

Вплив хірургічних методів лікування шийки матки на репродуктивну функцію жінок

І.Ю. Костюк

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ

Після деструктивних методів лікування шийки матки жінки належать до групи високого ризику щодо виникнення гестаційних ускладнень як одного з чинників репродуктивних втрат, що зумовлює соціальне значення проблеми.

Мета дослідження: проведення порівняльного аналізу репродуктивної функції у жінок, які перенесли різні оперативні втручання на шийці матки; вивчення впливу деструктивних методів лікування патології шийки матки на перебіг вагітності для вдосконалення принципів допологового спостереження.

Матеріали та методи. Усі обстежувані жінки (n=201), які перенесли органозберігальні операції (електроконізація, кріодеструкція, лазерна вапоризація або радіохвильова ексцизія) на шийці матки з дисплазії 1–3-го ступеня, були розподілені на три групи: 1-а група (ретроспективна, n=114) – пацієнтки, у яких особливості менструальної і репродуктивної функцій вивчали анамнестично; 2-а група (проспективна, n=57) – жінки, яких включено у дослідження відразу після хірургічного лікування; 3-я група (контрольна, n=30) – практично здорові жінки. Хворі порівняльних груп були зіставні за віком (середній вік – 25,7±4,4 року) і перебігом патологічного процесу у шийці матки.

Результати. У ході п'ятирічного дослідження було вивчено менструальну і генеративну функції у пацієнток після проведеного хірургічного лікування. Менструальна функція збережена в усіх пацієнток, але найчастіше жінки скаржились на альгодисменорею і появу кров'янистих виділень до і після менструації: найбільший відсоток – у жінок після електроконізації, найменший – після кріодеструкції. Після лазерної вапоризації і радіохвильової ексцизії змін не відзначено.

Під час аналізу ускладнень вагітності найбільш значущими виявились достовірні розбіжності між відсотком вагітних із загрозою переривання у перших двох групах (47,9% і 26,0% відповідно) і групою контролю (14,8%). Це можна пояснити розвитком істміко-цервікальної недостатності у пацієнток, які перенесли оперативні втручання на шийці матки, а також наявністю фетоплацентарної дисфункції, підтвердженої порушеннями доплерометричних індексів.

Заключення. Сучасні деструктивні методи лікування патології шийки матки, найменш травматичними з яких є лазерна вапоризація і радіохвильова ексцизія, дозволяють вилікувати основне захворювання і зберегти як менструальну, так і генеративну функції. Ураховуючи клінічну картину захворювання і встановлений діагноз, необхідно розробляти індивідуальну тактику ведення для кожної хворої, проводити активний моніторинг протягом року після операції та спостереження протягом року після вагітності незалежно від її результату.

Ключові слова: патологія шийки матки, дисплазія, деструктивні методи лікування, невиношування вагітності, істміко-цервікальна недостатність, плацентарна дисфункція.

Influence of destructive methods of the cervix on reproductive function of woman

I. Yu. Kostyuk

After destructive methods of treatment of the cervix, women are at high risk for the development of gestational complications as one of the causes of reproductive losses, which determines the social significance of the problem.

The objective: to carry out a comparative analysis of the reproductive function in women who have undergone various surgical interventions on the cervix, to study the effect of destructive methods of treating cervical pathology on the course of pregnancy to improve the principles of antenatal care.

Materials and methods. All examined women (n=201) who underwent organ-sparing operations (electrocoagulation, cryodestruction, laser vaporization or radiowave excision) on the cervix for dysplasia of I-III degree, were divided into 3 groups: 1 group (retrospective, n=114) – patients in whom the features of menstrual and reproductive function were studied anamnestically; group 2 (prospective, n=57) – women who were included in the study immediately after surgery; group 3 (control, n=30) – almost healthy women. Patients in the comparative groups were comparable in age (mean age 25,7±4,4 years) and the course of the pathological process in the cervix.

Results. In a 5-year study, menstrual and generative functions in patients after surgery were studied. Menstrual function is preserved in all patients, but most women complain of algodysmenorrhea and bleeding before and after menstruation: the highest percentage – in women after electrocoagulation, the lowest – after cryodestruction, after laser vaporization and radiowave excision changes were not observed.

