

Тактика лікування патології шийки матки перед застосуванням допоміжних репродуктивних технологій

І.Ю. Костюк

Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика,
м. Київ

Мета дослідження: оптимізація тактики оперативного лікування патології шийки матки перед застосуванням допоміжних репродуктивних технологій.

Матеріали та методи. Було проведено обстеження і лікування 96 пацієнток репродуктивного віку з безпліддям на тлі запально-дистрофічних і гіперпластичних процесів ендометрію. До основної групи увійшли 70 жінок, яким було виконано лікування патології шийки матки методами кріодеструкції або радіохвильової хірургії (зокрема методом кріодеструкції – 30 пацієнток, методом радіохвильової хірургії – 40 пацієнток). До групи порівняння увійшли 26 жінок, яким були виконані хірургічні операції – кюретаж і бужування з приводу патології шийки матки.

Застосовували клінічні, інструментальні, мікробіологічні, морфологічні та статистичні методи дослідження.

Результати. Лікування фонових захворювань шийки матки проводили за допомогою радіохвильового хірургічного лікування або кріодеструкції є високоефективним методом як у народжуючих, так і у ненароджуючих жінок. Вивчення впливу проведеного лікування на шийку матки продемонструвало, що він не лише не впливає негативно на менструальну функцію жінок, але і сприяє нормалізації менструального циклу.

Комплексний метод лікування пацієнток з фіброзними зрощеннями і рубцевими деформаціями каналу шийки матки є високоефективним, що дозволяє уникнути не лише рецидивів захворювання, але і відновити функціональний стан ендометрію, що є основним при лікуванні хворих з безпліддям на етапі підготовки до допоміжних репродуктивних технологій.

У післяопераційний період за пацієнтками здійснювали всебічне динамічне спостереження. Хворим основної групи у післяопераційний період проводили комплекс реабілітаційних заходів: 39 (55,7%) пацієнткам основної групи – антиоксидантну і метаболічну терапію. Пацієнтки поверталися до побутової діяльності через день, до праці – через 2–4 днів. Період спостереження становив 2–3 роки.

Вивчення віддалених результатів оперативного лікування засвідчило, що за

весь період спостереження у прооперованих хворих було відзначено поліпшення стану – 97,8% пацієнток були задоволені результатами лікування незалежно від настання вагітності. Так, 38 (83,4%) із 44 пацієнток основної групи припинили скаржитися на мізерні менструації. У 8 (80,0%) із 10 пацієнток основної групи з'явилися регулярні менструації. Пред- і постменструальні кров'яні виділення зникли у 19 (70,4%) із 27 пацієнток.

Рецидиви захворювання наголошувалися у 16 (61,5%) із 26 пацієнток групи порівняння. Залозиста гіперплазія ендометрію виникла знов у 2 (7,7%) жінок, фіброзні зміни – у 5 (19,2%) пацієнток.

Заключення. У комплекс лікувально-профілактичних заходів у жінок з безпліддям на тлі патології шийки матки слід включати радіохвильове хірургічне лікування за наявності деформацій і гіпертрофій шийки, поліпа і лейкоплакії шийки матки.

Кріодеструкцію слід використовувати при ектопії циліндричного епітелію, хронічному цервіциті і лейкоплакії шийки матки.

Ключові слова: патологія шийки матки, лікування, допоміжні репродуктивні технології.

З даними вітчизняних і зарубіжних дослідників, частота безплідного шлюбу становить від 10% до 20% [1, 2]. У структурі жіночого безпліддя різна генітальна патологія посідає провідне місце. Водночас найчастішою патологією є захворювання шийки матки (ШМ), частота яких у репродуктивному віці досягає 30–40% [3]. Як свідчать дані сучасної літератури, причинами високої частоти патологічних змін ШМ у жінок репродуктивного віку є ранній початок статевого життя, інфікованість статевих партнерів, нераціональне використання різних методів контрацепції тощо [4, 5].

Основними методами лікування патології ШМ є консервативний і оперативний з широким спектром використання різних методик і модифікацій [6]. Лікування різних форм жіночого безпліддя у пацієнток із патологією ШМ викликає певні труднощі, які часто є однією з причин негативних результатів лікування [7].

Останнім часом широко використовують допоміжні репродуктивні технології (ДРТ) при жіночому безплідді різного генезу. Інколи тактика їхнього застосування стандартизована без урахування супутньої генітальної патології, зокрема і захворювань ШМ, які були проліковані різними способами і методиками [1–7].

