

A. A., Barisheva E. V., Bikov I. M., Timakov A. A. Influence of deuterium depleted water on the organism of laboratory animals in various functional conditions of nonspecific protective systems // *Biophysics*. – 2014. – Т. 59. № 4. – С. 620–627.

23. Lodge J. P. Hemostasis in liver resection surgery // *Semin Hematol*. – 2004. – Vol. 41. – P. 70–75.

24. McLeish P. E. The role of xanthine oxidase and the effects of antioxidants in ischemia reperfusion cell injury //

*Acta Physiol. Pharmacol. Ther. Latinoam*. – 2003. – Vol. 49. – P. 13–20.

25. Vardanian A. J., Busuttill R. W., Kupiec-Weglinski J. W. Molecular mediators of liver ischemia and reperfusion injury: a brief review // *Mol. med*. – 2008. – Vol. 14. – P. 337–345.

26. Zhou G., Dada L. A., Wu M. et al. Hypoxia-induced alveolar epithelial-mesenchymal transition requires mitochondrial ROS and hypoxia-inducible factor 1 // *Am. j. physiol. lung. cell. mol. physiol*. – 2009. – Vol. 297 (6). – P. 1120–1130.

Поступила

**В. А. ШАХБАЗОВА<sup>1</sup>, В.А. НОВИКОВА<sup>1</sup>, Е.С. ЗАХАРОВА<sup>2</sup>**

## **ВЛИЯНИЕ ПРЕКОНЦЕПЦИОННОЙ ПОДГОТОВКИ НА ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С ЭКТОПИЕЙ ШЕЙКИ МАТКИ**

<sup>1</sup> *Кафедра акушерства Гинекологии и перинатологии факультета повышения квалификации и последипломной подготовки специалистов Кубанского государственного медицинского университета, Россия, 350063, г. Краснодар, ул. Седина, 4; тел. +7 (861) 2220114. E-mail: vladislavan@mail.ru;*

<sup>2</sup> *Перинатальный центр краевой клинической больницы № 2, Россия, 350012, г. Краснодар, ул. Красных партизан, 6/2; тел. +7(861) 222-04-29. E-mail: vladislavan@mail.ru*

Эктопия шейки матки может обусловить осложнения беременности на всём её протяжении. Преконцепционное консультирование, выявление и лечение эндо- и экзоцервицитов являются мерой профилактики невынашивания беременности, преждевременного разрыва плодных оболочек, кровотечения.

*Ключевые слова:* эктопия шейки матки, осложнения беременности, прегравидарная подготовка

**V. A. SHAKHBAZOVA<sup>1</sup>, V. A. NOVIKOVA<sup>1</sup>, E. S. ZAKHAROVA<sup>2</sup>**

**EFFECT OF PRECOCEPTION COUNSELING ON THE COURSE  
OF PREGNANCY IN WOMEN WITH CERVICAL ECTOPY**

<sup>1</sup> *Department of obstetrics, gynecology and perinatology, faculty of a postgraduate education Kuban state medical university, Russia, 350063, Krasnodar, Sedina str., 4; tel. +7 (861) 2220114. E-mail: vladislavan@mail.ru;*

<sup>2</sup> *Perinatal center regional clinical hospital № 2, Russia, 350012, Krasnodar, str., Krasnykh partisans, 6/2; tel. +7 (861) 222-04-29. E-mail: vladislavan@mail.ru*

Cervical ectopy may cause gestational complications in in the whole of its length. Preconception counseling, identification and treatment of endo- and exocervicitis is a measure of prevention of miscarriage, premature rupture of membranes, bleeding.

*Key words:* ectopic cervical pregnancy complications, preconception counseling.

Эктопия шейки матки (ЭШМ) относится к нормальной кольпоскопической картине [9]. Частота эктопии шейки матки в среднем достигает 38,8% [8].

Несмотря на то что большинство исследователей не относят ЭШМ к патологии, считают её вариантом нормы [1, 5, 8], при осложненной, на-

пример, цервицитом ЭШМ необходимы этиотропное противовоспалительное лечение, коррекция микробиоценоза влагалища, гормональных и иммунных нарушений [6, 7].

