

естественным путем, и женщины прибегают к использованию вспомогательных репродуктивных технологий. Данное обстоятельство следует рассматривать как основополагающее при выборе тактики ведения пациенток с миомой матки, в будущем планирующих беременность.

ЛИТЕРАТУРА

(№ 1—3 и 5—15 — см. REFERENCES)

4. Овчаренко Д. В., Верховский В.С., Беликова М.Е. и др. Uterine artery embolization in the treatment of uterine leiomyoma. *Акушерство и гинекология*. 2003; 5: 33—6.

REFERENCES

1. Ravina J. H., Herbreteau D., Ciraru-Vigneron N. et al. Arterial embolization to teral uterine myomata. *Lancet*. 1995; 346: 671—2.
2. Bradley E., Reidy J., Forman R. et al. Transcatheter uterine artery embolization to treat large uterine fibroid. *Br. J. Obstet. Gynaecol.* 1998; 105: 235—40.
3. Goodwin S.C., Vedantham S., McLucas B. et al. Preliminary experience with uterine artery embolization for uterine fibroids. *Vasc. Interv. Radiol.* 1997; 8: 517—26.
4. Ovcharenko D.V., Verkhovskiy V.S., Belikova M.E. et al. Embolizatsiya matochnykh arteriy v lechenii leyomomy матки. *Akush. i ginekol.* 2003; 5: 33—6.
5. Bucek R. B., Puchner S., Lammer J. Mid and long-term quality of life assessment in patients undergoing uterine fibroid embolization. *Am. J. Roentgenol.* 2006; 186: 877—82.
6. Pron G., Cohen M., Soucie J. et al. The Ontario Uterine Fibroid Embolization Trial. Part 1. Baseline patient characteristics, fibroid burden, and impact on line. *Fertil. and Steril.* 2003; 79 (1): 112—9.

7. Worthington-Kirsch R., Popky G., Hutchins F. Uterine arterial embolization for the management of leiomyomas: quality-of-life assessment and clinical response. *Radiology*. 1998; 208: 625—9.
8. Ryu R.K., Siddiqi A., Omary R.A. et al. Ultrasonic research of the remote consequences of an embolization of uterine arteries for perfusion (blood-groove) in the arteries of ovaries and functioning ovaries. *Am. J. Roentgenol.* 2003; 181: 776—80.
9. Spies J.B., Roth A.R., Gonsalves S.M. et al. Ovarian Function after Uterine Artery Embolization for Leiomyomata: Assessment with Use of Serum Follicle Stimulating Hormone Assay. *J. Vasc. Interv. Radiol.* 2001; 12: 437—42.
10. Kim H.S., Tsai J., Lee J.M. et al. Influence uterine ovarian anastomoses on basalny level of a follikulostimuliruyushchy hormone after an embolization of uterine arteries triakril-gelatinous microspheres. *J. Vasc. Interv. Radiol.* 2006; 17: 965—71.
11. Hehenkamp W.J.K., Volkers N.A., Broekmans F.J.M. et al. Loss of ovarian reserve after uterine artery embolization: a randomized comparison with hysterectomy. *Hum. Reprod.* 2007; 22 (7): 1996—2005.
12. Ravina J.H., Vigneron N.C. et al. Pregnancy after embolization of uterine myoma: Report of 12 cases. *Fertil. and Steril.* 2000; 73: 1241—3.
13. Barclay L. Uterine artery embolization could complicate future pregnancy. *Obstet. Gynec.* 2002; 100 (5): 869—72.
14. Mara M., Maskova J. et al. Midterm clinical and first reproductive result of a randomized controlled trial comparing uterine fibroid embolization and myomectomy. *Cardiovasc. Interv. Radiol.* 2008; 31 (1): 73—85.
15. Pron G., Mocarski E., Bennen J. et al. Pregnancy after uterine artery embolization for leiomyomata: the Ontario multicentrial. *Obstet. Gynecol.* 2005; 105 (1): 67—76.

