

DOI: 10.52705/2788-6190-2022-03-9
УДК 618.146-089-06:618.177-089.888.11-08-035

Тактика допоміжних репродуктивних технологій у пацієнток після різних методів оперативного лікування патології шийки матки

І.Ю. Костюк

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

Мета дослідження: відновлення репродуктивної функції у жінок після різних методів оперативного лікування патології шийки матки на основі вивчення у них клініко-функціональних і морфологічних особливостей, а також удосконалення і впровадження алгоритму хірургічних і лікувально-профілактичних заходів з використанням допоміжних репродуктивних технологій.

Матеріали та методи. Було проведено обстеження і лікування 96 пацієнток репродуктивного віку з безпліддям на тлі запально-дистрофічних і гіперпластичних процесів ендоцервікса. До основної групи увійшли 70 жінок, яким було виконано лікування патології шийки матки, що вивчалася, 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.

Результати. Патологія шийки матки є однією з основних причин жіночого безпліддя, причому в 45,8% – первинного і в 54,2% – вторинного. Супутні порушення менструальної функції у цих пацієнток зустрічаються у 89,6%, а хронічні запальні процеси матки і придатків – в 33,4% відповідно. У жінок із вторинним безпліддям після різних методів оперативного лікування патології шийки матки спостерігається обтяжений репродуктивний анамнез за рахунок високої частоти артифіційних (73,7%) і мимовільних абортів (44,7%). Водночас рівень запальних ускладнень після різних внутрішньоматкових втручань становить 86,4%.

Клінічні результати допоміжних репродуктивних технологій залежать від наявності супутніх дисгормональних порушень у жінок після різних методів оперативного лікування патології шийки матки: частота імплантації – вище в 1,7 раза, настання вагітності – в 2,0 раза і пологи живим плодом – в 2,1 раза.

Заклучення. Отримані результати свідчать про ефективність запропонованого алгоритму диференційованого підходу до проведення допоміжних репродук-

Перинатологія та репродуктологія: від наукових досліджень до практики | **Perinatology and reproductology:** from research to practice

тивних технологій у жінок з патологією шийки матки з урахуванням наявності супутніх дисгормональних порушень.

Наведені дані дозволяють рекомендувати вдосконалений алгоритм для широкого використання в кабінетах і клініках репродуктології.

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

Частота безплідного шлюбу за даними вітчизняних і зарубіжних дослідників становить від 10% до 20% [1, 2]. У структурі жіночого безпліддя різна генітальна патологія посідає провідне місце, причому найчастішою патологією вважають захворювання шийки матки (ШМ), частота яких в репродуктивному віці досягає 30–40% [3, 4]. За даними 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 [5, 6].

Основними методами лікування патології ШМ є консервативний і оперативний з широким спектром використання різних методик і модифікацій [7, 8]. Лікування різних форм жіночого безпліддя у пацієнок з патологією ШМ викликає певні труднощі, які часто є однією з причин негативних результатів лікування [9].

Останніми роками в Україні широко використовуються допоміжні репродуктивні технології (ДРТ) при жіночому безплідді різного генезу, причому інколи тактика їх проведення стандартизована без урахування супутньої генітальної патології, у тому числі і захворювань ШМ, які були проліковані різними способами і методиками [1, 2].

З огляду на викладене вище, представляє значний інтерес вивчення особливостей проведення ДРТ у пацієнок цієї групи, а також розроблення тактики ведення ранніх термінів вагітності.

Мета дослідження: відновлення репродуктивної функції у жінок після різних методів оперативного лікування патології ШМ на підставі вивчення клініко-функціональних і морфологічних особливостей, а також удосконалення і впровадження алгоритму хірургічних і лікувально-профілактичних заходів з використанням ДРТ.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для вирішення поставленої мети і завдань було проведено обстеження і лікування 96 пацієнок репродуктивного віку з безпліддям на тлі запально-дистрофічних і гіперпластичних процесів ендометрію.

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

У групу порівняння включено 26 жінок, яким були виконані хірургічні операції – кюретаж і бужування з приводу патології ШМ, що вивчається.

Лікування патології ШМ методом радіохвильової хірургії проводили в наступних випадках:

- деформація ШМ внаслідок післяпологових розривів,
- гіпертрофія ШМ,
- поліпи каналу шийки матки,
- лейкоплакія ШМ,
- дисплазія ШМ I та II ступеня,
- конізація ШМ при дисплазії III ступеня,
- коагуляція вогнищ ендометріозу (субепітеліальний ендометріоз),

- гемангіоми слизової оболонки, кондиломи, папіломи статевих органів, зокрема множинні ускладнені форми,
- ерозія ШМ.