У зв'язку з наведеним вище, значний інтерес викликає оптимізація тактики лікування патології ШМ перед застосуванням ДРТ.

Мета дослідження: оптимізація тактики оперативного лікування патології ШМ перед застосуванням ДРТ.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Було проведено обстеження і лікування 96 пацієнток репродуктивного віку з безпліддям на тлі запально-дистрофічних і гіперпластичних процесів ендометрію.

До основної групи увійшли 70 жінок, яким було виконано лікування патології ШМ методами кріодеструкції або радіохвильової хірургії (зокрема методом кріодеструкції – 30 пацієнток, методом радіохвильової хірургії – 40 пацієнток).

До групи порівняння увійшли 26 жінок, яким були виконані хірургічні операції – кюретаж і бужування з приводу патології ШМ.

Були застосовані клінічні, інструментальні, мікробіологічні, морфологічні та статистичні методи дослідження.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Результати проведеного дослідження засновані на аналізі перебігу захворювання, даних клініко-лабораторних і інструментальних методів обстеження, хірургічного лікування патології ендоцервіксу з використанням радіохвильової хірургії і кріодеструкції, оптимізації ведення хворих в післяопераційний період.

Відповідно до поставлених завдань, оперативне втручання було виконано пацієнткам основної групи і групи порівняння. Зазвичай оперативне лікування виконували не пізніше, ніж через 2 міс після звернення пацієнтки в клініку, оскільки протягом цього періоду часу пацієнтки повністю завершували обстеження з приводу безпліддя.

Під час виконання цервікоскопії у 19 (27,1%) із 70 пацієнток основної групи і в 14 (53,8%) із 26 жінок групи порівняння виявлені поліпи каналу ШМ, що витікають із слизової оболонки верхньої і середньої третини каналу, не досягаючи області зовнішнього зіву, через що вони не були діагностовані при розширеній кольпоскопії. Цервікоскопію було проведено всім хворим з поліпами ендоцервіксу на 6–8-й день менструального циклу (МЦ).

Середній вік пацієнток становив $28,7 \pm 0,5$ року. Більшість жінок скаржилися на тривалі нерясні менструації, також відзначали кров'яні виділення, що масять, до і після менструації, контактні кров'яністі виділення поза менструацією.

Із 33 пацієнток з поліпами каналу ШМ у 15 (45,5%) в анамнезі були внутрішньоматкові втручання (роздільне діагностичне вишкрібання, ВНС у порожнині матки, медичний аборт).

При трансвагінальному УЗД поліпи мали округлу форму з рівними контурами і підвищеною ехогенністю. Чіткіша візуалізація поліпів ендоцервіксу зафіксована в першу фазу МЦ. Допплерометричне дослідження за наявності поліпа зафіксувало зниження судинного опору і деяке підвищення швидкостей кровотоку (табл. 1).

Таблиця 1

Дослідження кровотоку в артеріях матки у пацієнток з поліпом каналу ШМ

Індекс	ПІ	СДВ	ІР
Маткові артерії	$2,09 \pm 0,10$	$5,74 \pm 0,40$	$0,81 \pm 0,01$
Радіальні артерії	$1,33 \pm 0,09$	$3,40 \pm 0,47$	$0,68 \pm 0,03$
Спіральні артерії	$0,85 \pm 0,10$	$1,92 \pm 0,20$	$0,53 \pm 0,04$

Отже, 12 (63,2%) із 19 пацієнток основної групи з поліпами каналу ШМ при цервікоскопії було виконано радіохвильове хірургічне лікування, 7 (36,8%) – кріодеструкція. Усі отримані матеріали піддавалися гістологічному дослідженню.

При гістологічному дослідженні був підтверджений діагноз залозисто-фіброзного (36,8%) і залозистого поліпа ендоцервіксу (63,2%). Через 1 міс після операції у всіх пацієнток основної групи проведене контрольне трансвагінальне УЗД, цервікоскопія і цитологічне дослідження, за результатами яких патології ендоцервіксу виявлено не було. При доплерометрії відзначена нормалізація показників кровотоку в артеріях матки. Усі пацієнтки перебували під спостереженням протягом 2–3 років.

Рецидивів захворювання у хворих основної групи не було виявлено в жодному випадку, зокрема і у тих хворих, яким в анамнезі вже виконували поліпектомію без вживання радіохвильової хірургії або кріодеструкції.