In the analysis of pregnancy complications, the most significant were significant differences between the percentage of pregnant women at risk of abortion in the first two groups (47,9% and 26,0%, respectively) and the control group (14,8%), which can be explained by the development of isthmic-cervical insufficiency. Patients who underwent surgery on the cervix, as well as the presence of placental dysfunction, confirmed by violations of doppler indices.

Conclusion. Modern destructive methods of treatment of cervical pathology, the least traumatic of which are laser vaporization and radiowave excision, can cure the underlying disease and preserve both menstrual and generative functions. Taking into account the clinical picture of the disease and the established diagnosis, it is necessary to develop individual management tactics for each patient, to conduct active monitoring during the year after surgery and observation during the year after pregnancy, regardless of its outcome.

Keywords: cervical pathology, dysplasia, destructive treatments, miscarriage, isthmic-cervical insufficiency, placental dysfunction.

Влияние хирургических методов лечения шейки матки на репродуктивную функцию женщин

И.Ю. Костюк

После деструктивных методов лечения шейки матки женщины относятся к группе высокого риска по развитию гестационных осложнений как одной из причин репродуктивных потерь, что определяет социальное значение проблемы.

Цель исследования: проведение сравнительного анализа репродуктивной функции у женщин, перенесших различные оперативные вмешательства на шейке матки; изучение влияния деструктивных методов лечения патологии шейки матки на течение беременности для усовершенствования принципов дородового наблюдения.

Матеріали та методи. Все обстежувані жінки (n=201) після органосохраняючих операцій (електроконізація, криодеструкція, лазерна вапоризація або радіоволнова ексцизія) на шийці матки по поводу дисплазії 1–3-ї ступені були розподілені на три групи: 1-я група (ретроспективна, n=114) – пацієнтки, у яких особливості менструальної та репродуктивної функцій вивчали анамнестично; 2-я група (проспективна, n=57) – жінки, включені в дослідження одразу після хірургічного лікування; 3-я група (контрольна, n=30) – практично здорові жінки. Великі порівнювані групи були порівняні за віком (середній вік – 25,7±4,4 роки) та теченню патологічного процесу в шийці матки.

Результати. В ході п'ятирічного дослідження були вивчені менструальна та генеративна функції у пацієнток після проведеного хірургічного лікування. Менструальна функція збережена у всіх пацієнток, але частіше жінки скаржилися на альгодисменорею та появу кров'янистих виділень до та після менструації: найбільший відсоток – у жінок після електроконізації, найменший – після криодеструкції. Після лазерної вапоризації та радіоволнової ексцизії зміни не помічені.

При аналізі ускладнень вагітності найбільш важливими виявилися достовірні відмінності між відсотком вагітних з загрозою переривання в перших двох групах (47,9% та 26,0% відповідно) та групою контролю (14,8%). Це можна пояснити розвитком істміко-цервікальної недостаточності у пацієнток, перенеслих оперативні втручання на шийці матки, а також наявністю плацентарної дисфункції, підтвердженої порушеннями доплерометричних показників.

Висновки. Сучасні деструктивні методи лікування патології шийки матки, найменш травматичними з яких є лазерна вапоризація та радіоволнова ексцизія, дозволяють вилікувати основне захворювання та зберегти як менструальну, так і генеративну функції. Враховуючи клінічну картину захворювання та встановлений діагноз, необхідно розробити індивідуальну тактику ведення для кожної жінки, проводити активний моніторинг впродовж року після операції та спостереження впродовж року після вагітності незалежно від її результату.

Ключові слова: патологія шийки матки, дисплазія, деструктивні методи лікування, невиношування вагітності, істміко-цервікальна недостаточність, плацентарна дисфункція.

Під час вагітності відбуваються зміни в усіх органах і системах жіночого організму, але найбільш перебудова спостерігається у статевих органах, у тому числі й на шийці матки (ШМ) [1]. Перспективи повноцінного запліднення, успішного виношування вагітності і своєчасних пологів багато в чому визначаються структурно-функціональними особливостями ШМ. Важливим моментом при обстеженні ШМ під час вагітності є той факт, що виконання діагностичних процедур може ускладнюватися і впливати на клінічну інтерпретацію даних [2].

