

© Н.О. Лоя, 2015

УДК 618.2-06:618.14.146-002-006

Н.О. ЛОЯ

*Ужгородський національний університет, медичний факультет, кафедра акушерства та гінекології, Ужгород***ДЕЯКІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ВАГІТНОСТІ ТА ПОЛОГІВ У ЖІНОК ІЗ ДЕСТРУКТИВНИМИ МЕТОДАМИ ЛІКУВАННЯ ЦЕРВІКАЛЬНИХ ІНТРАЕПІТЕЛІАЛЬНИХ НЕОПЛАЗІЙ В АНАМНЕЗІ**

У статті наведено результати досліджень деяких особливостей перебігу вагітності та пологів у 100 жінок із деструктивним лікуванням цервікальних інтраепітеліальних неоплазій в анамнезі. Середній вік у даній групі жінок складав  $25 \pm 7$  років. Обтяжений акушерсько-гінекологічний анамнез спостерігався у 87% жінок. При даній вагітності загроза раннього переривання вагітності була у 80% жінок, загроза пізнього самовільного абортів – у 24% пацієнток, загроза передчасних пологів – у 22% жінок. Аномалії пологової діяльності спостерігалися у 55%. Пологи в досліджуваній групі закінчилися *per vias naturalis* у 58% випадках та у 42% випадках шляхом кесаревого розтину. Найчастішим ускладненням у жінок післяпологового періоду була анемія I ст. (82% випадків), лохіометра – у 5% та ендометрит на 2-3 добу післяпологового періоду – у 4% жінок.

**Ключові слова:** цервікальні інтраепітеліальні неоплазії, вагітність, пологи, ускладнення, деструктивне лікування

**Вступ.** Проблема ранньої діагностики та лікування хворих на цервікальні інтраепітеліальні неоплазії (ЦІН) залишається актуальною в Україні, оскільки рак шийки матки (РШМ) займає друге за частотою місце у структурі онкологічних захворювань серед жіночого населення і, за даними Національного канцерреєстру, сьогодні в Україні реєструється майже 19 випадків захворювання на 100 000 населення. При цьому, 20 % хворих не можуть розраховувати на радикальне лікування через запущеність онкопроцесу [3, 4].

Запальні захворювання органів малого тазу посідають перше місце в структурі гінекологічних захворювань і часто можуть бути причиною порушення репродуктивного здоров'я жінки. Поряд з цим, зростання рівня таких захворювань у жінок фертильного віку є тим несприятливим фоном, на якому настає вагітність, а їх наслідками є безплідність трубного та ендокринного генезу (30% випадків), невиношування вагітності (35%), ектопічна вагітність (3–4%), синдром хронічного тазового болю (24%). В Україні запальні захворювання спостерігаються у 30–35% жінок репродуктивного віку. Однією з особливостей запальних процесів органів малого тазу сьогодні є асоційований характер їх ураження різними збудниками (уреаплазми, хламідії, мікоплазми, віруси), особливо папіломавірусом людини, якому властивий високий тропізм до клітин циліндричного та перехідного епітелію шийки матки [2].

На даний час відомий основний етіологічний фактор виникнення цервікальних інтраепітеліальних неоплазій та РШМ – вірус папіломи людини (ВПЛ) високоонкогенного ризику [5]. Відзначено, що 16-ий тип ВПЛ найбільш часто трапляється в тканині плоскоклітинного раку, а 18-ий тип ВПЛ – в тканині залозистого раку. Віруси високого онкологічного ризику виявляються в 95-100% преінвазивних та інвазив-

них форм раку шийки матки [6]. Інфікованість ВПЛ збільшує ризик розвитку ЦІН у 10 разів [7]. ЦІН виникають переважно у молодих жінок, котрі не народжували, та у жінок репродуктивного віку. При несвоечасній діагностиці та лікуванні тяжкі форми дисплазії та РШМ виявляють у вагітних, що призводить до необхідності переривання вагітності, а в окремих випадках і до проведення оперативних втручань.