Пацієнткам групи порівняння виконували юретаж каналу ШМ. У 9 (64,3%) із 14 пацієнток групи порівняння були зафіксовані рецидиви захворювання. Цим па-

цієнткам виконано радіохвильове хірургічне лікування. Контрольну цервікоскопію було проведено всім жінкам через 4–6 міс після поліпектомії. У жодному випадку патології виявлено не було.

Отже, радіохвильова хірургія або кріодеструкція у пацієнток з поліпами каналу ШМ є методами вибору у жінок репродуктивного віку у зв'язку з їхньою малою травматичністю і відсутністю рецидивів, особливо на етапі підготовки до застосування ДРТ.

У підгрупу пацієнток з фоновими захворюваннями ШМ увійшли 11 (15,7%) пацієнток з поєднаною патологією ектоцервіксу і ендоцервіксу. У 6 (54,5%) пацієнток з 11 було виконано радіохвильове хірургічне лікування, у 5 (45,5%) – кріодеструкцію.

В 11 (15,7%) хворих із 70 з патологією каналу ШМ були фонові захворювання ШМ, з приводу чого їм виконували радіохвильове хірургічне лікування або кріодеструкцію. У цих пацієнток наголошувалася поєднана патологія ектоцервіксу (лейкоплакія, цервікальна ектопія, плоскі папіломи ШМ, поліпи каналу ШМ).

При цитологічному дослідженні у хворих з цервікальною ектопією виявлялися проміжні і парабазальні клітини багатоядерного плоского епітелію, клітини залозистого епітелію, а також окремо розташовані ядра, лейкоцити, еритроцити. У хворих з лейкоплакією в мазках виявляли велику кількість без'ядерних клітин плоского епітелію, що окремо лежали і скупчення лусочок, які покривали все поле зору.

Під час гістологічного дослідження біоптатів виявлено, що у 8 (72,7%) з 11 пацієнток була цервікальна ектопія. Лейкоплакія діагностована у 18,8% пацієнток. Середній вік хворих становив $26,4 \pm 0,4$ року.

Не дивлячись на широке впровадження диспансерних методів, що передбачають не лише виявлення патологічних станів ШМ, але і їх лікування, середня тривалість захворювання з моменту діагностики становила $2,3 \pm 0,5$ року.

Аналіз скарг хворих не виявив специфічних симптомів, що дозволяють запідозрити патологію ШМ. Усім пацієнткам перед радіохвильовим хірургічним лікуванням або кріодеструкцією проводили етіотропну терапію виявлених запальних процесів.

Не дивлячись на те, що середня тривалість епітелізація становить $27,1 \pm 0,7$ доби, тривалість репаративного процесу мала істотні відмінності – від 18 до 48 дів. Виявлена залежність тривалості процесу від площі, глибини дії, від віку та інфекційного індексу.

У ході аналізу віддалених результатів певний інтерес викликало питання про вплив радіохвильового хірургічного лікування і кріодеструкції на менструальну функцію, особливо в плані підготовки до ДРТ.

При аналізі менструальної функції виявлено, що в 72,2% хворих змінився ритм і характер менструацій. У 3 (27,3%) з 11 пацієнток, що мали нерегулярний МЦ, встановилися регулярні менструації через 26–28 днів, у 5 (45,5%) жінок відзначено укорочення МЦ з 32 до $28,2 \pm 1,2$ доби і зменшення тривалості менструальної кровотечі. У 5 (45,5%) пацієнток МЦ збільшився з $23,4 \pm 1,2$ до $26,6 \pm 1,7$ доби.

Для визначення впливу проведеного лікування на функціональний стан яєчників у всіх хворих досліджували вміст стероїдних гормонів у плазмі крові до і після лікування. У результаті дослідження встановлено, що вміст естрадіолу в плазмі крові достовірно не змінився. Вміст прогестерону в лютеїнову фазу збільшився більш ніж у 2 рази при збільшенні базальної секреції в 1,2 разу. Після проведеного лікування було недостовірне збільшення вмісту тестостерону в першу фазу циклу.

Отримані дані свідчать про те, що під впливом проведеного лікування в яєчниках посилюється синтез і екскреція стероїдних гормонів, переважно прогестерону. Це можливо є результатом активації рецепторного апарату ШМ і стимуляції сис-

теми гіпоталамус–гіпофіз–яєчник з посиленням секреції ЛГ за допомогою дії проведеного лікування.

