



УДК 618.3-08-039.71:618.146-002-006

ПРОФІЛАКТИКА НЕВИНОШУВАННЯ ВАГІТНОСТІ У ЖІНОК ІЗ ДЕСТРУКТИВНИМ ЛІКУВАННЯМ ЦЕРВІКАЛЬНИХ ІНТРАЕПІТЕЛІАЛЬНИХ НЕОПЛАЗІЙ У АНАМНЕЗІ

Лоя Н.О., Корчинська О.О.

ДВНЗ «Ужгородський національний університет», медичний факультет, кафедра акушерства та гінекології, м. Ужгород

Вступ

Клінічними спостереженнями доведено, що своєчасне виявлення захворювань шийки матки має важливе значення в збереженні репродуктивного здоров'я жінок і профілактики раку шийки матки. Багато вчених сходяться на думці, що не пухлинні й пухлинні захворювання шийки матки під час вагітності пов'язані з високим ризиком для здоров'я матері, плода та новонародженого [1, 3, 5, 6, 7].

Актуальність проблеми обумовлена тим, що рак шийки матки – найбільш часто трапляється як один із видів гінекологічного раку, пов'язаний з вагітністю, що підтверджено численними дослідженнями, і, за даними літератури, виявляється у 1 на 1240–2200 вагітних [2, 4, 8].

Дуже важливим є також питання про частоту виникнення рецидивів цервікальних інтраепітеліальних неоплазій (ЦІН) під час вагітності у жінок, які перенесли в прегравідарний період деструктивні методи лікування. Проблема профілактики і діагностики вагітних із деструктивним лікуванням цервікальних інтраепітеліальних неоплазій в анамнезі не вирішена, тому наше дослідження на даний час є актуальним.

Мета дослідження

Зниження частоти невиношування у жінок із деструктивним лікуванням цервікальних інтраепітеліальних неоплазій в анамнезі.

Матеріали та методи

Для досягнення вказаної мети нами було проведено обстеження 150 пацієнток репродуктивного віку. Сформовано: I основну групу – 50 жінок із деструктивним лікуванням цервікальних інтраепітеліальних неоплазій в анамнезі, які отримували загальноприйнятні лікувально-

профілактичні заходи; II основну групу – 50 жінок із деструктивним лікуванням цервікальних інтраепітеліальних неоплазій в анамнезі, які отримували розроблені нами профілактично-лікувальні заходи; контрольну групу жінок склали 50 здорових вагітних із фізіологічним перебігом вагітності без ЦІН в анамнезі.

До I та II основної групи обстежуваних ввійшли жінки, які до вагітності в анамнезі мали деструктивне лікування цервікальних інтраепітеліальних неоплазій різного ступеня важкості. ЦІН I було виявлено у I групі 68,0% та 66,0% випадків у II групі. ЦІН II спостерігалося у 24,0% (I) та у 22,0% (II) випадків. ЦІН III було наявне у 8,0% (I) випадків та у 12,0% (II) випадків. Усі пацієнтки отримували лікування, з приводу якого було проведено санацію, медикаментозну терапію, при ЦІН легкого та середнього ступенів – лазерну- та кріодеструкцію, а при ЦІН важкого ступеня – радіохвильову конізацію шийки матки. Всі жінки I та II групи до вагітності були інфіковані вірусом папіломи людини та майже у кожній другій пацієнтки було діагностовано вірус простого герпесу.

Комплекс профілактично-лікувальних заходів, який був впроваджений та удосконалений нами включає: призначення в передгравідарний період імуномодуючого засобу з протизапальною дією натрію амінодигідрофталазиндіону по 100 мг (супозиторії) ректально кожного дня протягом 5 днів, надалі 1 раз у 2–3 дні, загальний курс 20 супозиторіїв. Пероральний прийом препарату дідрогестерон 10,0 мг перорально двічі на добу з моменту діагностування вагітності до 22 тижнів для лікування всіх випадків ендогенної недостатності прогестерону. При цьому курс лікування поєднують з інтравагінальним введенням антисептичного та протимікробного препарату хлоргексидин біглюконату 16 мг (супозиторії вагінальні) по



1 свічці два рази в день упродовж 10 днів. Терміни вагітності, при яких назначають лікування, – 10–12, 20–22 та 32–34 тижні. Також курс лікування доповнюється ректальним введенням інтерферону людського рекомбінантного альфа-2 (супозиторії) по 250 000 МО двічі на добу протягом 10 днів. Терміни вагітності при яких назначають лікування – 10–12, 20–22 та 32–34 тижні. Профілактика фетоплацентарної дисфункції проводиться пероральним прийомом препарату, що містить омега-3 жирні кислоти, по 1000 мг 2 рази на день під час їди впродовж вказаних термінів.