Сьогодні у сучасному світі спостерігається тенденція до відкладення народження дітей до віку 30+. На тлі збільшення кількості тих, хто народжує вперше у цьому віці, проведення лікування доброякісних захворювань ШМ жінкам лише після пологів призводить до збільшення кількості вагітних із різноманітними захворюваннями ШМ і справляє негативний вплив на перебіг вагітності та пологів [3].

Частота змін ШМ у вагітних становить близько 80%. За даними різних авторів, у структурі захворювань ШМ провідне місце посідають запальні процеси (екзо- й ендцервіцити) – 76–90%, дисплазії – 33%, ектопії – 22–25%, поліпоподібні утворення – 10% [3, 4].

Причини виникнення патології ШМ у вагітних різноманітні:

- ранній початок статевого життя,
- часті аборти,
- травматичні пошкодження ШМ,
- інфікування урусно-бактеріальними асоціаціями мікроорганізмів,
- гормональний дисбаланс,
- екстрагенітальні захворювання,
- вік,
- соціальні та професійні чинники,
- відсутність адекватного лікування у прегравідарний період [5].

Науковими дослідженнями встановлено, що розвиток доброякісних і передракових захворювань ШМ як до, так і під час вагітності спричиняють хронічні запальні захворювання статевих органів [6].

Останніми роками запропоновано багато методів лікування захворювань ШМ – як консервативних, так і оперативних [7]. Радикальними вважаються ті, які забезпечують руйнування (деструкцію) патологічного вогнища з наступним відновленням функціонального повноцінного багатоядерного плоского епітелію. Серед методів деструкції набули поширення хімічна коагуляція, криодеструкція, діатермокоагуляція (діатермоексцизія), лазерна вапориза-

ція та радіохвильова деструкція. Кожен метод лікування має свої переваги і недоліки. Проте деякі методи супроводжуються значною кількістю ускладнень, травматизмом і спричиняють порушення анатомо-функціональної цілісності ШМ, що у майбутньому справляє негативний вплив на перебіг вагітності та пологів [8].

Найбільш частими з гестаційних ускладнень у пацієнток з оперованою ШМ виділяють загрозу переривання вагітності, загрозу передчасних пологів, анемію, фетоплацентарну дисфункцію, маловоддя, гестаційний пієлонефрит [3]. У вагітних після радіохвильової деструкції загрозу переривання вагітності і загрозу передчасних пологів діагностовано у 3,3 рази рідше порівняно з вагітними після діатермокоагуляції і у 2,4 рази рідше порівняно з пацієнтками після криодеструкції. Близько у 8% пацієнток після криодеструкції виявляють істміко-цервікальну недостатність (ІЦН) і в 1,9 рази частіше – плацентарну дисфункцію [3, 8].

За даними клінічних досліджень, найбільш частота ускладнень відзначається у вагітних із дисплазією ШМ і після оперативного лікування ШМ до вагітності. Порівняльний аналіз засвідчив, що у жінок після діатермокоагуляції і криодеструкції ШМ частіше діагностували ускладнення вагітності і пологів порівняно з пацієнтками після радіохвильової коагуляції. Частота несприятливих наслідків вагітності у жінок із патологією ШМ у 4 рази вища, ніж у вагітних без змін ШМ [8].

Ці факти доводять необхідність своєчасного виявлення і лікування захворювань ШМ до вагітності. Враховуючи високу частоту гестаційних ускладнень у жінок після хірургічного лікування, необхідно вибирати найбільш оптимальні методи деструкції у комплексному лікуванні у прегравідарний період.