Цервицит вследствие ЭШМ может представлять собой риск восходящего инфицирования плодного яйца, угрозы невынашивания бере-

менности, фетоплацентарной недостаточности, преждевременных родов, слабости родовой деятельности, субинволюции матки и лохиометры, несостоятельности швов влагалища и промежности, послеродового эндометрита [2].

Учитывая известные риски осложнений гестации, родов и послеродового периода вследствие ЭШМ, понятна необходимость преконцепционного консультирования женщин и соответствующего лечения при осложненных формах.

Цель исследования – оценить эффективность преконцепционной подготовки в улучшении исходов беременности у женщин с эктопией шейки матки.

### Материал и методы исследования

Исследование проводилось в период с 2009 г. по 2014 г. на клинических базах кафедры акушерства, гинекологии и перинатологии ФПК и ППС ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава России в Перинатальном центре КМЛДО МУЗ ГБ № 2 г. Краснодара, с 2013 г. – ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2» Минздрава Краснодарского края (г. Краснодар), в Краевом перинатальном центре ГБУЗ «Детская краевая клиническая больница».

За период 2012–2015 (сентябрь) гг. в женской консультации находились под наблюдением 6508 беременных женщин. Число беременных с эктопией шейки матки (ЭШМ) составило 2252 (34,6%), из них с осложненной эктопией – 1163 (51,54% от числа женщин с ЭШМ и 17,87% от числа всех беременных), с децидуозом шейки матки – 72 (3,2% от числа женщин с ЭШМ и 1,11% от числа всех беременных).

Выполнено проспективное нерандомизированное, контролируемое, открытое обследование 174 женщин с эктопией шейки матки: 52 женщины, которым в преконцепционном периоде проводилось лечение осложненной эктопии шейки матки (основная группа); 72 женщины, у которых беременность наступила без преконцепционного обследования и лечения (группа сравнения). Преконцепционное лечение осложненной экзо-/эндоцервицитом эктопии шейки матки включало: элиминацию имеющихся возбудителей бактериальной инфекции; лечение бактериального вагиноза даже при отсутствии клинических проявлений; терапию рецидивирующей вирусной инфекции; восстановление функции и рецептивности эндометрия; витаминную, ферментную, иммуномодулирующую терапию. На период преконцепционного лечения использовалась барьерная контрацепция.

Группу контроля (50 женщин) сформировали женщины без эктопии шейки матки с физиологическим течением беременности и родов (группа III, контроль). Женщины групп сравнения были сопоставимы по возрасту, который составил  $27,94 \pm 3,84$  года ( $m \pm SD$ ).

Обследования беременных, рожениц и родильниц выполнялось на основании приказа от 10.02.2003 № 50 «О совершенствовании акушерско-гинекологической помощи в амбулаторно-поликлинических учреждениях», от 1 ноября 2012 г. № 572н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «Акушерство и гинекология» (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)».

Бактериологический, вирусологический анализы микрофлоры влагалища, цервикального канала выполнялись методом полимеразной цепной реакции (ПЦР) в режиме реального времени с помощью прибора («Фемофлор-16»). Определение уровня кислотности влагалищной жидкости производилось с использованием теста CitolabpH. По цветовой шкале определялся уровень pH.

Расширенная кольпоскопия выполнялась при помощи кольпоскопа «Olympus OCS» (Япония), видеокольпоскопа «Somethech inc». Для интерпретации кольпоскопической картины использовалась международная терминология кольпоскопических терминов (IFCPC), предложенная в 2011 г. и одобренная РАГИН (Российская ассоциация по генитальным инфекциям и неоплазии). Цитологическое исследование мазков с экзо- и эндоцервикса производилось по Папаниколау (Pap-smear-test) в трёх триместрах беременности.

