

# Особливості перебігу пологів у жінок з оперованою шийкою матки

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

ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології Національної академії медичних наук України», м. Київ

Проведений аналіз пологів у жінок з оперованою шийкою матки засвідчив, що застосування радикальних і травматичних методів лікування захворювань шийки матки призвело до збільшення кількості термінових ускладнених пологів, термінових патологічних пологів, загальної кількості передчасних пологів – на 8,7% (головним чином, за рахунок передчасних пологів в терміні вагітності 35–36 тиж), а також до зниження кількості термінових фізіологічних пологів на 14,7%.

**Ключові слова:** оперована шийка матки, вагітність, пологи, ускладнення.

При проведенні оперативних втручань на шийці матки з лікувальною або діагностичною метою відносно легко виникають запальні зміни у жіночих статевих органах, гіперпластичні процеси в органі, ендометріоз шийки матки, нейротрофічні порушення у тканинах, формується істміко-цервікальна недостатність різного походження (органічна, змішана, функціональна), виникають аномалії пологової діяльності при подальших пологах, передчасний розрив плодових оболонок, септичні ускладнення, внутрішньоутробне інфікування плода [1–5].

Патологія скоротливої діяльності матки залишається однією із головних проблем акушерства і проявляється аномаліями пологової діяльності, матковими кровоточками, переносуванням та невиношуванням вагітності, різними ускладненнями у пологах і в післяпологовий період. Це найбільш часте ускладнення пологового процесу, реєструється в середньому у 16–20% випадків, за останні роки цей показник постійно зростає. Порушення скоротливої діяльності матки до теперішнього часу – основна причина материнської і перинатальної захворюваності та смертності, для зниження яких почали частіше виконувати кесарів розтин, що свідчить про неадекватність методів терапії і профілактики цієї патології [6–8].

До групи ризику з виникнення аномалій пологової діяльності до настання вагітності відносяться пацієнтки з оперованою шийкою матки в анамнезі (виконання діагностичних маніпуляцій – біопсії, діагностичного вишкрібання, оперативних втручань на шийці матки – після діатермокоагуляції, кріодеструкції, лазерної вапоризації, діатермокоагуляції, кліноподібної ампутації деформованої і гіпертрофованої вагінальної частини шийки матки за Шредером, пластичної операції з відновлення цілісності шийки матки за Емметом) [9–11].

**Мета дослідження:** аналіз перебігу пологів 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

Проведено аналіз 150 пологів у жінок з оперованою шийкою матки.

330 (100%) жінок після перенесеної в анамнезі діатермокоагуляції, які надійшли до стаціонару (1-а група): 2 (6,7%) – жінки, які народжують уперше, 28 (93,3%) – жінки, які народжують повторно.

330 (100%) жінок після перенесеної в анамнезі кріодеструкції (2-а група): 19 (63,3%) – жінки, які народжують уперше, 11 (36,7%) – жінки, які народжують повторно.

330 (100%) жінок після перенесеної в анамнезі лазерної вапоризації (3-я група): 17 (56,7%) – жінки, які народжують уперше, 13 (43,3%) – жінки, які народжують повторно.

330 (100%) жінок після перенесеної в анамнезі діатермокоагуляції шийки матки (4-а група): 8 (26,7%) – жінки, які народжують уперше, 22 (73,3%) – жінки, які народжують повторно.

330 (100%) жінок групи порівняння (5-а група): 16 (53,3%) – жінки, які народжують уперше, 14 (46,7%) – жінки, які народжують повторно.

## РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

З наведених даних (табл. 1) видно, що на першому місці серед скарг у обстежених вагітних під час госпіталізації до стаціонару був регулярний переймоподібний біль унизу живота (50,7%), на другому – тягучий біль унизу живота (32,0%) і на третьому – відходження навколоплідних вод (14,7%). Переважна більшість передчасного розриву плодових оболонок спостерігалася у жінок 2-ї та 4-ї груп і складала 26,7% і 23,3% відповідно.