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»). Також проводилося: мікроскопія урогенітального мазка; цитологічне дослідження зішкрібів з цервікального каналу шийки матки; кольпоскопічне дослідження шийки матки; полімеразна ланцюгова реакція (ПЛР) зішкрібів з цервікального каналу шийки матки на інфекції, що передаються статевим шляхом (ППСШ) 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. Статистичну обробку проводили за допомоги програми «Excel». Результати обстеження оброблені методом варіаційної статистики, а відмінності між групами оцінені за критерієм Стьюдента, вважаючи їх достовірними при $p < 0,05$.

Результати досліджень

Вік пацієнток коливався в межах від 17 до 36 років, основна кількість вагітних була у віці від 20 до 30 років. Середній вік обстежуваних жінок у основних групах суттєво не відрізнявся (I – $25,1 \pm 4,3$ та II – $25,2 \pm 4,0$ року $p < 0,05$), а у контрольній групі склав $25,0 \pm 3,9$ року. Із представлених даних, у трьох групах переважали вагітні у віці 22–26 років (I – 48,0%, II – 46,0% а в контрольній групі 52,0% жінок). Вік менархе варіював від 11 до 14 років, у серед-

ньому складаючи в I групі – $13,1 \pm 0,7$ року, в II групі – $13,0 \pm 0,7$ року та в контрольній групі $13,1 \pm 0,6$ року. Середній вік початку статевого життя у I та II групі були практично однакові (I – $15,7 \pm 1,2$ року та в II групі – $15,9 \pm 1,2$). У жінок контрольної групи середній вік початку статевого життя склав $17,1 \pm 1,4$ року.

Порушення менструального циклу відзначалися в анамнезі у 30,0% вагітних I групи і 34,0% – в II групі. В обох групах найбільш частими порушення менструального циклу була альгодисменорея (94,0% жінок I групи, 92,0% жінок II груп та 64,0% жінок у контрольній групі; $p < 0,05$). При аналізі репродуктивної функції було виявлено, що дана вагітність була першою у 20,0% пацієнток в I групі, у 22,0% – в II групі та у 100,0% – у КГ. В обох основних групах відзначалася висока частота самовільних абортів у ранніх термінах вагітності на відміну від контрольної групи (26,0% жінок I групи, у 28,0% - в II групі та контрольна група – 6,0%; $p < 0,05$). Первинним безпліддям страждали 16,0% жінок I основної групи і 18,0% – II основної груп та 2,0% жінок контрольної групи; $p < 0,05$. Вторинне безпліддя для жінок контрольної групи не було характерним тільки для пацієнток, що належали до I та II основної групи, 4,0% і 5,0% відповідно.

Необхідно зазначити, що у жінок в анамнезі у I та II групах було діагностовано уреоплазмоз у 62,0% випадків I групи та 64,0% випадків II групи, мікоплазмоз у 36,0% жінок I групи та 38,0% жінок II групи, хламідіоз було виявлено в 10,0% жінок I групи та 8,0% жінок II групи, трихомонадна інфекція у 2,0% жінок I групи та 4,0% жінок II групи. У контрольній групі діагностовано лише уреоплазм у 2,0%.

На I етапі нашого дослідження представлені порівняльні аспекти перебігу вагітності, пологів, післяпологового періоду та неонатального періоду у жінок I основної групи та контрольної.

У першій половині вагітності найбільш частим ускладненням була загроза самовільного переривання вагітності (78,0% I група та 16,0% контрольна група; $p > 0,05$), ранній гестоз спостерігався у 66,0% пацієнток I групи та 14,0% контрольної групи; $p > 0,05$. Що стосується II половини вагітності, то слід відзначити набагато більше ускладнень ніж у I половині. Загроза передчасних пологів була у 66,0% I групи та у 4,0% контрольної групи ($p < 0,05$). Преєклампсія легкого та середнього ступенів дала такі показники (54,0% у I групі та 26,0%



у контрольній групі; $p < 0,05$). У II половині вагітності спостерігалася істміко-цервікальна недостатність після деструктивного лікування ЦН, яка була встановлена у 18,0% жінок основної групи, після радіохвильової конізації шийки матки – у 12,0% жінок, а після лазерта КД у 6,0% жінок, із приводу якої пацієнткам накладено профілактично-лікувальний шов за Лосицькою.