Ультразвуковое исследование проводилось при помощи ультразвуковых приборов фирмы «Aloka» SSD-1200 с использованием трансабдоминального и трансвагинального высокоразрешающих электронных датчиков частотой 7,5 МГц. Допплеровское исследование кровотока – при помощи ультразвуковых аппаратов экспертного класса «Volusson-730», «PHILIPS HD11».

Для статистического анализа полученных результатов исследования использовались статистические пакеты «SPSS v15.0», «Microsoft Excel 2013».

### Результаты исследования и их обсуждение

На основании сравнения особенностей становления репродуктивной функции, контроля половой жизни, контрацептивного, гинекологического и экстрагенитального анамнезов, социального статуса нами был составлен клиничко-анамнестический портрет беременной женщины с ЭШМ в зависимости от того, готовилась ли она к предстоящей беременности или нет (женщины группы сравнения).

Возраст был сопоставим у женщин основной, сравнительной и контрольной групп:  $29,3 \pm 0,9$  (24–37) года,  $26,4 \pm 1,32$  (15–38) года и  $27,96 \pm 1,13$  (19–29) года соответственно. Возраст менархе так же был сопоставим:  $12,75 \pm 0,2$  (12–14) года,  $13,03$  (13–16) года и  $13 \pm 0,2$  (11–16) года соответственно.

Для женщин группы сравнения был характерен более ранний возраст сексуального дебюта –  $19,05 \pm 0,84$  года ( $p < 0,001$ ) vs.  $21,75 \pm 0,47$  года у женщин в группе контроля и  $19,2 \pm 0,4$  года в основной группе. Однако только в группе сравнения присутствовали женщины с возрастом начала половой жизни 15 лет. Учитывая субъективность полученных данных, невозможность объективного контроля сексуального дебюта, реального количества половых партнеров, практически невозможно с полной уверенностью считать, что возраст сексуального дебюта был не менее 15 лет. У 61% ( $n=44$ ) женщин число половых партнеров было не менее двух, у 8% ( $n=6$ ) – более трёх. При анализе особенностей сексуального анамнеза установлено, что для женщин группы сравнения характерны ранний сексуальный дебют ( $p < 0,001$ ) и количество половых партнеров 2 и более ( $p < 0,05$ ).

С учетом активной половой жизни женщин группы сравнения представлял интерес подход женщин к собственной фертильности. Оказалось, что 90% ( $n=65$ ) ( $p < 0,001$ ) женщин используют барьерные методы, отдают предпочтение прерванному половому акту, никогда не применяли комбинированные оральные контрацептивы. 94% ( $n=68$ ) ( $p < 0,001$ ) женщин были повторнобеременными, только 71% ( $n=51$ ) были первородящими. У 83% ( $n=60$ ) ( $p < 0,01$ ) женщин в анамнезе были искусственные аборты. Несмотря на то что в основной группе и в группе контроля среднее число абортов было сопоставимо с группой сравнения, в группе сравнения число искусственных абортов на одну женщину могло достигать 6. В настоящую беременность минимальный возраст женщин группы сравнения составил 15 лет, максимальный – 38 лет.

Среднее число родов на одну женщину в группе сравнения составило 1–2. Необходимо особо отметить, что в основной группе число родов было не более 1 и в отличие от женщин группы сравнения отмечался отягощенный самопроизвольным аборт, непрогрессирующей беременностью акушерский анамнез. Интервал между предыдущей и настоящей беременностями был достоверно больше – от 3 до 11 лет ( $3,67 \pm 0,84$ ).

Немаловажным аспектом явились уровень образования и социальный статус женщин. Так, в группе сравнения преобладали женщины, образование которых было не высшим: у 36% ( $n=26$ ) ( $p < 0,01$ ) – только среднее и у 25% ( $n=18$ ) ( $p < 0,05$ ) – среднее-специальное. 44% ( $n=32$ ) ( $p < 0,001$ ) женщин группы сравнения были жительницами села, тогда как в основной группе все женщины были жительницами города. Брак был зарегистрированным в группе сравнения только у 51% ( $n=37$ ) ( $p < 0,01$ ) женщин vs. 79% ( $n=41$ ) в основной группе. 21% ( $n=15$ ) женщин в группе сравнения, как

и 12% ( $n=6$ ) женщин в основной группе, считали себя одиночками, не состояли ни в зарегистрированном, ни в гражданском браке. При анализе пристрастия к вредным привычкам выяснилось, что 47% ( $n=34$ ) ( $p < 0,01$ ) женщин группы сравнения курят табак, у части из них невозможно было исключить табакокурение и в настоящей беременности.