Поступила 22.06.14

Received 22.06.14

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2015

УДК 618.36-008.64-02:618.146-002]-07

ФЕТОПЛАЦЕНТАРНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ПРИ ПАТОЛОГИИ ШЕЙКИ МАТКИ

Атабиева Д.А.¹, Чилова Р.А.¹, Гадаева И.В.¹, Ковалев М.И.¹, Пикуза Т.В.², Однокопытный А.В.²

¹ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России, 119991, г. Москва; ²Клиника акушерства и гинекологии им. В.Ф. Снегирева, 119991, г. Москва

Для корреспонденции: Атабиева Джамиля Аслановна — аспирант кафедры акушерства и гинекологии № 1 ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России; atabieva.jamiliya@gmail.com

Целью данной работы была оценка фетоплацентарной недостаточности (ФПН) при воспалительной патологии шейки матки у беременных. В исследовании приняли участие 112 беременных, которые были разделены на 2 группы: с патологией шейки матки (n = 74) и без патологии (n = 38). Возраст женщины варьировал от 22 до 42 лет (29,1 ± 2,14 года). Для исследования использовали инструментальные, цитологические и бактериологические методы. Противовоспалительная терапия и коррекция местного иммунитета способствовали элиминации возбудителей бактериальных инфекций и уменьшению воспалительных изменений на шейке матки. Для лечения ФПН применяли сосудорасширяющие средства и препараты, нормализующие процессы микроциркуляции в плаценте и матке.

Ключевые слова: фетоплацентарная недостаточность; воспалительная патология шейки матки у беременных.

Для цитирования: Архив акушерства и гинекологии им. В.Ф. Снегирева. 2015; 2 (1): 30—34.

FETOPLACENTAL FAILURE IN CERVICAL DISEASE

Atabieva D.A.¹, Chilova R.A.¹, Gadaeva I.V.¹, Kovalyov M.I.¹, Pikuza T.V.², Odnokopytnyi A.V.²

¹I.M. Sechenov First Moscow State Medical University, 119991, Moscow, Russia; ²V.F. Snegirev Clinic of Obstetrics and Gynecology, 119991, Moscow, Russia

Address for correspondence: atabieva.jamiliya@gmail.com. Atabieva D.A.

Fetoplacental failure in patients with inflammatory diseases of the cervix uteri was studied. The study was carried out in 112 pregnant women, forming 2 groups: with (n = 74) and without cervical disease (n = 38). The patients' ages varied from 22 to 42 years (29.1 ± 2.14 years). The study was carried out by instrumental, cytological, and bacteriological methods. Anti-inflammatory therapy and correction of local immunity promoted elimination of bacterial agents and reduction of inflammatory changes in the cervix uteri. Fetoplacental failure was treated by vasodilantants and drugs normalizing the microcirculation in the placenta and uterus.

Key words: fetoplacental failure; cervical inflammation in pregnancy.

Citation: Arkhiv Akusherstva i Ginekologii im. V.F. Snegiryova. 2015; 2 (1): 30—34. (in Russ.)

Шейка матки при беременности — чрезвычайно важная анатомическая и функциональная структура. Нарушения, возникающие в шейке матки, могут серьезно влиять на исход беременности. В настоящее время очень актуальной остается проблема выбора различных видов диагностики и лечения патологии шейки матки, а также влияния этой патологии на течение и исход беременности [1—3].

В структуре изменений шейки матки ведущее место занимают воспалительные процессы (экзо- и эндоцервициты) — их доля составляет 90%. Инфекции, передающиеся половым путем, нарушают процесс замещения цилиндрического эпителия на многослойный плоский при эктопии шейки матки и способствуют развитию различных патологических ее состояний [4—7]. Кроме того, обращает на себя внимание повышение частоты эндоцервицита и воспалительных заболеваний придатков матки (76,7 и 4,4%) в анамнезе у беременных с изменениями шейки матки по сравнению с группой без изменений шейки матки [8, 9].