Найбільша кількість термінових пологів відбулася у жінок 1-ї, 2-ї і 3-ї груп – 90,0%, 86,7% і 100,0% відповідно, термінових фізіологічних пологів – у жінок 1-ї групи – 73,3%, 3-ї групи – 76,7% випадків, термінових патологічних – у жінок 2-ї групи – 23,3%. А от найбільша кількість передчасних пологів зафіксована у жінок 4-ї групи і складала 26,7%. Особливо увагу привертають жінки 3-ї групи – після

Таблиця 1

Діагноз при госпіталізації у обстежених вагітних, абс. число (%)

Діагноз	Група вагітних (n=30)					Усього, n=150
	1-а	2-а	3-я	4-а	5-а	
Перший період пологів	16 (53,3)	13 (43,3)	14 (46,7)	15 (50,0)	18 (60,0)	76 (50,7)
Передвісники пологів	11 (36,7)	8 (26,7)*	13 (43,3)	7 (23,3)*	9 (30,0)	48 (32,0)
Передчасний розрив плодових оболонок	2 (6,7)	8 (26,7)*	3 (10,0)	7 (23,3)*	2 (6,7)	22 (14,7)
Передчасне відшарування плаценти	1 (3,3)	-	-	1 (3,3)	-	2 (1,3)
Преeklampsія важкого ступеня	-	1 (3,3)	-	-	1 (3,3)	2 (1,3)

Примітка: \* – різниця достовірна відносно показника здорових жінок (p<0,05).

Структура пологів у обстежених вагітних, абс. число (%)

Пологи	Група вагітних (n=30)					Усього, n=150
	1-а	2-а	3-я	4-а	5-а	
Термінові	27 (90,0)	26 (86,7)*	30 (100,0)	22 (73,3)*	29 (96,7)	134 (89,3)
Фізіологічні	22 (73,3)*	16 (53,3)*	23 (76,7)*	15 (50,0)	23 (76,7)*	99 (66,0)*
Ускладнені	1 (3,3)	3 (10,0)	3 (10,0)	3 (10,0)	4 (13,3)	14 (9,3)
Патологічні	4 (13,3)	7 (23,3)	4 (13,3)	4 (13,3)	2 (6,7)	21 (14,0)
Передчасні	3 (10,0)	4 (13,3)	-	8 (26,7)*	1 (3,3)	16 (10,7)

Примітка: \* – різниця достовірна відносно показника здорових жінок (p<0,05).

Структура передчасних пологів у обстежених вагітних, абс. число (%)

Термін вагітності, (тиж)	Група вагітних (n=30)					Усього, n=150
	1-а	2-а	3-я	4-а	5-а	
30-31	-	-	-	1 (3,3)	-	1 (0,7)
32-34	1 (3,3)	-	-	1 (3,3)	-	2 (1,3)
35-36	2 (6,7)	4 (13,3)	-	6 (20,0)	1 (3,3)	13 (8,7)

лікування методом лазерної вапоризації в анамнезі, у яких передчасних пологів не було.

При проведенні аналізу перебігу термінових пологів у жінок 1-ї групи (табл. 2) виявлено: фізіологічні пологи відбулися у 22 (73,3%) жінок, ускладнені – у 1 (3,3%) (передчасний розрив плодових оболонок та індукція пологової діяльності утеротоніками після 24 год безводного періоду і відсутності самостійної пологової діяльності при «зрілих» пологових шляхах), патологічні – у 4 (13,3%), з них у 2 (6,6%) випадки – ургентний кесарів розтин за показаннями: клінічно вузький таз (3,3%), передчасне відшарування нормально розташованої плаценти і кровотеча у перший період пологів (3,3%); 1 (3,3%) випадок – ручне обстеження порожнини матки внаслідок затримки частин посліду без кровотечі; 1 (3,3%) – на четверту добу після пологів діагностована лохіометра, проведена мануальна вакуум-аспірація порожнини матки під місцевою анестезією.