Мета дослідження: проведення порівняльного аналізу репродуктивної функції у жінок, які перенесли різні оперативні втручання на ШМ; вивчення впливу деструктивних методів лікування патології ШМ на перебіг вагітності для вдосконалення принципів допологового спостереження.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Було обстежено та включено до дослідження 201 пацієнку у віці від 18 до 35 років, яких спостерігали протягом 5 років. Кожній з них проведено органозберігальне хірургічне лікування з приводу дисплазії I–III ступеня. Під час вивчення стану репродуктивної системи пацієнток обстежуваних груп для оцінювання менструальної функції і виявлення особливостей перебігу вагітності застосовували комплекс діагностичних (інструментальних і лабораторних) методик.

До 1-ї групи (ретроспективної) увійшли 114 жінок (середній вік на момент хірургічного втручання – 25,3±4,3 року), у яких особливості менструальної і репродуктивної функцій вивчали анамнестично. У 47 (41,25) жінок акушерський анамнез був обтяжений штучним перериванням вагітності, при цьому у 32 (28,1%) від загальної кількості пацієнток було по два або три аборти, нормальні пологи відбулися у 15 (13,2%) жінок, в 1 пацієнтки в анамнезі – позаматкова вагітність, у 2 – мимовільне переривання вагітності.

До 2-ї групи (проспективної) увійшли 57 жінок (середній вік на момент хірургічного втручання – 26,8±4,1 року), яких включено до дослідження відразу після хірургічного лікування. У 33 (57,9%) жінок акушерський анамнез був обтяжений штучним перериванням вагітності, нормальні пологи відбулися у 9 (15,8%) жінок, у 3 (5,3%) в анамнезі – мимовільне переривання вагітності.

До 3-ї групи (контрольної) включено 30 практично здорових жінок (середній вік – 24,9±4,8 року).

Ехографічне дослідження органів малого таза (ОМТ) проводили за двома методиками ультразвукового обстеження – трансабдомінальною і трансвагінальною, які доповнювали одна одну. Для вивчення стану гемодинаміки у малому тазі переважало був трансвагінальний доступ при комплексному використанні кольорового і спектрального доплерівських режимів.

Для встановлення діагнозу ПЦН урахували вкорочення ШМ, розширення каналу ШМ, збільшення передньозаднього розміру ШМ, а також пролабування плодового міхура.

Оцінювання біофізичного профілю плода проводили за загальноприйнятою методикою із визначенням дихального руху, рухової активності, м'язового тону, кількості навколоплідних вод, кардіотокографії, ступеня зрілості пацієнти.

Головною метою дослідження впливу патологічного процесу у ШМ на систему гемостазу було виявлення коагулопатій і тромбофілічних станів, які загрожували розвитком тромбозів і тромбоемболій. Для цього застосовували методи і тести, які характеризували прокоагулянтний і тромбоцитарно-судинний ланцюг системи гемостазу (молекулярні маркери тромбофілії).

Статистичне оброблення отриманих даних проводили за допомогою пакета статистичних програм Microsoft Office Excel.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Після проведеного органозберігального лікування менструальна функція була збережена в усіх пацієнток. Найчастіше після оперативного втручання жінки скаржились на альгодисменорею і появу мажучих виділень до і після менструації.

У 1-й групі обстежуваних альгодисменорею зареєстровано у 10 (8,8%) жінок, частіше – у пацієнток після електроконізації ШМ (8 із 10), що, можливо, пов'язано зі стенозом каналу ШМ. При цьому альгодисменорея поєднувалась із появою мажучих виділень (у 3 пацієнток). Розвиток олігоменореї відзначила 1 пацієнтка, що перенесла кріодеструкцію. Нормалізація менструального циклу відбулась у двох пацієнток: в однієї – після кріодеструкції, а у другої – після електроконізації ШМ. Привертає увагу той факт, що змін менструального циклу у жінок після лазерної вапоризації і радіохвильової ексцизії не відзначено.

У 2-й групі хворих альгодисменорея також була найчастішим варіантом зміни менструального циклу: у 5 пацієнток – після електроконізації, у 2 – після ампутації ШМ,

в одному випадку – після кріодеструкції. Поєднання альгодисменореї з мажучими виділеннями було зафіксовано у 4 пацієнток. Олігоменорея виникла після проведеної ампутації ШМ у 2 жінок. Нормалізація менструального циклу спостерігалась в 1 пацієнтки після ампутації ШМ.