Широко поширена думка про те, що лікування захворювань шийки матки слід проводити тільки після перших пологів, не виправдане, оскільки збільшився як вік первісток, так і частота захворювань шийки матки у вагітних, які прогресують і значно ускладнюють гестаційний процес. У літературі є суперечливі думки про перебіг вагітності та пологів після деструктивних методів лікування дисплазій шийки матки [1]. Проте їх ретельний аналіз не проводився. Тому актуальними питаннями є не тільки рання діагностика цервікальних інтраепітеліальних неоплазій шийки матки, а й проведення своєчасного їх лікування та здійснення профілактики акушерських ускладнень у цієї категорії пацієнток.

**Мета дослідження.** Проаналізувати особливості перебігу вагітності та пологів у жінок із деструктивними методами лікування цервікальних інтраепітеліальних неоплазій в анамнезі.

**Матеріали та методи.** Нами проведено клініко-статистичний аналіз 100 індивідуальних карт вагітних та історій пологів. Даному контингенту жінок проводились такі обстеження: загальне клінічне; мікроскопія урогенітального мазка; цитологічне дослідження зішкрібу з цервікального каналу шийки матки; кольпоскопічне дослідження шийки матки; полімеразна ланцюгова реакція (ПЛР) зішкрібу з цервікального каналу шийки матки на інфекції, що передаються статевим шляхом (ІПСШ) та вірус папіломи людини (ВПЛ);

бакпосів із статевих шляхів на мікрофлору (цервікальний канал шийки матки, піхва); УЗО стану фетоплацентарного комплексу (ФПК), кардіотокографія (КТГ), доплерометрія в пупковій артерії.

Серед загальноклінічних методів обстеження найбільша увага приділялась збору анамнезу та оцінці клінічної симптоматики, що проводились згідно з протоколами надання акушерської допомоги вагітним та породіллям (наказ МОЗ України №503 від 28.12.2002 року «Про удосконалення амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги в Україні», наказ МОЗ України №620 від 29.12.2003 року «Про організацію надання стаціонарної акушерсько-гінекологічної та неонатологічної допомоги в Україні»).

#### Результати досліджень та їх обговорення.

При дослідженні віку пацієнток було встановлено, що середній вік у даній групі жінок складав  $25 \pm 7$  років. Першовагітних було 30 жінок, інші – повторно вагітні. 92% жінок з досліджуваних перебували в шлюбі, 8% були незаміжні.

При верифікації цитограм вагітних у I триместрі – нормальна цитологічна картина простежувалася у 65%, CIN I – у 32% випадків, CIN II – у 3% випадків. При аналізі цитограм у II триместрі вагітності – нормальна цитологічна картина спостерігалася у 59% випадків, CIN I – у 36% випадків, CIN II – у 5% випадків. Аналізуючи цитологічні мазки у III триместрі – нормальна цитологічна картина спостерігалася у 58% випадків, CIN I – у 36% випадків, CIN II – у 6% випадків.

Обтяжений акушерсько-гінекологічний анамнез спостерігався у 87% жінок. При мікроскопічному аналізі урогенітальних виділень (УГВ) досліджено, що нормальний біоценоз статевих шляхів протягом вагітності спостерігався у 28% жінок, різні дизбіотичні зміни виявлені у 72% жінок.

Наявність інфекцій, що передаються статевим шляхом (ІПСШ), в анамнезі спостерігалось у 75% жінок (уреаплазмоз, мікоплазмоз, трихомоноз, хламідіоз), гострі та хронічні запальні процеси статевих шляхів – у 80% жінок, дисменорея – у 52% жінок, безпліддя в анамнезі – у 42% жінок, гінекологічні операції (кістектомії) – у 2% жінок. У даній групі пацієнток в анамнезі спостерігались різноманітні доброякісні патологічні процеси шийки матки (46%), зокрема цервіцит траплявся у 19% випадків, псевдоерозії шийки матки – у 27%.