Отже, лікування фонових захворювань ШМ за допомогою радіохвильового хірургічного лікування або кріодеструкції є високоефективним методом як у народжуючих, так і в ненароджуючих жінок. Вивчення впливу проведеного лікування на ШМ засвідчило, що він не лише не впливає негативно на менструальну функцію жінок, але і сприяє нормалізації МЦ.

До наступної підгрупи увійшли 26 пацієнток із фіброзними зрощеннями і рубцевими деформаціями каналу ШМ. Вік хворих коливався від 27 до 35 років, середній вік становив $31,3 \pm 2,7$ року.

Основною скаргою хворих цієї групи була неможливість вагітності, також скарги на мізерні, хворобливі менструації, відсутністю менструацій страждали дві хворі. З перенесених гінекологічних захворювань ендометрит наголошувався у 15 (57,7%) хворих, у 8 (30,8%) – сальпіngoофорит.

Вагітності в анамнезі були у 18 (69,2%) пацієнток, із них пологами закінчилися 6 (23,1%), у 8 (30,8%) жінок було штучне переривання вагітності, у 4 пацієнток – мимовільні викидні з подальшим вишкрібанням стінок порожнини матки.

Частота внутрішньоматкових хірургічних втручань у хворих з безпліддям в анамнезі представлені в табл. 2.

При трансвагінальному УЗД, яке проводилося в другу фазу МЦ, наголошувалася неоднорідність структури ендометрія за рахунок гіперехогенних включень. Допплерометричні показники внутрішньоматкового кровотоку достовірно не відрізнялися ($p > 0,05$) від нормативних показників. Проте при кольоровому доплерівському картуванні не вдавалося візуалізувати спіральні артерії в ділянках синехій.

Таблиця 2

Частота внутрішньоматкових хірургічних втручань, n=26

Внутрішньоматкові втручання	Абс. число	%
Штучні аборти	8	30,8
Мимовільні викидні	4	15,4
Ручне обстеження стінок післяпологової матки	1	3,8

У всіх пацієнток із вторинним безпліддям фіброзні зрощення і рубцеві деформації каналу ШМ і ділянки внутрішнього зів'язали діагностичною знахідкою при проведенні цервікоскопії з приводу патології вагінальної частини ШМ. Важливим є той факт, що у всіх жінок в анамнезі були внутрішньоматкові втручання.

Цервікоскопію виконували на 5–8-й день МЦ. При діагностичній мінігістероскопії в 6 випадках вхід у порожнину матки було повністю облітеровано, у 16 (61,5%) – поодинокі зрощення, в 10 (38,5%) пацієнток кільцеві фіброзні зрощення локалізувалися у верхній і середній третині каналу ШМ. У всіх випадках слизова оболонка була гіперемована, набрякла із дрібновогнищевими субепітеліальними крововиливами (табл. 3).

У 6 (23,1%) пацієнток із ознаками хронічного ендометриту виконували бактеріологічний посів аспірата з порожнини матки з визначенням чутливості до антибіотиків. Спектр виявлених збудників підставлений у табл. 4.

Таблиця 3

Характер розповсюдження внутрішньоматкових синехій у обстежених пацієнток, n=26

Показник	Абс. число	%
Облітерація каналу ШМ	6	23,1
Верхні 2/3 порожнини	10	38,5
Поодинокі	5	19,2

Таблиця 4

Спектр виявлених збудників

Збудник	Частота виявлення, %
Escherichia coli	73,2
Bacteroides spp.	36,4
Staph. Aureus	28,9
Strept. Agalactiae	25,7
Candida spp.	14,1

Пацієнткам була проведена антибактеріальна терапія з урахуванням чутливості до препарату у передопераційний період.

У ході проведення цервікоскопії 15 (57,7%) пацієнткам із 26 та 11 (42,3%) виконано кріодеструкцію фіброзних зрощень. Цервікоскопію і деструкцію фіброзних зрощень проводили під постійним ультразвуковим контролем. Інтраопераційно під контролем ультразвуку проводили корекцію положення інструментів у порожнині матки. Завдяки цьому удалось оптимізувати хірургічну тактику і уникнути такого ускладнення, як перфорація матки. Окрім того, у 6 (23,1%) пацієнток із рубцевою деформацією ендочервіксу виконано посічення рубцевої тканини, або адгезіолізис.