Ми вважаємо, що метод радіохвильової хірургії є оптимальним, оскільки це атравматичний метод розрізу і коагуляції м'яких тканин за допомогою високочастотних хвиль. Радіохвильовий розріз виконується без фізичного тиску або дроблення клітин тканин. З електрода, в якості якого використовується вольфрамовий дріт, емітуються високочастотні хвилі. Ефект розрізу досягається за рахунок тепла, що виділяється під час опору, який здійснюють тканини проникненню високочастотної радіохвилі. Високочастотна енергія концентрується на кінчику електрода і підвищує утворення молекулярної енергії всередині кожної клітини, фактично випаровуючи клітину. Радіохвильовий розріз і коагуляція виконуються без руйнування тканин, чого не вдається уникнути при використанні електрохірургічних низькочастотних приладів.

Отже, перевагами радіохвильової хірургії є швидкість лікування, відсутність електроопіку, прискорене і безрубцеве загоєння тканин. Результати радіохвильового лікування набагато перевищують результати після застосування традиційних методів лікування патології ШМ. Також важливою перевагою методу є практично відсутні стенозування й облітерація каналу шийки матки.

Кріохірургічне лікування патології ШМ, що вивчається, проводили в наступних випадках:

- ектопія циліндричного епітелію,
- хронічний цервіцит,
- лейкоплакія ШМ,
- дисплазія ШМ I та II ступеня.

З метою проведення кріодеструкції застосовували методику двуциклового заморожування, яка полягає в повторному заморожуванні тканини через 10–12 хв після першого.

Основні показання для проведення допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ) 60 пацієнток:

- 10 пацієнток з трубним фактором безпліддя (відсутність або непрохідність маткових труб);
- 5 пацієнток з вираженим спайковим процесом органів малого таза;
- 10 пацієнток з порушенням функції яєчників, зокрема: порушення росту фолікулів та овуляції, із синдромом лютеїнізації фолікула, ендометріїдними кістами яєчника;
- 5 пацієнток, у яких безпліддя пов'язане з віком (жінки віком ≥ 36 років) та передчасним виснаженням яєчників;
- 15 пацієнток, у яких провідним чинником було чоловіче безпліддя (обструктивна азооспермія, астенозооспермія, олігозооспермія, олігоастенотератозооспермія, ретротроградна еякуляція, анеякуляція, еректильна дисфункція, імунологічні фактори та захворювання, які потребують генетичне обстеження для виключення вірогідності народження дитини зі спадковою патологією);
- 8 пацієнток з шийковим фактором, який включає стриктурні зміни каналу шийки матки (ШМ);
- 7 пацієнток з поєднаними формами безпліддя (жіночий та чоловічий фактор).

Під час проведення ДРТ у пацієнток з патологією ШМ ми використовували наступні значні моменти:

1. Залежно від результатів обстежень, а саме показників цитологічного дослідження, кольпоскопії, даних гістологічного дослідження пацієнтам додатково було проведено обстеження на HPV-високоонкогенні штами.

2. Після основних методів лікування (кріохірургічного та радіохвильового) було додатково призначено антибактеріальну, протівірусну та імунomodельючу терапію.

3. У певній групі пацієнтів було відмінено ембріотрансфер та проведена кріоконсервація ембріонів з причини рецидиву захворювань та необхідності проведення повторного лікування.

Виходячи з принципу, що зіставлення ефективності вживаних методів лікування необхідно проводити на зіставних групах хворих, ми вибрали групи пацієнток репродуктивного віку (від 19 до 36 років).

З дослідження були виключені хворі з нейроендокринними синдромами, гострими і підгострими запальними процесами, доброякісними пухлинами матки і придатків і ендометріозом. На кожну пацієнтку заповнювалася карта обстеження, яка дозволяла враховувати дані анамнезу, об'єктивного дослідження, додаткового методу дослідження, протоколи операцій.