Плацентарна дисфункція спостерігалася у 32,0% жінок в основній групі, що стало статистично достовірним щодо контрольної групи – 6,0% ($p < 0,05$). ЗВУР в основній групі відзначився у 16,0% та 4,0% у контрольній групі; $p < 0,05$. За даними УЗД встановлено, що ступінь зрілості плаценти не відповідає гестаційному віку в 60,0% випадків в основній групі та 6,0% – у контрольній групі; $p > 0,05$. Ступінь

зрілості плаценти випереджав гестаційний вік у 36,0% основної групи та 6,0% контрольної групи; $p < 0,05$. Аномальне розташування плаценти виявлено у 4,0% основної групи та жодного – у контрольній групі.

Помірне багатоводдя спостерігалось у 8,0% жінок I основної групи, чого у контрольній групі не виявлено. Маловоддя спостерігалось у 6,0% основної та у 2,0% контрольної груп. При гістологічному дослідженні плаценти ознаки фетоплацентарної недостатності встановлено у 4,0% випадків у контрольній групі та у 62,0% випадків в основній групі; $p > 0,05$. Гемодинамічні порушення (мікроінфаркти, крововиливи, тромбози плацентарних судин) виявлено у 26,0% випадків основної групи, чого у контрольній групі не спостерігалось; $p < 0,05$.

Таблиця 1

Ускладнення пологів у досліджуваних групах (%)

	I основна група (n=50)		Контрольна група (n=50)	
	Абс.	%	Абс.	%
Передчасні пологи	8	16,0*	0	0
Передчасний розрив плодових оболонок	13	26,0*	4	8,0
Слабкість потуг	28	56,0*	14	28,0
Дискоординована родова діяльність	1	2,0*	0	0
Первинна слабкість родової діяльності	21	42,0*	13	26,0
Вторинна слабкість пологової діяльності	7	14,0*	1	2,0
Передчасне відшарування нормально розміщеної плаценти	3	6,0*	0	0
Епізіо- та перінеотомія	6	18,0*	4	8,0
Дистрес плода	10	20,0*	1	2

Примітка: * $p < 0,05$ – достовірність різниці між I основною та контрольною групою

Ускладнення пологів, які були наявні у I основній групі та контрольній групі, дали статистично достовірні результати та представлені у таблиці 1.

Строковими були пологи у 84,0% жінок основної групи та 100,0% контрольної групи. Пологи per vias naturalis в досліджуваній групі закінчилися у 52,0% випадках та у 100,0% випадках в контрольній групі; $p > 0,05$. Пологи шляхом кесаревого розтину в основній групі закінчилися у 48,0% випадках. Найчастішими показами до кесаревого розтину були пре-еклампсія важкого ступеня, що не корегува-

лася медикаментозно, аномалії пологової діяльності, передчасне відшарування нормально розташованої плаценти, неспроможність рубця на матці, а з боку плода – дистрес.

Оперативне вагінальне розродження було у 26,0% жінок основної групи (20,0% із них вакуум-екстракції та 2,0% акушерських щипців) та 2,0% жінок у контрольній групі (вакуум-екстракція). В основній групі зареєстровано 2 випадки акушерських щипців через слабкість пологових сил у потужному періоді, яка не піддавалася медикаментозному лікуванню.



У післяпологовому періоді спостерігалось збільшення анемії до 78,0% жінок основної групи та 26,0% жінок у контрольній групі ($p < 0,05$). У 8,0% пацієнток основної групи на 2–3 добу післяродового періоду встановлено діагноз ендометриту, субінволюції матки (проведено адекватну антибактеріальну та інфузійну терапію), що не було характерним для контрольної групи. Гіпотонічна кровотеча у ранньому післяродовому періоді склала 6,0% жінок у основній групі та не спостерігалась у контрольній групі. Частка дефекту посліду та оболонок склала 10,0% в основній групі та 2,0% у контрольній групі ($p < 0,05$). В ході отриманих ускладнень у основній групі було проведено інструментальну ревізію стінок порожнини матки у 4,0% жінок та 6,0% випадків ручного відділення та видалення посліду.