Одній пацієнтці з облітерацією порожнини матки проводили курс циклічної гормонотерапії (мікрофолін і дюфастон) протягом трьох МЦ.

Нормалізацію менструальної функції (відсутність хворобливих менструацій, збільшення менструальної крововтрати) після операції відзначали всі жінки.

Усім пацієнткам через 3–6 міс проводили контрольну цервікоскопію, за якої рецидивів виявлено не було.

Отже, комплексний метод лікування пацієнток із фіброзними зрощеннями і рубцевими деформаціями каналу ШМ є високо ефективним, що дозволяє уникнути не лише рецидивів захворювання, але і відновити функціональний стан ендочервіксу, що є основним при лікуванні хворих з безпліддям на етапі підготовки до ДРТ.

У підгрупу з доброякісною гіперплазією ендочервіксу увійшли 14 пацієнток. Вік жінок коливався від 25 до 36 років, у середньому – 30,5±2,9 року. Усі хворі окрім безпліддя скаржилися на тривалі рясні, хворобливі менструації.

Трансвагінальне УЗД проводили всім хворим на 6–8-й день МЦ. Ендочервікс був неоднорідної структури та ехогенності. У 6 (42,9%) випадках із 14 у другу фазу МЦ товщина гіперплазованого ендочервіксу досягала 14–18 мм. При доплерометрії визначали зниження показників судинного опору і підвищення показників швидкостей кровотоку в судинах матки.

Цервікоскопічна картина гіперплазії ендочервіксу характеризувалася широкою варіабельністю залежно від форми і поширеності патологічного процесу. При простій залозистій гіперплазії ендочервікс був нерівномірним потовщеним, блідо-рожевого ко-

люру з гіперемією складок, з рівномірним розподілом залоз; залозистий – кістозна гіперплазія ендометрію характеризувалася наявністю кістозних порожнин різної товщини на поверхні нерівномірно забарвленої слизової оболонки. У пацієнок з поліпоподібною гіперплазією візуалізувалися поліпоподібні розростання слизової оболонки блідо-рожевого і синьо-багрового кольору, що звисають у порожнину матки.

Усім хворим було виконано діагностичне вишкрібання ендометрію з подальшим гістологічним дослідженням зскрібка.

Жінкам з гіперплазією ендометрію здійснено ендометриальне лікування в об'ємі: цервікоскопія, діагностичне вишкрібання, водночас в 7 (50,0%) випадках виконано радіохвильове хірургічне лікування, у 7 (50,0%) – криодеструкцію. Середня тривалість оперативного втручання становила $35,2 \pm 4,1$ хв, об'єм уведеного ізотонічного розчину – $66,4 \pm 3,4$ мл. Крововтрата у середньому становила $35,6 \pm 1,2$ мл, інтраопераційних ускладнень у жодному випадку не зафіксовано. У післяопераційний період проводили комплексну протизапальну, симптоматичну терапію, включаючи антибактеріальну, антигістамінну і спазмолітичну.

У 5 (35,7%) випадках із 14 пацієнткам із залозисто-кістозною гіперплазією ендометрію призначали гормональну терапію гестагенними препаратами – дюфастон по 10 мг/добу, з 5-го до 25-го дня МЦ, протягом 3 міс.

В 1 (7,1%) пацієнтки через 1,5 року після втручання відзначали ациклічні кров'яні виділення із статевих шляхів. У ході проведення УЗД у неї було виявлені ознаки гіперплазії ендометрію, підтверджені при цитологічному дослідженні. У зв'язку з цим вона була повторно госпіталізована для оперативного лікування.

Отже, враховуючи відсутність рецидивів, гіперплазію ендометрію у 90,9% пацієнок, вибір типу радіохвильової хірургії або криодеструкції слід проводити з урахуванням гістологічної форми гіперплазії.

Як було зазначено вище, до групи порівняння увійшли 26 пацієнок репродуктивного віку з безпліддям на тлі запально-дистрофічних і гіперпластичних процесів ендометрію. Вік обстежених пацієнок, як і у пацієнок основної групи, коливався від 19 до 36 років, середній показник – $30,7 \pm 2,8$ року. До моменту справжнього дослідження тривалість захворювання у хворих групи порівняння становила від 1,5 до 5 років, у середньому – $3,1 \pm 0,3$ року.