В настоящее время известно, что наиболее частая причина нарушений состояния плода во время беременности — *плацентарная недостаточность*, являющаяся основной причиной внутриматочной гипоксии, задержки роста и развития плода, его травм в процессе родов [10, 11]. Течение беременности у женщин с изменениями шейки матки характеризуется высокой частотой невынашивания и фетоплацентарной недостаточностью (ФПН): при наличии полиповидных образований цервикального канала соответственно 72 и 8%, после инвазивных методов лечения предрака шейки матки — 74 и 38%, при эктопии и эктропионе — 32 и 11%, при лейкоплакии — 16 и 8%, при цервикальной интраэпителиальной неоплазии — 17 и 11% случаев [12, 13].

Особую группу риска по развитию плацентарной недостаточности составляют женщины, имеющие в анамнезе высокий индекс генитальных инфекционных заболеваний, в частности страдающие экзо- и эндоцервицитами [8].

Материал и методы

В исследовании приняли участие 112 беременных. В зависимости от состояния шейки матки пациентки были разделены на 2 группы. В 1-ю группу вошли 74 (66,1%) беременные с изменениями шейки матки, 2-ю группу составили 38 (33,9%) беременных без изменений шейки матки. Осмотр пациенток в процессе исследования проводили в амбулаторных условиях ежемесячно для женщин из 1-й группы и 1 раз в 2 мес для женщин из 2-й группы.

Возраст женщин составил от 22 до 42 лет ($29,1 \pm 2,14$ года). Частота нозологических форм экстрагенитальных заболеваний была одинаковой в обеих группах и практически не отличалась от таковой в популяции.

Результаты и обсуждение

При сборе анамнеза обращали внимание на ранее перенесенные вирусные генитальные инфекции, особенно вызванные вирусом простого герпеса (ВПГ),

а также высокоонкогенными серотипами вируса папилломы человека (ВПЧ) — 16, 18, 31 и 33 типа. ВПГ-инфекция отмечена в 1-й группе у 4,1% женщин, во 2-й группе у 2,6% женщин, т.е. практически в одинаковом процентном соотношении. ВПЧ-инфекция (серотипы высокого риска) в 1-й группе выявлена у 8,2% пациенток, во 2-й — у 2,6%. В 1-й группе деформация шейки матки из-за послеродовых разрывов наблюдалась у 38 (51,3%) беременных, эктропион был у 36 (48,6%), эктопия шейки матки выявлена у 35 (47,2%). Признаки цервицита были у 45 (60,8%) беременных, дисплазии — у 4 (5,4%), полипы — у 15 (20,3%). Кровоточивость при осмотре выявлена у 11 (14,8%) пациенток.

Как правило, причинами развития эндоцервицита становятся инфекции, передающиеся половым путем, вызванные стрептококком, стафилококком, кишечной палочкой, энтерококком, и прочие подобные заболевания. Наиболее характерные симптомы этого заболевания — обильные выделения с неприятным запахом.

Воспаление цервикального канала становится причиной самопроизвольных аборт и преждевременных родов. В этом случае из шеечного канала выделяется повышенное количество слизи, место воспаления имеет алый цвет.

На начальном этапе развития ФПН клинические признаки могут быть выражены слабо или отсутствовать. В этой связи существенное значение приобретают методы лабораторного и инструментального динамического контроля за состоянием фетоплацентарного комплекса в группе высокого риска по развитию ФПН. Доминирующее положение в клинической картине могут занимать признаки основного заболевания или осложнения, при котором развилась ФПН. Степень выраженности ФПН и нарушения компенсаторно-приспособительных механизмов находятся в прямой зависимости от тяжести основного заболевания и длительности его течения. ФПН протекает наиболее тяжело при появлении патологических признаков на сроке беременности до 30 нед. Таким образом, данные комплексной динамической диагностики позволяют получить наиболее полную информацию о форме, характере, степени тяжести ФПН и выраженности компенсаторно-приспособительных реакций.