Перебіг раннього неонатального періоду був ускладнений лише у новонароджених, які були народжені від жінок із деструктивним лікуванням ЦН в анамнезі. Серед проблем, що найчастіше траплялися, ми відзначили дезадаптаційний синдром (тремор, аномальна м'язова активність, зниження рефлексів), який був встановлений у 26,0% немовлят, респіраторний дистрес синдром (РДС), що траплявся у 8,0% випадків новонароджених. ЗВУР I ступеня виявлено у 12,0% дітей жінок основної групи та у 4,0% дітей жінок контрольної групи; $p < 0,05$. ЗВУР II спостерігався лише у I основній групі – 4,0%. Серед родових травм у 4,0% новонароджених спостерігалась кефалогематома. Щодо інфекційних ускладнень, то у даній групі немовлят було 10,0% випадків внутрішньоутробного інфікування (з них 2 випадки пневмонії бактеріальної етіології).

Нормальний кровоплин ($s/d = 2,4 \pm 0,5$) спостерігався у контрольній групі в 100,0%, а в основній групі у 74,0%; $p < 0,05$. Розширений біофізичний профіль плода основної групи дав такі результати: у 16,0% випадків оцінка становила 4 бали і нижче, у 10,0% – 5–6 балів, у 74,0% – 7–10 балів. У контрольній задовільний стан плода зафіксований у 100,0% жінок.

Результати ультразвукової фетометрії свідчили про нормальний ріст плода у 84,0% в основній групі та у 100,0% – у контрольній групі.

Провівши оцінку клінічної ефективності запропонованих профілактично-лікувальних

методів, наявні розбіжності серед I та II групи під час вагітності, родів, післяпологового періоду та неонатального періоду.

У першій половині вагітності частіше спостерігалась поширеність загрози самовільного переривання вагітності у жінок на фоні загальноприйнятих лікувально-профілактичних заходів – 78,0% (I основна група), а у жінок, які були проліковані за допомогою нашого методу склала, 28,0% (II основна група); $p < 0,05$. Достовірно нижча поширеність раннього гестозу вагітних, що проявлявся блювотою вагітних легкого та середнього ступенів важкості у жінок II основної групи – 18,0% ніж у I основної групи в 66,0% жінок; $p > 0,05$. Досліджуючи II половину вагітності, спостерігається зниження частоти загрози передчасних пологів у II основній групі, що склало 2,0% жінок ніж 66,0% жінок у I основній групі; $p < 0,05$. Розповсюдження прееклампсії серед обстежуваних жінок II групи склало 22,0% проти 54,0% у I групи; $p < 0,05$. Маловоддя спостерігалось у 2,0% жінок II основної групи та у 6,0% жінок I основної групи; $p < 0,05$. Багатоводдя у II основній групі спостерігалось в 2,0%, що не скажеш про I основну групу – 8,0% жінок; $p < 0,05$. Плацентарна дисфункція у II основній групі дала набагато ліпші результати порівнюючи із I групою (6,0% II група проти 32,0% I група; $p < 0,05$). ЗВУР плода зафіксовано у 4,0% випадків у II основній групі та у 16,0% випадків у I основній групі, що теж дало статистично достовірні результати. Серед ехографічних особливостей плаценти варто зазначити, що ступінь зрілості плаценти випереджає гестаційний вік у 36,0% випадків у I основній групі та 4,0% випадків у II основній групі; $p < 0,05$.

Ознаки фетоплацентарної недостатності наявні у 6,0% випадків в II групі та у 62,0% випадків у I основній групі. Гемодинамічні порушення (мікроінфаркти, крововиливи, тромбози плацентарних судин) наявні у 26,0% випадків I основної групи та 4,0% II основної групи; $p < 0,05$.

Істміко-цервікальна недостатність частіше простежувалась серед жінок, які були проліковані за загальноприйнятими методами, – 18,0%, а серед жінок, які були проліковані за допомогою нашого методу, цей показник склав 2,0%; $p < 0,05$.