Усі пацієнтки пред'являли скарги на безпліддя, 34,6% – на мізерні нетривалі менструації, 19,2% – на відсутність кров'яних виділень під час передбачуваної менструації. Крім того, 23,3% жінок скаржилися на пред- і постменструальні кров'яні виділення. У 50,0% випадків фіксували різкий біль низу живота під час передбачуваної менструації, в 69,2% – біль в нижніх відділах живота і попереку під час менструації.

У 19 (73,1%) пацієнок групи порівняння в анамнезі були вагітності, первинним безпліддям страждали відповідно 26,9% і 73,1% хворих.

Усім 26 пацієнткам групи порівняння проведена діагностична цервіко- і гістероскопія, при якій у 14 (53,8%) пацієнок виявлені поліпи каналу ШМ, у 4 (15,4%) – доброякісна гіперплазія ендометрію, у 6 (23,1%) – фіброзні зміни, у 2 (7,7%) – рубцеві деформації.

Пацієнткам групи порівняння були виконані хірургічні операції – кюретаж і бужування. У 14 (53,8%) жінок групи порівняння з поліпами ендометрію виконано вишкрібання, у 4 (15,4%) пацієнок з гіперплазією ендометрію проведено роздільне діагностичне вишкрібання. Середня тривалість оперативного втручання становила $12,2 \pm 1,5$ хв.

У 6 (23,1%) жінок з фіброзними змінами і у 2 (7,7%) пацієнок з рубцевими деформаціями ендометрію виконано бужування. У 9 (34,6%) хворих з поліпами каналу ШМ, у 2 (7,6%) – з гіперплазією ендометрію, у 4 (15,4%) – з фіброзними

зрощеннями, в 1 (3,8%) – з рубцевими деформаціями були зафіксовані рецидиви захворювання. У зв'язку з цим вони були повторно госпіталізовані для оперативного лікування за допомогою радіохвильової хірургії.

Усі оперативні втручання виконували під внутрішньовенним наркозом.

Зазначено, що незначний тягнучий біль внизу живота непокоїть протягом перших 6–12 год після операції і купірується вживанням ненаркотичних анальгетиків.

У післяопераційний період за пацієнтками здійснювали всебічне динамічне спостереження. Хворим основної групи у післяопераційний період проводили комплекс реабілітаційних заходів: 39 (55,7%) пацієнткам – антиоксидантну і метаболічну терапію. Жінки поверталися до побутової діяльності через день, до праці – через 2–4 днів. Період спостереження становив 2–3 роки.

Вивчення віддалених результатів оперативного лікування продемонструвало, що в період спостереження у прооперованих було відзначено поліпшення стану – 97,8% пацієнток були задоволені результатами лікування незалежно від настання вагітності. Так, 38 (83,4%) із 44 пацієнток основної групи припинили пред'являти скарги на мізерні менструації, у 8 (80,0%) із 10 пацієнток основної групи з'явилися регулярні менструації. Пред- і постменструальні кров'яні виділення зникли у 19 (70,4%) із 27 пацієнток.

Рецидиви захворювання наголошували 16 (61,5%) із 26 пацієнток групи порівняння. Залізиста гіперплазія ендометрію поновилося у 2 (7,7%) жінок, фіброзні зміни – у 5 (19,2%) пацієнток.

Отже, результати проведених досліджень свідчать, що у пацієнток з безпліддям на тлі різної патології ШМ найбільш оптимальними варіантами хірургічного лікування є радіохвильова хірургічна корекція або кріодеструкція, особливо в плані підготовки до ДРТ.

ВИСНОВКИ

У комплекс лікувально-профілактичних заходів у жінок з безпліддям на тлі патології шийки матки слід включати радіохвильове хірургічне лікування за наявності деформацій і гіпертрофії шийки матки (ШМ), поліпа каналу ШМ і лейкоплакії ШМ.

Кріодеструкцію необхідно використовувати при ектопії циліндричного епітелію, хронічному цервіциті і лейкоплакії ШМ.

Tactic of treatment of pathology of cervix is before auxiliary genesial technologies I. Yu. Kostyuk

The objective: optimization of tactic of operative treatment of pathology of cervix before auxiliary genesial technologies.