Учитывая отсутствие прекоцепционного консультирования, мы были вправе предположить, что женщины были здоровы в плане гинекологической и соматической патологии. Оказалось, что 46% ( $n=33$ ) ( $p < 0,01$ ) женщин имели избыточную массу тела или ожирение, у 56% ( $n=33$ ) имела вегетососудистая дистония, что достоверно отличалось от группы контроля. Только 31% женщин ( $n=22$ ) ( $p < 0,001$ ) регулярно посещали врача-специалиста при наличии хронической патологии.

При анализе гинекологической патологии выяснилось, что 81% ( $n=58$ ) ( $p < 0,001$ ) женщин группы сравнения в анамнезе имели вагинит, а 54% ( $n=39$ ) ( $p < 0,05$ ) – бактериальный вагиноз; 89% ( $n=64$ ) ( $p < 0,05$ ) – воспалительные заболевания органов малого таза, что сопоставляется с особенностями их сексуального анамнеза, отличает их от женщин основной группы. Только 36% ( $n=26$ ) женщин группы сравнения в отличие от 85% ( $n=44$ ) ( $p < 0,001$ ) женщин основной группы регулярно посещали гинеколога в связи с имеющейся патологией.

Было установлено, что отсутствие прекоцепционного консультирования ассоциировано с более поздней явкой на учёт по беременности в ЖК. Так, в группе сравнения этот срок составил  $9,67 \pm 1,24$  ( $p < 0,01$ ) недели. Более того, 40% ( $n=29$ ) женщин первый раз явились на осмотр к акушеру-гинекологу в сроке беременности более 12 недель (в одном случае – в 24 недели). Оказалось, что срок первой явки в основной группе был не только меньше, чем в группе сравнения ( $6,6 \pm 0,44$  недели), но и меньше, чем в группе контроля ( $8,65 \pm 0,62$  недели,  $p < 0,05$ ).

При оценке патогенной и условно-патогенной флоры в цервикальном канале во время беременности выяснилось, что у женщин основной группы вирус простого герпеса, *Chlamydia trachomatis*, *Gardnerella vaginalis* и *St. Aureus* не были обнаружены ни в одном случае. Вирус папилломы человека был выявлен только у одной (8%) женщины. Обнаружены *Ureaplasma urealyticum*, *Mycoplasma hominis*, *St. epidermidis* и *E. Coli* с частотой 2–8%. К сожалению, несмотря на прекоцепционное лечение, у 12 ( $n=6$ ) женщин была выявлена *Mycoplasma genitalis* и у 17% ( $n=9$ ) женщин – *Candida albicans*. В группе сравнения ВПЧ, ВПГ, *Ureaplasma urealyticum*, *Mycoplasma genitalis*, *Mycoplasma hominis*, *Chlamydia trachomatis*, *Gardnerella vaginalis*, *Candida albicans*, *St.*

epidermidis, St. Aureus, E. coli были выявлены у достоверно большего числа женщин. Ни у одной из обследованных женщин не были идентифицированы Neisseria gon. и Trichomonas vaginalis.