Таблиця 2

Ускладнення пологів серед основних досліджуваних груп (%)

	I основна група (n=50)		II основна група (n=50)	
	Абс.	%	Абс.	%
Передчасні пологи	8	16,0*	0	0
Передчасний розрив плодових оболонок	13	26,0*	3	6,0
Слабкість потуг	28	56,0*	14	24,0
Дискоординована родова діяльність	1	2,0*	0	0
Первинна слабкість родової діяльності	21	42,0*	13	22,0
Вторинна слабкість пологової діяльності	7	14,0*	1	0
Передчасне відшарування нормально розміщеної плаценти	3	6,0*	0	0
Епізіо- та перінеотомія	6	12,0*	4	4,0
Дистрес плода	10	20,0*	1	2
Акушерські щипці	1	2,0	0	0
Вакуум-екстракція	12	24,0	2	4,0
Кесарів розтин	24	48,0	2	4,0

Примітка: * $p < 0,05$ – достовірність різниці між I та II основною групою

Як бачимо (табл. 2.), запропонований та удосконалений нами комплекс профілактично-лікувальних заходів виявився ефективним щодо профілактики невиношування вагітності у жінок після деструктивного лікування цервікальних інтраепітеліальних неоплазій в анамнезі і дав нам позитивні результати. Строкові пологи відбулися у 100,0% жінок II групи та у 84,0% жінок I групи. У 96,0% жінок II групи пологи закінчилися *per vias naturalis*, а у I групі в 52,0% жінок; $p < 0,05$. Кесарським розтином завершено пологи у 4,0% жінок II групи та 48,0% жінок I групи; $p < 0,05$. Проаналізувавши ускладнення в післяпологовому періоді бачимо велику відмінність перебігу у двох основних групах. Анемія у II групі склала 28,0% випадків а у I групі 78,0%; $p < 0,05$. Дефект посліду та оболонок (I група – 10,0%, II група 4,0%; $p < 0,05$). Гіпотонічна кровотеча в ранньому післяпологовому періоді склала 6,0% жінок в I групі та 2,0% у II групі; $p < 0,05$. Ендометрит виявлено у 2,0% випадків у II групі та у 8,0% жінок I групи; $p < 0,05$.

Маса тіла: в середньому 2900 ± 200 грам, що стосується I групи та 3300 ± 200 грам в II групі; $p < 0,05$. Спостерігалось декілька випадків мало вагових дітей до терміну гестації

у I основній групі (16,0%), що не було характерним для II групи. Статистично достовірними результатами були дезадаптаційний синдром (6,0% II група проти 26,0% I група; $p < 0,05$) та ЗВУР I ступеня (2,0% II група проти 16,0% I група; $p < 0,05$). Аномалій розвитку у новонароджених виявлено не було ні в одній із груп, оскільки вагітні своєчасно проходили пренатальну діагностику та скринінгове УЗ-обстеження згідно з рекомендаціями гінекологів.

Результати доплерометрії: нормальний кровоплин ($s/d = 2,4 \pm 0,5$) спостерігався у II основній групі в 96,0%, а в основній групі у 74,0%; $p < 0,05$. Порушення плодово-плацентарного кровообігу I ст. виявлено в 22,0% випадків I групи та у 4,0% випадків II основної групи; $p < 0,05$. У II основній групі порушення гемодинаміки II ступеня не було виявлено, що не скажеш про I групу – 4,0%.

Патологічна оцінка БПП, тобто 4 бали і нижче у II групі було відсутнє, що характерно для I групи – 16,0%. А задовільний стан плода зафіксований у 96,0% жінок II групи проти 74,0% I групи; $p < 0,05$. Найбільш ранні прояви затримки розвитку плода виявлено в I основній групі у 16,0%, а у II групі в 4,0%.



Порівнюючи результати зішкрібу ендоцервіксу та за допомогою ПЛР діагностики було виявлено, що у 10–12 тижнів вагітності набагато кращі результати мають жінки, яким був запропонований наш профілактично-лікувальний метод. ВПЛ 16 типу, як моноінфекція була виявлена у (14,0% I та 6,0% II групи; $p < 0,05$), ВПЛ 18 типу – (8,0% I та 2,0% II групи; $p < 0,05$), поєднання 16 і 18 типів ВПЛ – (12,0% I та 4,0% II групи; $p < 0,05$). Реактивовані віруси простого герпесу 1–2 спостерігався у (18,0% I та 8,0% II групи; $p < 0,05$). Реактивація цитомегаловірусної інфекції сягла 16,0% у I основній групі та 2,0% у II основній групі; $p < 0,05$. Частота уреоплазмозу (I – 22,0%, II – 8,0%; $p < 0,05$), мікоплазмозу (I – 14,0% та II – 4,0%; $p < 0,05$) та хламідозу (I – 8,0%, II – не спостерігалася; $p < 0,05$).