Серед жінок 1-ї групи пологи у терміні вагітності 37–40 тиж відбулися у 21 (70,0%) жінки, 41 тиж – у 6 (20,0%) жінок. Середня тривалість першого періоду пологів складає 06 год 40 хв.

Передчасні пологи відбулися у 3 (10,0%) жінок 1-ї групи в анамнезі: 1 (3,3%) – у 32 тиж вагітності – супроводжувалися передчасним розривом плодових оболонок і тривалим безводним періодом – 3 доби 20 год, 1 (3,3%) – у 35 тиж – ургентний кесарів розтин під комбінованим ендотрахеальним наркозом – передчасне відшарування низько розташованої плаценти, кровотеча, 1 (3,3%) – у 36 тиж.

Аналіз перебігу термінових пологів у жінок 1-ї групи виявив: фізіологічні пологи зафіксовані у 16 (53,3%) жінок, ускладнені – у 3 (10,0%): 1 жінка (3,3%) – первинна слабкість пологової діяльності, індукція пологової діяльності утеротоніками, 2 (6,7%) – передчасний розрив плодових оболонок та індукція пологової діяльності утеротоніками після 24 год безводного періоду при «зрілих» пологових шляхах, патологічні пологи – у 7 (23,3%), з них 5 (16,6%) випадків – ургентний кесарів розтин за показаннями: клінічно вузький таз (3,3%), пре-еклампсія важкого ступеня, яка не піддається медикаментозній корекції (3,3%), дистрес плода у перший період пологів (10,0%); 2 (6,7%) випадки – ручне обстеження порожнини матки внаслідок затримки частин посліду без кровотечі.

Пологи у терміні вагітності 37–40 тиж відбулися у 22 (73,4%) жінок 2-ї групи, 41 тиж – у 4 (13,3%) жінок. Середня тривалість першого періоду пологів склала 7 год 50 хв. Передчасні пологи відбулися у 4 (13,3%) жінок даної групи – у 36 тиж вагітності: у 3 (10,0%) випадках відбувся передчасний

розрив плодових оболонок, у 1 (3,3%) у зв'язку із початком пологової діяльності був видалений акушерський пелюшок. У пізній післяпологовий період у 16 (53,3%) породілей 2-ї групи проводили профілактику субінволюції матки утеротоніками, у 13 (43,3%) – профілактику септичних ускладнень – антибактеріальна терапія. У 30 (100%) породілей ускладнень у ранній та пізній післяпологовий період виявлено не було.

При проведенні аналізу перебігу строкових пологів серед жінок 2-ї групи виявлено: фізіологічні пологи відбулися у 23 (76,7%) жінок, ускладнені – у 3 (10,0%), серед них у 2 (6,7%) – передчасний розрив плодових оболонок, у 1 (3,3%) – у 41 тиж вагітності, враховуючи «зрілі» пологові шляхи, виконана планова амніотомія та індукція пологової діяльності утеротоніками, патологічні пологи – у 4 (13,3%), з них 3 (10,0%) випадки – ургентний кесарів розтин за показаннями: дистрес плода у перший період пологів (3,3%), передчасне відшарування нормально розташованої плаценти і кровотеча у перший період пологів (3,3%), клінічно вузький таз – 1 (3,3%); 1 (3,3%) випадок – плановий кесарів розтин у 39 тиж вагітності у жінки з тазовим передлежанням плода, синдромом затримки розвитку плода, маловоддям, «незрілими» пологовими шляхами.

Пологи у терміні вагітності 37–40 тиж відбулися у 29 (96,7%) жінок 3-ї групи, 41 тиж – у 1 (3,3%) жінки. Середня тривалість першого періоду пологів складає 07 год 10 хв.

У пізній післяпологовий період у 7 (23,3%) породілей з лазерною вапоризацією в анамнезі проводили профілактику субінволюції матки утеротоніками, у 7 (23,3%) – профілактику септичних ускладнень – антибактеріальну терапію (цефалоспорины). У 30 (100%) породілей ускладнень у ранній та пізній післяпологовий період виявлено не було.