При осмотре женщин обеих групп отклонений в строении наружных гениталий, вульвы и состояния их слизистой не отмечено. При визуальном осмотре изменения шейки матки, характерные для беременных (гипертрофия, воспалительные изменения и кровоточивость), выявлены в одинаковом проценте случаев как у пациенток с нормальным состоянием шейки, так и при наличии патологии.

При осмотре шейки матки в зеркалах у пациенток 1-й группы обнаружено, что только у 34 (45,9%) беременных шейка матки имела правильную цилиндрическую форму. Клинические признаки цервицита выявлены у 45 (60,8%) женщин.

Анализ данных ультразвукового исследования (УЗИ) пациенток 2-й группы позволил выявить досто-

верное увеличение размеров, объема шейки матки и показателей ее гемодинамики по мере прогрессирования беременности во II и III триместрах.

При беременности у пациенток с цервицитами шейки матки (I-я группа), по данным УЗИ, отмечено постепенное прогрессивное увеличение средней толщины и объема шейки матки. По сравнению с показателями 2-й группы у беременных с эктопией выявлено снижение интенсивности кровотока в тканях шейки матки по типу «бедного кровотока» или на фоне варикозного расширения сосудов, что в том и другом случае сопровождается застойными явлениями. У этих пациенток отмечено достоверное увеличение размеров и объема шейки матки, а также снижение показателей ее гемодинамики по мере прогрессирования беременности во II и III триместрах. Обращает на себя внимание повышение в анамнезе частоты эндоцервицита у беременных с изменениями шейки матки по сравнению с группой женщин без изменений шейки матки.

Трансвагинальное УЗИ позволяет оценить длину и структуру шейки матки, состояние цервикального канала.

У женщин с высоким риском несостоятельности зева средняя длина шейки матки, диаметр внутреннего зева, толщина шейки матки, величина заднего угла, шейки матки и толщина передней стенки нижнего сегмента матки достоверно отличались от нормы, при этом шейка была короче, внутренний зев более широкий, шейка более толстая, задний угол более широкий и передняя стенка нижнего сегмента более тонкая по сравнению с нормой. У беременных с высоким риском средняя длина шейки матки составляла $28,7 \pm 5,4$ мм перед проведением серкляжа, что значительно короче, чем у женщин с нормально протекающей беременностью на таком же сроке гестации (в среднем $35,4 \pm 5,1$ мм). Пороговое значение диаметра внутреннего зева при нормальной беременности на сроке 10—14 нед составляет приблизительно 6 мм. Средняя толщина шейки на уровне внутреннего зева составляла $27 \pm 1,8$ мм в ранние сроки нормальной беременности (10—14 нед) с существенным прогрессивным нарастанием в течение беременности. При беременности с высоким риском истмико-цервикальной недостаточности (ИЦН) толщина шейки до серкляжа в среднем значительно больше по сравнению с показателем при нормальной беременности. Средняя толщина передней стенки нижнего сегмента матки на 15—19-й неделе нормальной беременности $10,1 \pm 1,2$ мм и значительно уменьшается к 25—29-й неделе. При ИЦН ее среднее значение до выполнения серкляжа ($9,5 \pm 1,6$ мм) значительно ниже, чем у здоровых беременных.

Эхографическими признаками угрожающего выкидыша в ранние сроки беременности служат расположение плодного яйца в нижних отделах матки, появление нечетких контуров, деформаций, перетяжек плодного яйца, локального напряжения миометрия. С конца I триместра беременности при угрозе ее прерывания можно обнаружить участки отслойки плаценты, изменить диаметр перешейка.

Эхографическое сканирование матки позволяет определить срок гестации, состояние и размеры плода. Диффузное утолщение плаценты, выявленное при УЗИ, служило косвенным признаком нарушения фетоплацентарного комплекса у 18% беременных, поэтому им проводили доплерографию.