В I триместре у женщин основной группы ни в одном случае не были клинически диагностированы бактериальный вагиноз, вагинит, экзо- и эндоцервицит. У женщин группы сравнения частота вагинита составила 93% (n=67), экзоцервицита – 48% (n=35), у 42% (n=30) имелись симптомы эндоцервицита (табл. 1). Во II триместре вагинит также не был диагностирован ни в одном случае в основной группе и выявлен у 33% (n=24) женщин в группе сравнения. Во II триместре беременности частота вагинита, эндо- и экзоцервицита у женщин основной группы не превышала 8–10%, клинические проявления были незначительными и достаточно быстро купировались при соответствующих лечебных мероприятиях. Частота вагинита, эндо- и экзоцервицита в группе сравнения была достоверно выше, чем в основной группе (p<0,01). Учитывая проводимое индивидуальное обследование женщин в течение всей беременности, объяснимо значительное снижение клинических симптомов инфекционно-воспалительных изменений цервикального канала в III триместре беременности. Однако у женщин группы сравнения частота вагинита была достоверно выше, чем в контрольной группе: 71% vs. 23% (p<0,001).

При рН-метрии отделяемого из цервикального канала было установлено, что у женщин группы сравнения рН был значительно выше – 4,74±0,15

(4–5,6) vs. 3,99±0,04 (3,8–4,1) в основной группе (t=4,83; p<0,001).

При сравнении результатов цитологического обследования шейки матки выяснилось, что цитограмма воспаления была определена у 27% (n=14) женщин основной группы, а в группе сравнения – у абсолютного числа женщин (p<0,001).

Подтверждением воспалительного процесса, поддерживаемого в шейке матки в течение настоящей беременности, явилось наличие у женщин группы сравнения кольпоскопических признаков не только экзоцервицита у 42% (n=30) (p<0,001) женщин, но и эндоцервицита – у 51% женщин (n=37) (p<0,001).

Особого внимания заслуживает наличие у 24% (n=17) женщин группы сравнения цервикального децидуоза: у 12 женщин (17%) – опухолевидной формы, у 5 (7%) – полиповидной. Признаков цервикального децидуоза до наступления настоящей беременности не было выявлено ни в одном случае. Наличие децидуоза во всех случаях сопровождалось кровомазанием различной степени выраженности. Так, у 5 (7%) женщин сочетание децидуоза, эндо- и экзоцервицита обусловило со II триместра беременности кровомазание, контактное кровотечение, требующее госпитализации в стационар, неоднократной тампонады влажной, суммарные кровопотери в течение беременности до 206±43,93 (150–250) мл крови, анемии с уровнем гемоглобина 93,0±3,74 (88–98) г/л, несмотря на приём антианемических препаратов и соответствующей диеты.

Таблица 1

### Клинические признаки инфекционных и воспалительных изменений цервикального канала и влагалища у женщин групп сравнения

Параметр	Основная группа, N = 52		Группа сравнения, N = 72		t
	1		2		
	Абс. число	%	Абс. число	%	
<b>I триместр</b>					
Бактериальный вагиноз	0	-	0	Нет	-
Вагинит	0	-	67	93***	31.06
Экзоцервицит	0	-	35	48***	8.25
Эндоцервицит	0	-	30	42***	7.17
<b>II триместр</b>					
Бактериальный вагиноз	0	-	24	33***	6.0
Вагинит	5	10	17	24**	2.17
Экзоцервицит	4	8	30	42***	4.93
Эндоцервицит	5	10	37	52***	5.83
<b>III триместр</b>					
Бактериальный вагиноз	0	-	8	11**	3.0
Вагинит	12	23	51	71***	6.02

**Примечание:** \*\* – p<0,01 – сравнение показателей с группой контроля; \*\*\* – p<0,001 – сравнение показателей с группой контроля.

Заслуживают внимания особенности течения настоящей беременности по триместрам (табл. 2). Обращает внимание, что в I триместре беременности у женщин основной группы частота угрожающего аборта была достоверно ниже ( $p < 0,05$ ), что ни в одном случае не потребовало госпитализации в стационар. Частота анемии была крайне низкой – 6%, уровень гемоглобина не был ниже 103 г/л, что можно рассматривать как проявление физиологической гемодилуции, свойственной для I триместра беременности.