При аналізі бактеріоскопічних результатів встановлено, що характер мікрофлори у жінок із цервікальними інтраепітеліальними неоплазіями в анамнезі характеризувався наявністю гарднерел у 18%, коків (стафілокок епідермальний (13%), стафілококу золотистого (15%)) – у 28%, кишкової палички – у 11%, грибів роду *Candida* – у 5% жінок, що супроводжувалось дефіцитом або відсутністю лактобацил.

При дослідженні встановлено, що ступінь вираженості кольпоскопічних патологічних змін

шийки матки збігається з цитологічним дослідженням. Нормальні кольпоскопічні ознаки (багат шаровий плоский зроговілий епітелій, одношаровий циліндричний епітелій цервікального каналу шийки матки, нормальна зона трансформації) спостерігалися у 65% випадків у I триместрі, 59% – у II та 58% – у III триместрі вагітності. При візуалізації ділянок ацетобілого епітелію з чіткими, йод-негативними контурами за пробою Шилера у незавершеній зоні трансформації кольпоскопічні дані трактувались як атипова кольпоскопічна картина, що простежувалася у 35% випадків у I триместрі, 41% – у II та 42% – у III триместрах.

Із анамнезу встановлено, що у 25% жінок попередні вагітності завершилися самовільними викиднями в терміні до 5 тижнів, у 18% жінок – в терміні 6–12 тижнів вагітності, 13–21 тижнів (2% жінок), у 3% жінок спостерігалися передчасні роди в терміні 22–36 тижнів. Екстрагенітальна патологія при попередніх пологах спостерігалась у 65% жінок. Найчастіше траплявся гестаційний пієлонефрит – у 33% жінок, анемії – у 29% жінок (легкого та середнього ступенів), у 3% – цукровий діабет.

В перебігу вагітності ранні гестози вагітних у досліджуваній групі складала 42% жінок, серед яких найчастіше супроводжувались блюванням вагітних. Серед пізніх форм гестозів найчастіше спостерігалися прееклампсія легкого та середнього ступенів важкості, які були діагностовані у 6 жінок із 100 обстежуваних.

При даній вагітності загроза раннього переривання вагітності була наявна у 80% жінок, загроза пізнього самовільного абортів – у 24% пацієнток, загроза передчасних пологів – у 22% жінок. Перешийково-шийкову недостатність встановлено у 2 жінок, з приводу якої накладено профілактично-лікувальний шов за Лосицькою.

Також, при обстеженні у 42% жінок встановлено плацентарну дисфункцію, діагноз дистресу плода – у 33%, затримку внутрішньоутробного розвитку плода (ЗВУР) переважно I ст. – у 9% вагітних. Діагноз багатоводдя встановлено у 4%, маловоддя – у 7% жінок.

Пологи в досліджуваній групі закінчилися *per vias naturalis* у 58% випадках та у 42% випадках шляхом кесаревого розтину. Оперативне вагінальне розродження мало місце у 22% (21% із них вакуум-екстракції та 1% акушерських щипців). У 24% вагітних пологи ускладнились передчасним розривом навколоплодових оболонок.

Аномалії пологової діяльності спостерігалися у 55%, із них дискоординована родова діяльність спостерігалась у 1% жінок, первинна слабкість родової діяльності – у 41% випадків та вторинна слабкість пологової діяльності – у 13%, дисточія шийки матки під час пологів мала місце у 1% випадків. Передчасне відшарування нормально розташованої плаценти діагностова-

но у 3% жінок, з приводу якого пацієнткам був виконаний кесарів розтин. Діагноз дистресу плода в I та II періодах пологів був встановлений у 20% вагітних.

Найчастішими показами до кесаревого розтину (42%) були прееклампсія, яка не піддавалась консервативному лікуванню, аномалії пологової діяльності, передчасне відшарування нормально розташованої плаценти, неспроможність рубця на матці, а з боку плода – дистрес.

Серед основних показів до накладання вакуум-екстрактора були слабкість пологової діяльності та дистрес плоду, а основні покази до накладання акушерських щипців були дистрес плоду та екстрагенітальна патологія.