При доплерографическом исследовании маточно-плацентарного, плодового и внутриплацентарного кровообращения нарушение циркуляции в системе мать—плацента—плод в группе беременных высокого риска характеризуется состоянием сосудистой резистентности в маточных артериях, артерии пуповины и средней мозговой артерии плода (СМА). В ряде случаев возникает необходимость изучения кровотока в магистральных сосудах плода — аорте, почечных артериях, внутренней и задней мозговых артериях. Перспективно исследование характера венозного кровотока в плаценте. Трудности обнаружения сосудов, таких как СМА, обычно связаны с повышенной двигательной активностью плода, особенностями его расположения в матке, топографией исследуемого сосуда, реже — с ожирением у матери. Допплерографические измерения лучше проводить в периоды апноэ и двигательного покоя плода, так как его дыхательная и двигательная активность изменяют кривые скоростей кровотока (КСК) в исследуемом сосуде.

Для оценки КСК рассчитывают следующие показатели сосудистого сопротивления: индекс резистентности, систоло-диастолическое отношение и пульсационный индекс. Кроме того, рассчитывают цереброплацентарное отношение — отношение индекса резистентности СМА к индексу резистентности в артерии пуповины.

Исследование КСК в начале II триместра беременности имеет высокую прогностическую ценность для выявления беременных группы риска по развитию тяжелых форм позднего гестоза и задержки развития плода. Нарушение кровотока в маточных артериях может быть выявлено начиная с 18—24 нед. При этом прогностическую ценность имеет как наличие патологической выемки в фазу диастолы, так и снижение диастолической скорости кровотока. Указанные изменения отражают нарушения процессов формирования маточно-плацентарных сосудов, изменения спиральных артерий, глубину инвазии трофобласта. Выявление выемки в одной и, особенно, обеих маточных артериях или снижение диастолического компонента кровотока во II триместре беременности служат основанием для начала профилактической терапии плацентарной недостаточности.

Кровоток в артерии пуповины определяется сократительной функцией сердца плода и сопротивлением сосудов плодовой части плаценты. Состояние кровотока в артерии пуповины — наиболее информативный показатель сосудистого сопротивления плацентарного сосудистого русла. Во II—III триместрах неосложненной беременности диастолический компонент кровотока в артерии пуповины повышается в результате снижения ОПСС.

При доплерографическом исследовании маточно-плацентарного, плодового и внутриплацентарного кровообращения практически у 50% пациенток 1-й группы при подозрении на ФПН отмечалось повышение показателей сосудистой резистентности в различных звеньях кровообращения в системе мать—плацента—плод, что проявлялось снижением диастолического компонента кровотока в маточных и спиральных артериях, артерии пуповины и ее терминальных ветвях. Следует отметить, что нарушения кровотока в системе мать—плацента—плод преимущественно выявляются в сроки 36—40 нед гестации. Кроме того, изолированные нарушения кровотока только в маточно-плацентарном или плодово-плацентарном звеньях выявляются почти у 80% обследованных беременных. У небольшой части отмечаются сочетанные изменения как в маточно-плацентарном, так и плодово-плацентарном звеньях. Следует отметить, что сочетанные нарушения выявляются лишь во внутриплацентарном звене.

Видеофотокольпоскопия — это метод, позволяющий провести осмотр поверхности влагалища и шейки матки с помощью особого прибора — видеофотокольпоскопа, который представляет собой систему линз, видеофотокамеру и источник света. Обязательным компонентом исследования являлись тесты с 3% раствором уксусной кислоты и 3% водным раствором Люголя. Благодаря встроенной фотовидеокамере проводили фотосъемку для последующего детального изучения и консультации. Полное кольпоскопическое исследование обычно занимало 25—35 мин.

Определение кольпоскопических признаков экзо- и эндоцервицита у беременных сопряжено с рядом трудностей. Характерные признаки воспаления (такие как гиперемия, отек и усиление васкуляризации) являются нормальными гестационными изменениями у всех беременных.