Під час вивчення репродуктивної функції жінок після деструктивних методів лікування дисплазії різного ступеня привертає увагу високий відсоток загрози переривання вагітності у пацієнток 1-ї (ретроспективної) групи – 56 (57,7%) випадків. Із 13 жінок після лазерної вапоризації це ускладнення виникло у 4 (30,7%), після радіохірургічної ексцизії – у 3 з 9 (33,3%). У пацієнток після ампутації ШМ загрозу було констатовано у 66,6% випадків (26 пацієнток із 39), а після електроконізації – у 76,5% (13 із 17 жінок). Після кріодеструкції загрозу діагностовано у 4 (30,8%) випадках.

Токсикоз вагітності відзначено у 15 (15,5%) пацієнток, а другий – у 12 (12,4%). При цьому у вагітних, які раніше перенесли ампутацію і конізацію ШМ, відсоток осіб із токсикозами вагітності становив 15,4% (6 жінок) і 17,6% (3 жінки), а з гестозами – 12,8% (5 жінок) і 11,8% (2 жінки) відповідно. У вагітних після кріодеструкції токсикоз розвинувся у 3 (15,8%) пацієнток, а гестози – у 2 (10,5%). Жінки після операцій вапоризації і ексцизії страждали від токсикозу у 15,4% (2 жінки) і 11,1% (1 жінка) випадків, а від гестозу – у 23,1% (3 пацієнтки) і 0% відповідно.

Фетоплацентарну дисфункцію було діагностовано у 13 (13,4%) жінок: після електроконізації ШМ – у 23,5% (4 пацієнтки) випадків, після ампутації і вапоризації показники однакові – 15,4% (по 6 пацієнток), після ексцизії – в 11,1% (1 пацієнтка), після кріодеструкції – 0%.

Відсоток гестозів і фетоплацентарної дисфункції достовірно не відрізнявся від результатів, отриманих для групи контролю.

У пацієнток 2-ї групи (проспективної) найчастішим ускладненням також відзначено загрозу переривання вагітності, спричинену істміко-цервікальною недостатністю (13 пацієнток – 26,0%) і фетоплацентарною дисфункцією (10 пацієнток – 20,0%). Із 7 жінок після лазерної вапоризації це ускладнення виникло в 1 (14,3%), після радіохірургічної ексцизії – в 1 з 3 (33,3%), після ампутації ШМ – у 7 (35,0%) пацієнток з 20, після електроконізації – у 2 (18,8%) з 11, після кріодеструкції – у 2 (22,2%) жінок.

Токсикоз вагітності відзначено у 7 (14,0%) пацієнток, такий самий відсоток ускладнень припадав на преєклампсію – 7 (14,0%) пацієнток. При цьому у вагітних, які раніше перенесли ампутацію й електроконізацію ШМ, відсоток осіб із токсикозами становив 15,0% (3 жінки) і 18,2% (2 жінки), а з гестозами – 10,0% (2 жінки) і 27,3% (3 жінки) відповідно. У вагітних після кріодеструкції токсикоз розвинувся в 11,1% (1 пацієнтка) випадків, а ускладнень преєклампсії взагалі не відзначено (0%). Жінки після операцій вапоризації і ексцизії страждали від токсикозу у 14,3% (1 жінка) і 0% випадків, від гестозу – у 14,3% (1 пацієнтка) і 33,3% (1 пацієнтка) відповідно.

Плацентарну дисфункцію діагностовано у 10 (20,0%) жінок. У пацієнток після електроконізації дане ускладнення виявлено у 27,3% (3 жінки) випадків, після ампутації – у 20,0% (4 жінки), після вапоризації – у 28,6% (2 пацієнтки), після кріодеструкції – в 11,1% (1 жінка). Після радіохірургічної ексцизії фетоплацентарну дисфункцію не діагностовано.

Отже, у 2-й групі, як і в групі ретроспективного дослідження, відзначався високий відсоток загрози переривання вагітності. Інші ускладнення вагітності за частотою виникнення суттєво не відрізнялись від показників контрольної групи.