Аналіз перебігу строкових пологів у жінок 4-ї групи виявив: фізіологічні пологи відбулися у 15 (50,0%) жінок, ускладнені – у 3 (10,0%), з них у 2 (6,7%) – передчасний розрив плодових оболонок, у 1 (3,3%) – передчасний розрив плодових оболонок та індукція пологової діяльності утеротоніками після 24 год безводного періоду при «зрілих» пологових шляхах; патологічні пологи – у 4 (13,3%), з них 2 (6,7%) випадки – ургентний кесарів розтин під комбінованим ендотрахеальним наркозом за показаннями: дистрес плода у перший період пологів (3,3%) при вагітності 41 тиж, первинна слабкість пологової діяльності, яка не піддається медикаментозній корекції (3,3%) при вагітності 41 тиж; 1 (3,3%) випадок – ручне обстеження порожнини матки внаслідок затримки частин посліду без кровотечі, 1 (3,3%) випадок – розрив шийки матки другого ступеня справа і зліва, розрив піхви.

Серед жінок з діатермоконізацією в анамнезі пологи у терміні вагітності 37–40 тиж відбулися у 18 (60,0%) випадках, 41 тиж – у 4 (13,3%). Середня тривалість першого періоду пологів складає 07 год 20 хв.

Передчасні пологи відбулися у 8 (26,7%) жінок 4-ї групи (табл. 3): у 1 (3,3%) вагітної у терміні гестації 30 тиж з істміко-цервікальною недостатністю з передчасним розривом плодових оболонок і тривалим безводним періодом, у 1 (3,3%) – у терміні вагітності 34 тиж був виконаний ургентний кесарів розтин у зв'язку із передчасним відшаруванням низько розташованої плаценти і кровотечею, у 6 (20,0%) – пологи відбулися у 35–36 тиж вагітності, у 1 (3,3%) з них у 35 тиж – передчасний розрив плодових оболонок, тривалий безводний період, ще у 1 (3,3%) – у 36 тиж – передчасний розрив плодових оболонок, тривалий безводний період, затримка частин посліду без кровотечі, ручне обстеження порожнини матки під внутрішньовенним наркозом.

У пізній післяпологовий період у 11 (36,7%) породілей 4-ї групи проводили профілактику субінволюції матки утеротоніками, у 12 (40,0%) – профілактику септичних ускладнень – антибактеріальна терапія. У 30 (100%) породілей ускладнень у ранній та пізній післяпологовий період виявлено не було.

Пологи у терміні вагітності 37–40 тиж відбулися у 21 (70,0%) жінки групи порівняння, 41 тиж – у 8 (26,7%) жінок. Середня тривалість першого періоду пологів складає 6 год 07 хв. Передчасні пологи відбулися у 1 (3,3%) жінки 5-ї групи у 36 тиж вагітності.

Серед термінових пологів у жінок 5-ї групи виявлено: фізіологічні пологи відбулися у 23 (76,7%) жінок, ускладнені – у 4 (13,3%), з них у 2 (6,7%) – передчасний розрив плодових оболонок, у 1 (3,3%) – дистрес плода у другий період пологів, проведення епізіотомії, епізіорафії, 1 (3,3%) – у 41 тиж вагітності, враховуючи «зрілі» пологові шляхи і відсутність са-

мостійної пологової діяльності, у плановому порядку виконана амніотомія і індукція пологової діяльності утеротоніками, патологічні пологи – у 2 (6,7%) (ургентний кесарів розтин під комбінованим ендотрахеальним наркозом за показаннями: високе пряме стояння стрілоподібного шва (3,3%) при вагітності 41 тиж, прееклампсія важкого ступеня, яка не піддається медикаментозній корекції (3,3%) при вагітності 38 тиж).

У пізній післяпологовий період у 2 (6,7%) породілей групи порівняння проводили профілактику субінволюції матки утеротоніками, у 3 (10,0%) – профілактика септичних ускладнень – антибактеріальна терапія (цефалоспорины). У 30 (100%) породілей ускладнень у ранній та пізній післяпологовий період виявлено не було.