Для женщин группы сравнения I триместр с достоверно более высокой частотой осложнился не только угрожающим, но и начавшимся самоабортом. Отметим, что у 65% ( $n=47$ ) женщин уже с I триместра беременности отмечалось кровомазание различной степени выраженности, что требовало в большинстве случаев дифференцировки с начавшимся самоабортом, отслойкой хориона, непрогрессирующей беременностью, дополнительных диагностических и лечебных мероприятий. Число женщин с анемией составило 16 (22%) человек, и уровень гемоглобина в ряде случаев достигал 93 г/л.

II триместр беременности, несмотря на проводимые профилактические и терапевтические мероприятия, осложнился с достоверно более высокой частотой начавшимся самоабортом, истмико-цервикальной недостаточностью (ИЦН), первичной плацентарной недостаточностью, анемией и кровомазанием/кровотечением.

Кровотечение было выявлено у всех женщин с децидуозом. Рассчитать реальный объем кровопотери при длительном кровомазании у женщин с эндоцервицитом не представилось возможным. Несмотря на противоанемические мероприятия, число женщин с анемией составило 20 (28%).

ИЦН была диагностирована у 17 (24%) женщин группы сравнения, однако вследствие кровомазания/кровотечения была исключена возможность хирургической коррекции. Более того, наличие эндо- и экзоцервицита у этих женщин также требовало санации шейки матки, назначения в ряде случаев антибактериальной терапии. Вариантом выбора для коррекции ИЦН явилась установка пессария доктора Арабин. Отметим, что в связи с увеличенными толщиной и шириной шейки матки первородящим женщинам устанавливали пессарий, рекомендуемый повторнородящим.

Таблица 2

## Осложнения беременности у обследованных женщин по триместрам

Осложнения беременности	Основная группа, N = 52		Группа сравнения, N = 72		t
	1		2		
	Абс. число	%	Абс. число	%	
<b>I триместр</b>					
Угрожающий самопроизвольный аборт	9	17	26	36*	2.44
Начавшийся самопроизвольный аборт	0	-	14	19***	4.17
Кровомазание/кровотечение	0	-	47	65***	6.24
Анемия	3	6	16	22**	2.8
<b>II триместр</b>					
Угрожающий самопроизвольный аборт	12	23	44	61***	4.64
Начавшийся самопроизвольный аборт	0	-	10	14***	3.41
ИЦН	0	-	17	24***	4.72
Разгружающий акушерский пессарий	0	-	17	24***	4.7
Анемия	4	8	20	28**	3.1
Кровомазание/кровотечение	0	-	51	71***	13.22
<b>III триместр</b>					
Угрожающие преждевременные роды	3	6	12	17*	2.0
Преждевременные роды	0	0	9	13**	3.21
Умеренная преэклампсия	8	15	23	32*	2.23
Хроническая плацентарная недостаточность	25	48	63	88***	4.96
Преждевременный разрыв плодных оболочек/дородовое излитие околоплодных вод	0	-	19	26***	5.08
Кровомазание/кровотечение	2	3.08	33	46***	6.51
Анемия	32	62	46	64	0.27
Уровень гемоглобина, г/л ( $M \pm m$ )	100,57 $\pm$ 1,53***		93,14 $\pm$ 1,46		3.51

**Примечание:** \*\* –  $p < 0,01$  – сравнение показателей с группой контроля; \*\*\* –  $p < 0,001$  – сравнение показателей с группой контроля

При оценке особенностей III триместра беременности выяснилось, что у 13% (n=9) женщин группы сравнения ( $p < 0,01$ ) произошли преждевременные роды, у 26% (n=19) женщин ( $p < 0,01$ ) – преждевременный разрыв плодных оболочек. Аналогичных осложнений в основной группе не было. Кровомазание продолжалось вплоть до срока родов у женщин группы сравнения с децидуозом, что могло обусловить более низкие показатели гемоглобина, чем в основной группе:  $93,14 \pm 1,46$  г/л vs.  $100,57 \pm 1,53$  г/л ( $p < 0,001$ ) соответственно.