Основні методи дослідження, використані в роботі:

- лабораторні методи дослідження: клінічний і біохімічний аналіз крові; оцінка ендокринологічного статусу; дослідження згортальної системи;
- мікроскопічне дослідження відокремлюваного з піхви;
- інструментальні методи дослідження: оглядова рентгеноскопія органів грудної клітини і черевної порожнини; УЗД і доплерометричне дослідження внутрішніх статевих органів; магнітно-резонансна томографія органів малого таза; кольпо- і цервікоскопія; гістероскопія;
- гістологічне дослідження матеріалу.

Для уточнення стану ШМ всім хворим виконували розширену кольпоскопію на бінокулярному кольпоскопі. На початку дослідження здійснювали просту (оглядову) кольпоскопію, при якій визначали величину і форму ШМ і зовнішнього зіву, колір і рельєф слизової оболонки, особливості судинного малюнку, межу плоского і циліндрового епітелію. Для виявлення чіткіших кольпоскопічних картин на вагінальну частину ШМ наносили 3% розчин оцетової кислоти, а потім розчин Люголя (проба Шиллера). При відхиленні від нормальної кольпоскопічної картини брали мазки-відбитки з поверхні ШМ з подальшим цитологічним дослідженням [3, 4].

Для виключення трубно-перитонеального й ендокринного безпліддя пацієнткам був запропонований комплекс обстежень. При підозрі на ендокринне безпліддя:

- вимір базальної температури в 2–3 послідовних циклах (діагностика форм інфертильності);
- рентгенографія черепа з візуалізацією турецького сідла, комп'ютерна або магнітно-резонансна томографія (виключити мікроаденоми);
- визначення в крові вмісту гормонів щитоподібної залози (Т3, Т4) і тиреотропного гормону (виключити гіпотиреоз);
- визначення базального рівня ФСГ (первинна або вторинна яєчникова форма безпліддя);
- тест толерантності до глюкози (виявлення порушення вуглеводного обміну).

Оцінювання ефективності проведеного лікування проводили через 2 міс після операції на підставі клінічних даних і трансвагінального ультразвукового дослідження, а також даних цервіко- і гістероскопії.

Контрольна цервіко- і гістероскопія через 2–9 міс після операції була виконана у 32 пацієнток. Із 70 пролікованих хворих контрольної групи рецидив захворювання відзначено у 18 випадках. Цій групі хворих через 1 міс проведено повторне лікування.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Результати проведених досліджень свідчать, що патологія ШМ є однією з основних причин жіночого безпліддя, причому в 45,8% – первинного і в 54,2% – вторинного. Супутні порушення менструальної функції у цих пацієнток зустрічаються в 89,6%, а хронічні запальні процеси матки і придатків – в 33,4% відповідно.

У жінок із вторинним безпліддям після різних методів оперативного лікування патології ШМ спостерігається обтяжений репродуктивний анамнез за рахунок високої частоти артифіційних (73,7%) і мимовільних абортів (44,7%), причому рівень запальних ускладнень після різних внутрішньоматкових втручань становить 86,4%.

Кольпоскопічна картина у жінок із безпліддям на тлі патології ШМ характеризується переважанням лейкоплакії (35,4%) і атрезії внутрішнього зіву (27,1%) порівняно з поліпами ЦК (14,6%), плоскими папіломами (8,3%), ектопією циліндрового епітелію (7,3%), ретенційними кістами ШМ (7,3%). Частота різних форм поєднаної патології становить 15,7%.

Під час проведення цервікоскопії у жінок з безпліддям на тлі патології ШМ встановлено переважання фіброзних зрощень і рубцевих деформацій (37,1%) і поліпів каналу шийки матки (27,1%) порівняно з доброякісними гіперпластичними процесами (20,0%) і фоновими захворюваннями ШМ (15,7%).

Основні параметри індукції суперовуляції у жінок після різних методів оперативного лікування патології ШМ залежать від наявності супутніх дисгормональних порушень:

- середня кількість циклів на одну пацієнтку за відсутності дисгормональних порушень становить $1,95 \pm 0,18$; за наявності – $4,13 \pm 0,38$ (більше в 2,1 раза);
- сумарна доза гонадотропінів була вище в 1,5 раза за наявності дисгормональних порушень у жінок із патологією ШМ;
- найбільша тривалість стимуляції відзначена за наявності супутніх дисгормональних порушень: $12,9 \pm 1,2$ і $11,3 \pm 1,4$ – за їх відсутності;
- найвищий показник за кількістю ооцитів спостерігався за відсутності дисгормональних порушень: $14,5 \pm 1,6$ і $13,8 \pm 1,7$ за їх наявності;
- під час оцінювання товщини ендометрія в день перенесення ембріона самі високі параметри спостерігалися за наявності дисгормональних порушень – на $1,2 \pm 0,1$ мм більше, ніж у разі їхньої відсутності.