## ВИСНОВКИ

Узагальнюючи отримані дані, можна зробити висновки, що найбільша кількість передчасних пологів сталася у обстежених жінок у 35–36 тиж вагітності – 8,7%, з яких переважно більшість складають пологи у жінок після проведеної в анамнезі кріодеструкції і діатермоконізації шийки матки. Також, у жінок після проведеної в анамнезі діатермоконізації шийки матки відзначали найвищий показник патологічних пологів.

Зі 150 жінок у 14,7% пологи почалися з відходження навколплідних вод. Переважна більшість передчасного розриву плодових оболонок спостерігалася у жінок після проведеної в анамнезі кріодеструкції і діатермоконізації шийки матки і складала 26,7% і 23,3% відповідно. У жінок після лікування методом лазерної вапоризації в анамнезі передчасних пологів не було.

Таким чином, дуже важливим є адекватний підхід до методів оперативного лікування шийки матки, особливо у жінок з нереалізованою репродуктивною функцією.

## Особенности течения и родов у женщин с оперированной шейкой матки

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

Проведенный анализ родов у женщин с оперированной шейкой матки показал, что применение радикальных и травматических методов лечения заболеваний шейки матки привело к увеличению количества срочных осложненных родов, срочных патологических родов, общего количества преждевременных родов – на 8,7% (главным образом, за счет преждевременных родов в сроке беременности 35–36 нед), а также к снижению количества срочных физиологических родов на 14,7%. **Ключевые слова:** оперированная шейка матки, беременность, роды, осложнения.

## Features current and postpartum women operated with the cervix

**A.G. Kornatsky, M.V. Tsvigun, O.A. Revenko**

The analysis of births to women operated cervix showed that the use of radical and traumatic methods of treatment of cervical disease led to an increase the number of of pathological delivery, of term pathological births, the total number of premature delivery – 8,7% (mainly for by preterm delivery at 35–36 weeks of gestation), as well as to reduce the number of term physiological delivery is 14,7%.

**Key words:** the operated cervix, pregnancy, delivery, 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. Кравченко Е.Н. Родовая травма: акушерские и перинатальные аспекты. ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 240 с.
2. Ариас Ф. Беременность и роды высокого риска: Пер. с англ. – М.: Медицина, 1989. – 565 с.
3. Русакевич П.С., Литвинова Т.М. Заболевания шейки матки у беременных: диагностика, лечение, мониторинг, профилактика. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2006. – 144 с.
4. Жук С.І., Сальников С.М., Чечуга С.Б. Сучасна допологова підготовка шийки матки (інформаційний лист). – Вип. 1, № 41. – 2007.
5. Кокрановское руководство: Беременность и роды / Д.Ю. Хофмейер, Д.П. Нейлсон, З. Алфирович и др. / Под общ. ред. Г.Т. Сухих. Пер. с англ. В.И. Кандрора, О.В. Ереминой. – М.: Логосфера, 2010. – 440 с.
6. Дуда В.И., Дражина О.Г. Акушерство, Онис, 2007. – 452 с.
7. Густоварова Т.А., Иванян А.Н., Самедова Н.С. и др. Актуальные вопросы абдоминального родоразрешения в современном акушерстве. // Рос. вест. акуш-гин. – 2006. – Т. 6, № 3. – С. 18–22.
8. Избранные лекции по акушерству и гинекологии: Под ред. акад. РАМН Стрижакова А.Н. – Ростов-на-Дону, 2000. – 500 с.
9. Коханевич Є.В., Суханова А.А. Алгоритм лікування вагітних з патологією шийки матки // Жіночий лікар. – 2010. – № 6 (32). – С. 16–18.
10. Абрамченко В.В. Беременность и роды высокого риска. Руководство для врачей. – М.: «Медицинское информационное агентство», 2004. – 400 с.
11. Радзинский В.Е. Акушерская агрессия. – М.: Изд-во Status Praesens, 2011. – 688 с.

Статья поступила в редакцию 06.07.2015