При вивченні мікробіоценозу піхви за допомогою бактеріологічного дослідження, яке було проведено впродовж вагітності, встановлено, що показники концентрації *Lactobacillus spp.* були набагато вищі у II основній групі ніж у I. Мікробіоценоз піхви при вагітності у жінок досліджуваних груп у I триместрі, характеризувалися тим, що у I групі, нормальний мікробний пейзаж траплявся у меншій кількості ніж у II групі (58,0% у I та 86,0% у II; $p < 0,05$). Характеризуючи в подальшому II та III триместр вагітності, спостерігається зниження ступеня чистоти піхви у I групі та його нормальні показники у II групі.

При проведенні цитологічного дослідження встановлено, що всі цервікальні інтраепітеліальні неоплазії у I та у II основних групах супроводжувалися запальним типом епітелію і дали велику розбіжність між результатами за період дослідження. У контрольній групі випадки ЦІН не спостерігалося, лише деякі запальні зміни епітелію.

У жінок, які були проліковані за допомогою розробленого нами профілактично-лікувального комплексу, в I триместрі вагітності нормальна цитологічна картина становила 86,0%, а для жінок I групи – 58,0%; $p < 0,05$

Упродовж II триместру вагітності спостерігалося значне збільшення ЦІН I у I основній групі, що не було характерним для II основної групи (38,0% I та 2,0% II група; $p < 0,05$). ЦІН II та ЦІН III було і надалі відсутнє у II групі. Досліджуючи III триместр вагітності, нормальна цитологічна картина у II групі сягла 74,0% у II групі та 46,0% випадків у I групі; $p < 0,05$. Показники випадків цервікальних інтраепітеліальних неоплазій у II основній групі не змінилися

і залишилися такими, як були. Звичайно, що у I групі, де був запропонований загальноприйнятий метод лікування, наявні випадки навіть ЦІН важкого ступеня, що ще раз доводить ефективність нашої методики.

У пацієнток контрольної групи не спостерігали кольпоскопічних ознак дисплазії шийки матки. При розширеній кольпоскопії в них діагностовано фонові процеси. Так, у жінок 8,0% виявлено ектопію циліндричного епітелію та у 12,0% спостерігали ознаки цервіциту, серед яких в одному випадку 2,0% діагностовано істинну ерозію.

При порівнянні отриманих кольпоскопічних ознак I та II основної групи, виявлено, що перебіг змін шийки матки після проведення загальноприйнятого методу лікування набагато гірший ніж після нашого запропонованого профілактично-лікувального і суттєво відрізняється. Нормальні кольпоскопічні ознаки спостерігалися у II основній групі набагато частіше ніж у I групі і дали статистично достовірні результати: I триместр (I – 58,0% та II – 86,0%), II триместр (I – 52,0% та 78,0%), III триместр (I – 46,0% та 74,0% у II). У II основній групі ознаки плоскоклітинного інтраепітеліального пошкодження були відсутні, що не скажеш про I основну групу, крім судин запального характеру (42,0% у I основній та 14,0% у II основній групі; $p < 0,05$). У II триместрі відбулося незначне поодинокі збільшення патологічних ознак у II основній групі, що дало статистично достовірні результати: ацето-білий епітелій (I – 21,0% та II – 2,0%), пунктуація (I – 19,0% та II – 2,0%), мозаїка (I – 15,0% та II – 2,0%), лейкоплазія (I – 10,0% та II – 0), йод-негативний епітелій (I – 19,0% та II – 2,0%), судини запального характеру (I – 48,0% та II – 22,0%). При дослідженні III триместру вагітності, результати показали, що показники патологічних кольпоскопічних ознак у II основній групі майже не змінились, що вказує на хороший ефект запропонованого нашого профілактично-лікувального методу і заслуговує на застосування у практиці акушер-гінекологів.