Клінічні результати допоміжних репродуктивних технологій залежать від наявності супутніх дисгормональних порушень у жінок після різних методів оперативного лікування патології ШМ:

- частота імплантації – вище в 1,7 раза,
- настання вагітності – у 2,0 раза,
- пологи живим плодом – у 2,1 раза.

ВИСНОВКИ

Отже, отримані результати свідчать про ефективність запропонованого алгоритму диференційованого підходу до застосування допоміжних репродуктивних технологій у жінок з патологією шийки матки з урахуванням наявності супутніх дисгормональних порушень.

Наведені дані дозволяють рекомендувати вдосконалений алгоритм для широкого використання в кабінетах і клініках репродуктології.

Patients have tactic of auxiliary genesial technologies after the different methods of operative treatment of pathology of cervix

I. Yu. Kostyuk

The objective: is proceeding in a genesial function for women after the different methods of operative treatment of pathology of cervix on the basis of study for them clinical—and-functional and morphological features, and also improvement and introduction of algorithm of surgical and treatment-and-prophylactic measures with the use of 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 were executed.

Results. Pathology of cervix is one of principal reasons of femaly infertility, thus in 45,8% – primary and in 54,2% – secondary. Concomitant violations of menstrual function for these patients meet in 89,6%, and chronic inflammatory processes of uterus and appendages – in 33,4% respectively. For women with the secondary infertility after the different methods of operative treatment of pathology of cervix the burdened genesial anamnesis takes place due to high-purity of artificial (73,7%) and involuntary abortions (44,7%), thus a level of inflammatory complications after different endometrial interferences is 86,4%. The clinical results of auxiliary genesial technologies depend on the presence of concomitant dishormonal violations for women after the different methods of operative treatment of pathology of cervix: frequency of implantation – higher at 1,7 time, offensive of pregnancy – in 2,0 times and births by a living fetus – at 2,1 time.

Conclusions. The got results testify to efficiency of the offered algorithm of the differentiated going near the introduction of auxiliary genesial technologies for women with pathology of cervix taking into account the presence of concomitant dishormonal violations. The presented information allow to recommend the improved algorithm for the wide use in cabinets and clinics of reproduction.

Keywords: pathology of cervix, infertility, auxiliary genesial technologies.

Відомості про автора

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

Information about the autor

Kostyuk Irina Yu. – Department of obstetrics, gynecology and perinatology of Shupyk National Healthcare University of Ukraine, Kyiv. *E-mail: prorre-first@nmapo.edu.ua*

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Apgar B.S., 2019 Management of cervical cytologic abnormalities // Am Fam Physician:70:10:1905–1916.
2. Beslagic E., 2020 Detection of Chlamydia trachomatis in cervical smear samples with determined HPV // Med Arh.:58:3:143–144.
3. Bonfiglio T.A., 2021 Histopathologic Spectrum of Benign Proliferative and Intraepithelial Neoplastic Reactions of the uterine Cervix // J. reprod. med.:16:5:253–258.
4. Bornstein J., 2019 Traction suture of the cervix: a novel procedure with loop electrosurgical excision // Obstet. Gynecol.:102 (5):1063–1065.
5. Boulanger J.C., 2018 Dysplasies legeres et moderees an cours de la grossesse // Ginecologie. :35:3:124–130.
6. Caputo S., 2019 Prognosis and treatment of cervix uteri carcinoma in pregnancy // Clin. Ter.:152:3:197–200.
7. Chichareon S.B., 2021 Risk factors of having high-grade cervical intraepithelial neoplasia/invasive carcinoma in women with atypical glandular cells of undetermined significance smears // Int. J. Gynecol. Cancer:16:2:568–574.
8. Cox J.T., 2021 Human papillomavirus testing in primary cervical screening and abnormal Papanicolaou management // Obstet. Gynecol. Surv.:61(6):15–25.
9. Crane J.M., 2019 Pregnancy outcome after loop electrosurgical excision procedure: a systematic review // Obstet. Gynecol.:102 (5):1058–1062.

Перинатологія та репродуктологія: від наукових досліджень до практики | **Perinatology and reproductology:** from research to practice