У даній групі жінок спостерігалися незначні травми пологових шляхів, тріщина задньої спайки промежини – у 25% та розрив промежини I ст. – у 7% жінок.

Аналіз післяпологового періоду у жінок досліджуваної групи показав, що найчастішим ускладненням була анемія I ст. (82% випадків), лохіометра – у 5% та ендометрит на 2–3 добу післяпологового періоду – у 4% жінок.

У новонароджених респіраторний дистрес-синдром (РДС) мав місце у 8% випадків та пологові травми (кефалогематоми) – у 2%.

**Висновки.** 1. В досліджуваній групі жінок при верифікації цитогам спостерігається зниження відсотка нормальної цитологічної картини у першому триместрі та незначне збільшення CIN I та CIN II у другому і третьому триместрах.

2. Дослідження показало, що у жінок із деструктивними методами лікування цервікальних інтраепітеліальних неоплазій в анамнезі, виявлено значну кількість ускладнень протягом вагітності, пологів та післяпологового періоду.

3. У більшості вагітних спостерігались порушення мікробіоценозу статевих шляхів, що порушувало нормальний перебіг вагітності та пологів у майбутньому.

4. Отримані дані щодо перебігу вагітності та пологів у жінок із деструктивними методами лікування цервікальних інтраепітеліальних неоплазій в анамнезі диктують потребу розробки методів діагностики та лікування під час вагітності, а також спостереження за такими пацієнтками у післяпологовий період.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Бахидзе Е.В. Фертильность, беременность и гинекологический рак: монография / Е.В. Бахидзе. — М.; СПб.: Диля, 2004. — С. 285.
2. Заболевания шейки матки и беременность / Н.С. Гусакова, Г.С. Петухова, Т.А. Фокина [и др.] // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. — 2006. — Т. 5, № 2. — С. 18—23.
3. Зуб В.О. Фактори ризику патології шийки матки: сучасні підходи до діагностики та лікування / В.О. Зуб, Ю.М. Шель // Здоровье женщины. — 2004. — Т. 2, № 18. — С. 3941.
4. Киселев В.И. Вирусы папилломы человека в развитии рака шейки матки / В.И. Киселев, О.И. Киселев. — СПб.: Медицина, 2003. — С. 145.
5. Сопко Н.И., Современные представления о папилломавирусной инфекции / Н.И. Сопко, В.В. Максимов // Медицинские аспекты женского здоровья. — 2006. — № 3. — С. 7—8.
6. Трушина О.И., Роль папилломавирусной инфекции в генезе РШМ / О.И. Трушина, Е.Г. Новикова // Российский онкологический журнал. — 2005. — №1. — С.45—52.
7. Lorincz A.T. Human papillomavirus DNA testing as an adjunct to cytology in cervical screening programs / A.T. Lorincz, R.M. Richart // Arch. Pathol. Lab. Med. — 2003. — № 127. — P. 959—968.

N.O. LOIA

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

### SOME FEATURES PREGNANCY AND CHILDBIRTH IN WOMEN WITH DESTRUCTIVE TREATMENT OF CERVICAL INTRAEPITHELIAL NEOPLASIA IN HISTORY

The article presents the peculiarities of pregnancy and childbirth in 100 women with destructive treatment of cervical intraepithelial neoplasia in history. Age averaged women in this group was  $25 \pm 7$  years. Burdened obstetric and gynecological history was observed in 87% of women. At this early pregnancy threatened abortion was available in 80% of women, the threat of late spontaneous abortions – 24% of patients, the threat of premature birth was 22% in women. Anomalies of patrimonial activity was observed in 55%. Births in the study group finished per vias naturalis in 58% of cases and in 42% of cases by Caesarean section. The most common complication in women postpartum period was anemia I degrees of (82% of cases), lohiometra – 5% and endometritis in 2-3 days postpartum period – 4% of women.

**Key words:** cervical intraepithelial neoplasia, pregnancy, labour, complications, destructive treatment

Стаття надійшла до редакції: 7.11.2014 р.