Висновки

1. Запропонований комплекс профілактично-лікувальних заходів покращив перебіг вагітності, пологів, післяпологовий та неонатальний період. Встановлено достовірне зменшення частоти акушерських ускладнень у I та у II половині вагітності.



2. При дослідженні особливості стану фето-плацентарного комплексу у вагітних із деструктивним лікуванням цервікальних інтраепітеліальних неоплазій в анамнезі спостерігається зменшення частоти ознак фето-плацентарної недостатності у 10 разів, а гемодинамічних порушень – у 6,5 разу. Задовільний стан плода збільшився у 1,3 разу.

3. Результати досліджень мікробіоценозу піхви після застосування профілактично-лікувального комплексу, розробленого нами, показали, що показники концентрації *Lactobacillus* spp. були набагато вищі. Тобто впродовж вагітності спостерігали зменшення кількості умовно-патогенних мікроорганізмів та достовірне підвищення кількості лактобактерій у статевих шляхах.

4. Завдяки запропонованому нами профілактично-лікувальному методу, вдалося покращити цитоморфологічну та кольпоскопічну картину стану шийки матки у вагітних після деструктивного методу лікування ЦІН в анамнезі.

5. Використання розробленого нами профілактично-лікувального комплексу дозволяє впливати на певні ланки етіопатогенезу цервікальних інтраепітеліальних неоплазій та дисбіозів у лікувально-профілактичному режимі і знизити частоту невиношування та передчасних пологів у вагітних із деструктивним лікуванням цервікальних інтраепітеліальних неоплазій в анамнезі.

Резюме. Проведено порівняльну оцінку перебігу вагітності, пологів, післяпологового періоду та неонатального періоду у жінок після деструктивних методів лікування в анамнезі. Встановлено, що використання розробленого нами профілактично-лікувального комплексу дозволяє впливати на певні ланки етіопатогенезу дисплазії та дисбіозів у лікувально-профілактичному режимі і знизити частоту невиношування у даній групі.

Ключові слова: невиношування вагітності, цервікальні інтраепітеліальні неоплазії, деструктивне лікування

Prevention of miscarriage in women with destructive treatment for cervical intraepithelial neoplasia in history

Loya N.O., Korchyńska O.O.

Summary. Comparative evaluation of pregnancy, childbirth, and the postpartum and neonatal period in women after destructive therapies in history. The use of our developed treatment-medical complex allows to influence certain parts of the pathogenesis of dysplasia and dysbiosis in health care regime and reduce the frequency of miscarriage in this group.

Key words: miscarriage, cervical intraepithelial neoplasia, destructive treatment

ЛІТЕРАТУРА

1. Басин Б.Л. К вопросу о влиянии беременности на рост злокачественных опухолей в эксперименте // Медицинский журнал Узбекистана. – 1962. – № 1. – С. 24–28.
2. Бохман Я.В., Урманчеева А.Ф., Декстер Л.И. Рак шейки матки и беременность / Злокачественные опухоли и беременность. Под ред. Н.Л. Напалкова, Я.В. Бохмана, Р.И. Вагнера. – Л., 1981. – С. 91–105.
3. Василевская Л.Н., Стригалева З.М. К вопросу о диагностике и лечении предраковых состояний влажной части шейки матки у беременных женщин / В кн.: Вопросы онкологии / Под ред. В.П.Козаченко. – Воронеж, 1974. – С. 41–46.
4. Вишневская Е.Е. Ошибки в диагностике рака шейки матки, сочетающегося с беременностью // Материалы Белорусского научного медицинского общества акушеров-гинекологов и неонатологов. – Минск, 1997.
5. Вольфсон Н.И. Генез рака шейки матки. – Л.: Мед., 1970.
6. Ганина К.П., Коханевич Е.В., Мельник А.Н. Диагностика предопухолевых и опухолевых процессов шейки матки. – К.: Наукова думка, 1984.
7. Краевская И.С., Винокур М.Л. Особенности формирования «групп риска» по заболеванию раком шейки матки / В кн.: Вопр. орг. противораков. борьбы. – М., 1974. – С.67–76.
8. Урманчеева А.Ф. Рак шейки матки и беременность // Практическая онкология. – 2002. – Т. 3, № 3. – С. 183–193.