Частота признаков воспаления у пациенток без изменений шейки матки (2-я группа) в течение беременности составила 18,4% в I триместре и 28,8% в III триместре. В то же время у пациенток 1-й группы, частота воспалительных изменений составила 22,9% в I триместре, увеличилась в 2 раза во II триместре и в 4 раза — в III триместре.

У пациенток с патологией шейки матки под контролем кольпоскопа проводили прицельное взятие мазков для цитологического и цитоиммунохимического исследования.

При цитологическом исследовании соскоб брали с эктоцервикса, наружного зева и обязательно из цервикального канала в I, II и III триместрах беременности.

В мазках у женщин с патологией шейки матки преобладали клетки промежуточных слоев, имелось большое количество ладьевидных клеток средних размеров, наблюдался активный цитолиз клеток (обнаруживались много «голых ядер», клеточный детрит и обрывки цитоплазмы), выявлено большое количество палочек Додерлейна и клеток цилиндрического эпителия. Гиперпаракератоз, для которого характерно наличие

безъядерных «чешуек» плоского эпителия, скопление блестящих безъядерных клеток, наличие мелких клеток плоского эпителия округлой, овальной, вытянутой или полигональной формы, расположенных разрозненно или в пластах, выявлялся с частотой 14,8% в I триместре и 20,3% во II и III триместрах гестации.

Цитологическое исследование помогает выявить угрозу прерывания беременности задолго до развития клинических симптомов. Известно, что кариопикнотический индекс (КПИ) в первые 12 нед беременности не должен превышать 10%, в 13—16 нед — 3—9%, в более поздние сроки — 5%. Повышение КПИ свидетельствует об угрозе прерывания беременности.

Бактериологическое исследование проводили после обнажения шейки матки в зеркалах. Хламидийная инфекция, гарднереллы и кандиды очень часто обнаруживали в обеих группах. В 1-й группе наиболее часто встречались хламидии, микоуреоплазмы, стафилококк, кишечная палочка (у 43, или 58,1%, женщин) и, как результат, нарушение микробиоценоза влагалищной флоры — бактериальный вагиноз (у 45, или 60,8%, женщин). Во 2-й группе наиболее часто встречались хламидии, микоуреоплазмы (у 6, или 15,8% женщин), и, как результат, нарушение микробиоценоза влагалищной флоры — бактериальный вагиноз (у 7, или 18,4%, женщин).

В 1-й группе беременных наиболее часто лечили от эндоцервицита, частота эндоцервицита во 2-й группе была достоверно ниже ($p < 0,05$).

Для лечения генитальной инфекции проводили местную этиотропную антибактериальную терапию после 13 нед гестации с учетом выявленного возбудителя и системную интерферонотерапию.

Противовоспалительная терапия и коррекция местного иммунитета способствовали элиминации возбудителей бактериальных инфекций и уменьшению воспалительных изменений на шейке матки. Об этом свидетельствовало увеличение количества мазков I типа во всех группах. После лечения всем беременным проводили контрольное кольпоскопическое и цитологическое исследования.

Иммунокорректирующая терапия с использованием препарата интерферона α -2b в виде вагинальных свечей в дозировке 250 000 МЕ (по 1 свече 2 раза в сутки в течение 10 дней и повторный курс через 7 дней по такой же схеме) позволяет достичь стойкой ремиссии воспалительных процессов в шейке матки.

Для лечения ФПН использовали сосудорасширяющие средства и препараты, нормализующие процессы микроциркуляции в плаценте и матке (теофиллин, ксантинол никотинат). Кроме того, применяли актовегин, инстенон, троксерутин.