Materials and methods. An inspection and treatment was conducted 96 patients of genesial age with infertility on a background passionately dystrophic and hyperplastic processes of endocervix. Basic group from 70 patients were made by women, which treatment of pathology of cervix which was studied was executed, by the methods of cryolysis or radio wave surgery (in particular by the method of cryolysis – 30 patients, by the method of radio wave surgery – 40 patients); to the group comparisons entered 26 women, which surgical operations – curettage and bougienage concerning pathology of cervix which is studied were executed.

Research methods: clinical, instrumental, microbiological, morphological and statistical.

Results. Treatment of base-line diseases of cervix by radio wave surgical treatment or cryolysis is a high-efficiency method both in parturient and for nulliparous women. The study of influence of the conducted treatment on the cervix rotined, that he did not not only influence

negatively on the menstrual function of women but also instrumental in normalization of menstrual cycle.

Complex method of treatment of patients with fibrotic accretions and cicatricial deformations of cervical canal highly effective, that allows to avoid not only the relapses of disease but also pick up thread the functional state of endocervix, that is basic at treatment of patients with infertility on the stage of preparation to auxiliary genesial technologies.

In a postoperative period after patients a comprehensive dynamic supervision was carried out. The patient of basic group in a postoperative period was conduct the complex of rehabilitation measures. In a postoperative period rehabilitation measures which include the leadthrough of antioxidant and metabolic therapy were conducted 39 (55,7%) patients of basic group. Patients went back to domestic activity through a day, to labour – through 2–4 days. The period of supervision made 2–3 years.

The study of remote results of operative treatment retined that in motion of all period of supervision for the operated patients the improvement of the state was marked. Subjective 97,8% patients were content with results treatments, regardless of offensive of pregnancy. 38 from 44 (83,4%) patients of basic group broke off to produce complaints about wretched menstruations. In 8 regular menstruations appeared from 10 (80,0%) patients of basic group. Premenstrual and postmenstrual bloody excretions disappeared in 19 from 27 patients (70,4%). At the estimations of results of treatment in the groups of comparison were found out that complaints are produced by patients at questioning disappear on the short period of time (on the average on 5,5 months), whereupon disturbed again. The relapses of disease were marked in 16 from 26 (61,5%) patients of group of comparison. Ferrous hyperplasia of endocervix recommenced for 2 (7,7%) women, fibrotic changes in 5 (19,2%) patients.

Conclusions. In the complex of treatment-and-prophylactic measures for women with infertility on a background pathology of cervix it follows to include radio wave surgical treatment at presence of deformations and hypertrophies of cervix, polypus of cervical canal and leukoplakia cervix.

A cryolysis must be used for the ectopia of cylinder epithelium, chronic cervicitis and leukoplakia cervix.

Keywords: *pathology of cervix, treatment, auxiliary genesial technologies.*

Відомості про автора

Костюк Ірина Юріївна – д-р філософії, кафедра акушерства, гінекології та перинатології Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, м. Київ.
E-mail: prore-first@nmapo.edu.ua

ORCID: 0000-0002-3689-3379

Information about the autor

Kostyuk Irina Yu. – Ph.D., Department of obstetric, gynecology and perinatology, Shupyk National Healthcare University of Ukraine, Kyiv. E-mail: prore-first@nmapo.edu.ua

ORCID: 0000-0002-3689-3379

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Merviel P., 2019. Management of cervical intraepithelial neoplasm during pregnancy / P. Merviel // Gynecol. Obstet. Fertil.:32:1:99–100.
2. Miller E. M., 2020. A comparison of the vaginal aspiratin and cervical scraping technics in the screening process for uterine cancer / E. M. Miller, E. Von Haam // Acta cytol.:5:214–216.
3. Moscicki A. B., 2019. Cervical cytology testing in teens / A. B. Moscicki // Curr. Opin. Obstet. Gynecol.:17:5:471–475.
4. Nayar R., 2019. Atypical squamous cells: update on current concepts / R. Nayar, S. O. Tabbara // Clin. Lab. Med.:23:3:605–632.
5. Naylor B., 2020. The century for cytopatology / B. Naylor // Acta Cytol.:44:709–725.
6. Pundel J. P., 2019. Diagnosis of pregnancy by means of cytology / J. P. Pundel // Acta cytol.:3:295:7.
7. Quint W. G., 2019. Vaccination against human papillomavirus for the prevention of cervical cancer / W. G. Quint, W. A. ter Harnsel, L. J. van Doorn // Ned. Tijdschr. Geneesk.:150:25: 1380–1384.