Частота загрози переривання вагітності у жінок контрольної групи становила 13,3% (4 пацієнтки). Токсикоз вагітності було відзначено у 4 (13,3%) жінок, а гестоз – у 3 (10,0%). Фетоплацентарну дисфункцію діагностовано у 16,7% вагітних. Результати, отримані при дослідженні у контрольній групі, співпадають із даними літератури, наведеними для здорових жінок.

Під час проведення аналізу ускладнень вагітності в усіх трьох групах жінок найбільш значущою виявилась наявність достовірних розбіжностей між відсотком вагітних із загрозою переривання у перших двох групах (47,9% – у 1-й і 26,0% – у 2-й групах) і групою контролю (14,8%). Дослідження при підозрі на загрозу переривання вагітності включало огляд і пальпаторне обстеження ШМ та істмічного відділу. При УЗД у випадку загрози спостерігались локальне потовщення міометрія і зміни конфігурації плідного яйця.

Подібні розбіжності між трьома групами можна пояснити розвитком ІЦН у пацієнток, які перенесли оперативні втручання на ШМ, а також наявністю фетоплацентарної дисфункції. Крім того, загроза переривання вагітності у деяких пацієнток 1-ї і 2-ї груп може бути наслідком деяких ендокринних порушень (цукровий діабет, захворювання щитоподібної залози), а також наявністю хронічних урогенітальних інфекцій та пов'язаних із ними вторинних імунodefіцитних станів.

Частота ІЦН у контрольній групі соматично здорових жінок із загрозою переривання вагітності становила близько 14,0%, а серед пацієнток 1-ї і 2-ї груп – понад 90,0%.

Привертає увагу той факт, що у більшості випадків максимальний відсоток загрози переривання вагітності зафіксовано саме у жінок, які перенесли більш радикальне втручання – ампутацію і конізацію ШМ. Отже, можна зробити висновок, що такі операції, як лазерна вапоризація і радіохірургічна ексцизія, будучи менш травматичними, не призводять до розвитку загрози переривання вагітності, на відміну від конізації і ампутації ШМ. Результатом останніх завжди є дефект або повна відсутність піхвової частини ШМ і, як наслідок, виникнення функціональної недостатності внутрішнього в'єчка і порушень захисних функцій слизової пробки.

Тактика ведення жінок із загрозою переривання вагітності полягала у призначенні максимально дбайливого лікувально-охоронного режиму, застосуванні спазмолітичної терапії, токолітиків, седативних препаратів. Для профілактики розвитку мимовільного викидня 3 пацієнткам із 2-ї групи було накладено шви на ШМ. Надалі розродження у них проводили шляхом кесарева розтину.

Матково-плацентарний і фетоплацентарний кровотік вивчали у 25 вагітних із 2-ї групи і у 10 жінок із групи контролю. У 1-й групі дослідження не проводили.

У 6 пацієнток 2-ї групи (24,0% від кількості обстежуваних) і в 1 жінки з групи контролю (10,0%) було вияв-

лено підвищення доплерометричних індексів. При цьому зміни кровотоку у маткових і спіральних артеріях у 83,3% випадків поєднувались із розвитком гестозів. Зміни доплерометричних показників у радіальних артеріях зафіксовано як у пацієнток із гестозом, так і без нього. Отже, порушення доплерометричних індексів вже у I триместрі вагітності є важливою прогностичною ознакою можливого розвитку гестозу, що дозволяє своєчасно проводити профілактику даного ускладнення.

Під час вивчення фетоплацентарного кровотоку була підтверджена наявність компенсованої плацентарної дисфункції у 10 пацієнток (20,0%) 2-ї групи, що не набагато перевищує кількість вагітних із цим ускладненням у групі контролю – 5 (16,7%) жінок. Для корекції даного ускладнення проводили антигіпоксичні заходи і забезпечення клітинних процесів пластичним та енергетичним матеріалом (глюкоза, аскорбінова кислота, амінокислоти, естрогени).

Порушень розвитку плода не виявлено у жодній вагітній з усіх трьох обстежуваних груп.