В 1-й группе деформация шейки матки из-за после родовых разрывов наблюдалась у 38 (51,3%) беременных, опасность ИЦН у этих пациенток была достаточно высока. Беременным с деформацией шейки матки проводили 2—3-кратное УЗ-мониторирование шейки матки в сроки гестации до 20 нед и бактериологическое

исследование для своевременной диагностики ИЦН и выбора тактики лечения. При трансвагинальном УЗИ достоверными признаками ИЦН у беременных служат: укорочение шейки матки до 2,9 см в сроке гестации до 20 нед, пролабирование плодного пузыря в цервикальный канал, соотношение длины и диаметра шейки матки на уровне внутреннего зева менее 1,2, расширение цервикального канала до 1 см. При явлениях кольпита, цервицита проводили предварительную санацию половых путей и коррекцию местного иммунитета. Профилактически применяли метод нехирургического серкляжа с первой половины беременности у пациенток с травматической деформацией шейки матки с обязательным ультразвуковым и бактериологическим контролем. При прогрессировании ИЦН на фоне нехирургического серкляжа проводили хирургическую коррекцию цервикальной недостаточности с последующим введением пессария для профилактики несостоятельности шва.

Заключение

В 1-й группе обследованных признаки цервицита выявлены у 45 (60,8%) женщин, деформация шейки матки из-за послеродовых разрывов — у 38 (51,3%), при этом опасность ИЦН у этих пациенток была достаточно высока. На начальном этапе развития ФПН клинические признаки могут быть выражены слабо или отсутствовать. В связи с этим существенное значение приобретают методы лабораторного и инструментального динамического контроля за состоянием фетоплацентарного комплекса в группе высокого риска по развитию ФПН. Диффузное утолщение плаценты, выявленное при УЗИ в этой группе беременных, стало косвенным признаком нарушения фетоплацентарного комплекса у 18% женщин. Определение кольпоскопических признаков экзо- и эндоцервицита у беременных представляет ряд трудностей, так как характерные признаки воспаления (гиперемия, отек и усиление васкуляризации) являются нормальными гестационными изменениями у всех беременных. При подозрении на эндоцервициты наиболее достоверно бактериологическое исследование, при котором очень часто обнаруживаются хламидийная инфекция, гарднереллы и кандиды. В 1-й группе беременных наиболее часто встречались хламидии, микоуреоплазмы, стафилококк, кишечная палочка (у 43, или 58,1%, женщин) и как результат нарушение микробиотоза влагалищной флоры — бактериальный вагиноз (у 45, или 60,8%, женщин). Во 2-й группе наиболее часто встречались хламидии, микоуреоплазмы (у 6, или 15,8% женщин) и как результат нарушение микробиотоза влагалищной флоры — бактериальный вагиноз (у 7, или 18,4%, женщин). Всем пациенткам с воспалительными изменениями шейки матки проводили противовоспалительную терапию и коррекцию местного иммунитета, а также, после доплерометрического исследования, — лечение ФПН.

ЛИТЕРАТУРА

1. Демидов В.С. Клиническое значение доплерометрии в диагностике и прогнозировании плацентарной недостаточности во II и

- III триместрах беременности: Дис. ... канд. мед. наук. М.; 2000.
2. Европейские стандарты диагностики и лечения заболеваний, передаваемых половым путем. М.: Медицинская литература. 2006; 272.
 3. Castellsague X. Male circumcision, penile human papillomavirus infection, and cervical cancer in female partners. *N. Engl. J. Med.* 2002; 346 (15): 1105—12.
 4. Айламазян Э.К. *Гинекология от пубертата до постменопаузы*. М.: МЕД-пресс-информ. 2007.
 5. Аполихина И.А., Денисова Е.Д. Папилломавирусная инфекция гениталий: актуальная проблема современной гинекологии и пути ее решения. *Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии*. 2007; 6 (6): 70—5.
 6. *Гинекология. Национальное руководство*. М.: ГЭОТАР-Медиа. 2009.
 7. Anttila T., Saikku P., Koskela P. et al. Serotypes of Chlamydia trachomatis and risk for development of cervical squamous cell carcinoma. *J.A.M.A.* 2001; 285 (1): 47—51.
 8. Куликов И.А. *Особенности патологии шейки матки во время беременности*. Дис. ... канд. мед. наук. М.; 2011.
 9. Сидорова И.С., Овсянникова Т.В., Макаров И.О. *Амбулаторно-поликлиническая помощь в акушерстве и гинекологии*. М.: МЕД-пресс-информ; 2009.
 10. Савельева Г.М., Федорова М.В., Клименко П.А. и др. Плацентарная недостаточность. М.; 1991.
 11. Кошелева Н.Г., Аржанова О.Н., Громыко Г.Л. и др. Новые подходы к лечению угрожающих преждевременных родов. *Вестник Российской ассоциации акушеров-гинекологов*. 1996; 1: 55—60.
 12. Краснополяский В.И., Серова О.Ф., Зароченцева Н.В. и др. Патологические изменения шейки матки при беременности. *Акушерство и гинекология*. 2006; 4: 35-40.
 13. Soma H., Okada T., Yoshinari T. et al. Placental site trophoblastic tumor of the uterine cervix occurring from undetermined antecedent pregnancy. *J. Obstet. Gynaecol. Res.* 2004; 30 (2): 113—6.

