2. Клінічна медицина

**Патогенетичне обґрунтування зберігаючої терапії у вагітних із доброякісною патологією шийки матки в анамнезі**

***Бисага Наталія Юріївна,*** пошукач кафедри

акушерства та гінекології медичного факультету

 Ужгородського національного університету

***Корчинська Оксана Олександрівна,*** д. мед. н., професор кафедри

акушерства та гінекології медичного факультету

 Ужгородського національного університету

**Вступ.** В організмі вагітної жінки відбуваються зміни в усіх органах та системах, у тому числі і в шийці матки (ШМ), у багатошаровому плоскому епітелії ШМ може з’являтися велика кількість клітин на різних стадіях їх поділу з порушенням диференціювання та гіперплазією. Слизова оболонка цервікального каналу (ЦК) гіпертрофується за рахунок збільшення у розмірах циліндричних клітин та посилення у них процесів слизовиділення. На окремих ділянках ШМ має місце метаплазія циліндричного епітелію у багатошаровий плоский епітелій. За рахунок гіперплазії резервних субциліндричних клітин утворюються поліпоподібні вирости у ЦК. Усе це сприяє активації інфекційних агентів статевих шляхів, у тому числі й вірусної інфекції (папіломавірус, герпес, цитомегаловірус тощо), що є найбільш важливою у процесах трансформації ШМ [1-4].

**Мета дослідження.** Патогенетичнообґрунтувати зберігаючу терапію у вагітних із ДПШМ в анамнезі.

**Матеріали та методи дослідження.** Проведено клініко-статистичний аналіз обґрунтування зберігаючої терапії у 100 вагітних жінок із доброякісною патологією шийки матки в анамнезі. Розподіл вагітних проходив на дві групи: І група – не призначали комплекс зберігаючої та протизапальної терапії; ІІ група – призначали, розроблений нами, загальноприйнятий комплекс: ендометрин по 1 вагінальній таблетці два рази на добу допіхвово з моменту реєстрації серцебиття плоду по 22 тиждень вагітності, неотризол по 1 супозиторію один раз на добу допіхвово у терміни 10-12, 20-22, 32-34 тижні вагітності відповідно, пробіз-феміна по 1 капсулі два рази на добу перорально у терміни 10-12, 20-22, 32-34 тижні вагітності відповідно.

**Результати досліджень та їх обговорення.** Результати проведених досліджень гормональної функції плаценти свідчать про її порушення, починаючи з 22-24 тижнів у достовірно більшої кількості жінок із доброякісною патологією шийки матки в анамнезі, яким проводили загальноприйняті заходи. Рівень прогестерону склав у жінок І групи у 22-24 тижні – 35,3±1,2 нг/мл проти 43,4±1,4 нг/мл у ІІ групі (р<0,05); у 28-30 тижнів – 107,1±2,1 нг/мл проти 120,3±4,3 нг/мл у ІІ групі (р<0,05) та у 34-36 тижнів – 328,4±3,3 нг/мл проти 351,6±3,4 нг/мл ( р<0,05) відповідно.

Низький рівень ендогенного прогестерону на ранніх термінах вагітності супроводжується запуском імунних механізмів, направлених на відторгнення плода, що призводить до порушення матково-плацентарного кровообігу, спричиняючи розвиток первинної плацентарної дисфункції, яка діагностується здебільшого після 16-20 тижня. Вказані фактори стають причиною невиношування вагітності. До прогестерон-залежних клінічних проблем під час вагітності належить: самовільний аборт, передчасні пологи, прееклампсія. При наявності різних запальних процесів органів малого тазу, в тому числі і патології шийки матки, порушується синтез прогестерону через слабкість функціонування лютеїнової фази.

Виявлений ефект позитивної дії вказаного лікувально-профілактичного комплексу на перебіг вагітності у жінок із доброякісною патологією шийки матки в анамнезі у плані зниження частоти самовільних абортів (І група – 43 % проти ІІ групи – 32 % при р<0,05), попередження передчасних пологів (І група – 37 % проти ІІ групи – 28 % при р<0,05), що забезпечується шляхом підтримання ембріоімплантації та на ранніх термінах вагітності як доповнення функції жовтого тіла, місцевої терапії вагінальних інфекцій та відновлення стану мікробіоценозу піхви у жінок даної категорії.

**Висновки.** Таким чином, поява гормональної недостатності фетоплацентарного комплексу, починаючи з ранніх термінів обумовлює необхідність призначення препаратів прогестерону з початку вагітності у жінок із доброякісною патологією шийки матки в анамнезі для компенсації виявлених гормональних порушень та покращення прогнозу вагітності і пологів. При дефіциті прогестерону знижується продукція NO, спазмуються судини системи мати-плацента-плід, порушується циркуляція крові у них і розвивається із ранніх термінів гестації первинна плацентарна дисфункція, у результаті чого вагітність може перерватися.

**Список використаних джерел:**

1. Волошина Н.Н., Петрова О.Ю., Кузнєцова Т.П. и др. Мониторинг патологии шейки матки у беременных // Здоровье женщины. — 2007. — № 2(30). — С. 63-67.
2. Коханевич Є.В., Суханова А.А. Алгоритм лікування вагітних з патологією шийки матки // Жіночий лікар. — 2010. — № 6(32). — С. 16-18.
3. Туманова Л.Е., Коломиец О.В. Микроэкология влагалища и цервикального канала у беременных с патологией шейки матки // Здоровье женщины. — 2005. — № 2(22). — С. 46-48.
4. Якимова Т.П., Карташов С.М., Белодед О.А., Удербаева Г.Ж. Влияние неспецифического кольпита и цервицита на интеграцию вируса папилломы человека 16 типа в геном у больных с фоновыми заболеваниями и предраком шейки матки // Здоровье женщины. — 2005. — № 2(22). — С. 97-99.