ВИСНОВКИ

1. Сучасні деструктивні методи лікування шийки матки – ШМ (кріодеструкція, лазерна вапоризація, радіохірургічна ексцизія) дозволяють вилікувати основне захворювання і зберегти як менструальну, так і генеративну функції. Наявність у жінки в анамнезі органозберігальної операції на ШМ не є протипоказанням до вагітності, а вагітність не має критичного впливу на прогноз основного захворювання.

2. Пацієнтки, які перенесли органозберігальне хірургічне лікування патології ШМ, належать до групи високого ризику щодо виникнення можливих гестаційних ускладнень порівняно із соматично здоровими жінками: частота невиношування вагітності у групі обстежуваних майже у 3 рази вища, ніж у групі контролю (20,3% і 7,4% відповідно).

3. Основною причиною невиношування вагітності у пацієнток після деструктивних методів лікування ШМ є істміко-цервікальна недостатність, тому для профілактики розвитку мимовільного викидня рекомендується накладання швів за загальноприйнятими методиками.

4. Вивчення показників гемодинаміки і гемостазу у вагітних, які перенесли органозберігальні операції на ШМ, дає змогу комплексно оцінити вплив пролікованої раніше патології ШМ на стан провідних функціональних систем організму і провести своєчасну корекцію для профілактики акушерських та перинатальних ускладнень.

5. Отримані дані доводять необхідність виявлення і лікування захворювань ШМ до вагітності, а враховуючи високу частоту гестаційних ускладнень у жінок після хірургічного лікування, необхідно застосовувати найбільш дбайливі методи деструкції у комплексній терапії у прегравідарний період.

Відомості про автора

Костюк Ірина Юріївна – Кафедра акушерства, гінекології та перинатології Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, 01011, м. Київ, вул. Арсенальна, 5. *E-mail: prore-first@nmapo.edu.ua*

Information about the author

Kostyuk Iryna Yuriivna – Department of Obstetrics, Gynecology and Perinatology Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education, 01011, Kyiv, 5 Arsenalna Str. *E-mail: prore-first@nmapo.edu.ua*

Сведения об авторе

Костюк Ирина Юрьевна – Кафедра акушерства, гинекологии и перинатологии Национальной медицинской академии последипломного образования имени П.Л. Шупика, 01011, г. Киев, ул. Арсенальная, 5. *E-mail: prore-first@nmapo.edu.ua*

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Дубоссарская ЗМ, Дубоссарская ЮА. 2018. Репродуктивная эндокринология: перинатальные, акушерские и гинекологические аспекты. Днепропетровск: Лира ЛТД, 415.
2. Лигирда НФ. 2014. Кольпоскопия у вагітних. Особливості норми. Здоровье женщины. 3:57-9.
3. Скурятіна НГ. 2016. Аналіз перебігу вагітності і пологів у жінок із патологією шийки матки. Акушерство. Гінекологія. Генетика. 1:39-43.
4. Корнацька АГ, Цвігун МВ. 2015. Ретроспективний аналіз пологів у жінок з оперованою шийкою матки. Здоровье женщины. 4(100):109-111.
5. Комісаренко ЮІ, Михальчишин ГП [редактори]. 2020. Ендокринологія: підручник для студентів вищих мед. навч. закладів, 5-е вид., оновл. і доп. Вінниця: Нова книга, 536.
6. Туманова ЛЄ, Коломієць ОВ, Бадзюк НП. 2014. Сучасні погляди на етіологію та патогенез фонівих і передракових захворювань шийки матки у вагітних (огляд літератури). Здоровье женщины. 6(92):29-32.
7. Суханова АА. 2013. Фізіохірургічні методи в комплексному лікуванні дисплазії епітелію шийки матки у вагітних і невагітних жінок фертильного віку. Здоровье женщины. 4:48-51.
8. Скурятіна НГ. 2017. Наслідки вагітності в жінок після деструктивних методів лікування шийки матки. Акушерство. Гінекологія. Генетика. 3(2):38-44.

Статья поступила в редакцию 30.09.2020