REFERENCES

1. Demidov V.S. *Klinicheskoe znachenie dopplerometrii v diagnostike i prognozirovanii placentarnoy nedostatochnosti vo vtorom i tret' em trimestrah beremennosti: Diss.* Moscow; 2000. (In Russian)
2. *European standards for diagnosis and treatment of sexually transmitted* [Evropeyskie standarty diagnostiki i lecheniya zabolevaniy, peredavaemykh polovym putem]. Moscow: Meditsinskaya literatura: 2006. (in Russian)
3. Castellsague X. Male circumcision, penile human papillomavirus infection, and cervical cancer in female partners. *N. Engl. J. Med.* 2002; 346 (15): 1105—12.
4. Aylamazyan E.K. *Gynecology from puberty to menopause [Ginekologiya ot pubertata do postmenopauzy]*. Moscow: MEDpress-inform; 2007. (in Russian)
5. Apolikhina I.A., Denisova E.D. Genital human papillomavirus infection: the actual problem of modern gynecology and its solutions. *Voprosy ginekologii, akusherstva i perinatologii*. 2007; 6 (6): 70—5. (in Russian)
6. *Gynecology. National leadership [Ginekologiya. Natsional'noe rukovodstvo]*. Moscow: GEOTAR-Media. 2009; 1150. (in Russian)
7. Anttila T., Saikku P., Koskela P. et al. Serotypes of Chlamydia trachomatis and risk for development of cervical squamous cell carcinoma. *J.A.M.A.* 2001; 285 (1): 47—51.
8. Kulikov I.A. *Osobennosti patologii sheyki matki vo vremya beremennosti. Diss.* Moscow; 2011. (in Russian)
9. Sidorova I.S., Ovsyannikova T.V., Makarov I.O. *Outpatient care in obstetrics and gynecology [Ambulatorno-poliklinicheskaya pomoshch' v akusherstve i ginekologii]*. Moscow: MEDpress-inform; 2009. (in Russian)
10. Savel'eva G.M., Fedorova M.V., Klimenko P.A. et al. *Placental insufficiency [Placentarnaya nedostatochnost']*. M.; 1991. (in Russian)
11. Kosheleva N.G., Arzhanova O.N., Gromyko G.L. et al. New approaches to the treatment of threatened preterm delivery. *Vestnik Rossiyskoy assotsiatsii akusherov ginekologov*. 1996; 1: 55—60. (in Russian)
12. Krasnopol'skiy V.I., Serova O.F., Zarochentseva N.V. et al. Pathological changes in the cervix during pregnancy. *Akusherstvo i ginekologiya*. 2006; 4: 35—40. (in Russian)
13. Soma H., Okada T., Yoshinari T. et al. Placental site trophoblastic tumor of the uterine cervix occurring from undetermined antecedent pregnancy. *J. Obstet. Gynaecol. Res.* 2004; 30 (2): 113—6.

Поступила 19.07.14
Received 19.07.14