Г.Т. Невынашивание беременности: Руководство для практикующих врачей. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2010. – 536 с.
7. Carp H A systematic review of dydrogesterone for the treatment of threatened miscarriage. Gyn. Endocr., 2012, Early Online: 1–8.
8. Fanchin R, Fridman R. Human Chorionic gonadotropin: Does it affect human endometrial morphology in vivo? – Sem. Reproductive Med. – 2001. – V. 19 (1). – P. 31–35.

Статья поступила в редакцию 04.10.17