Обращает внимание наличие хронической плацентарной недостаточности и умеренной преэклампсии у женщин как основной, так и сравнительной группы. Однако у женщин группы сравнения хроническая плацентарная недостаточность была диагностирована у 88% (n=63) ( $p < 0,001$ ), преэклампсия – у 32% (n=23) ( $p < 0,001$ ), что требует дальнейшего изучения роли эктопии шейки матки в генезе данной патологии.

При оценке критерия значимости различий исходов (критерий  $\chi^2$ ) в зависимости от воздействия фактора риска (наличия или отсутствия преконцепционной подготовки) выяснилось следующее. Отсутствие преконцепционной подготовки при беременности имеет связь с развитием вагинита в I триместре беременности ( $\chi^2 = 105,267$ ), кровомазания/кровотечения во II триместре ( $\chi^2 = 62,566$ ) и в I триместре ( $\chi^2 = 54,664$ ) беременности; с угрожающим самопроизвольным абортом (II триместр) ( $\chi^2 = 17,636$ ), экзоцервицитом (кольпоскопически) ( $\chi^2 = 17,512$ ), преждевременным разрывом плодных оболочек ( $\chi^2 = 16,205$ ), децидуозом (кольпоскопически) ( $\chi^2 = 14,228$ ), ИЦН ( $\chi^2 = 14,228$ ), необходимостью применения разгружающего акушерского пессария ( $\chi^2 = 14,228$ ), начавшимся самопроизвольным абортом в I триместре беременности ( $\chi^2 = 11,398$ ), начавшимся самопроизвольным абортом во II триместре беременности ( $\chi^2 = 7,856$ ), анемией во II триместре беременности ( $\chi^2 = 7,804$ ), анемией в I триместре беременности ( $\chi^2 = 6,299$ ), бактериальным вагинозом в III триместре беременности ( $\chi^2 = 6,176$ ), угрожающим самопроизвольным абортом в I триместре беременности ( $\chi^2 = 5,27$ ).

В Национальном руководстве «Акушерство» подчеркивается, что эктопия шейки матки наравне с другими фоновыми процессами шейки матки (лейкоплакия, эндоцервицит и эндометриоз шейки матки с частым рецидивированием патологического процесса после проведенной терапии) является показанием для обследования на бактериальный вагиноз (БВ). Верификация БВ должна выполняться в срок 12–16 недель беременности, так как БВ при беременности признан доказанным фактором риска восходящей инфекции, возможного инфицирования плодных оболочек и околоплодных вод, следовательно, причиной

преждевременного разрыва плодных оболочек, самоаборта, преждевременных родов, антенатального или интранатального инфицирования плода [1]. При изучении этиопатогенеза ЭШМ и обусловленных ею осложнений многочисленные исследователи указывают на характерный видовой состав цервикальной микробиоты [4, 10]. Инфекционный фактор является доказанной причиной осложнений беременности и преждевременных родов [3].

Таким образом, в результате настоящего исследования была доказана высокая эффективность преконцепционной подготовки в улучшении исходов беременности у женщин с эктопией шейки матки.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Айламазян Э. К., Кулаков В. И., Радзинский В. Е., Савельева Г. М. Акушерство: Национальное руководство / Под ред. Э. К. Айламазяна, В. И. Кулакова, В. Е. Радзинского, Г. М. Савельевой. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 1200 с.
2. Гребнева И. С. Течение беременности, родов, послеродового периода и состояния новорожденных при восходящем инфицировании плодного яйца // *Мать и дитя в Кузбассе*. – 2010. – Спецвыпуск № 1. – С. 41–43.
3. Новикова В. А., Пенжоян Г. А., Рыбалка Е. В., Аутлева С. Р., Васина И. Б., Филина К. В. Нерешенные вопросы преждевременных родов при преждевременном разрыве плодных оболочек // *Российский вестник акушера-гинеколога*. – 2012. – № 4. – С. 25–31.
4. Прилепская В. Н., Летуновская А. Б., Донников А. Е. Микробиоценоз влагалища и полиморфизм генов цитокинов как маркер здоровья женщины (обзор литературы) // *Гинекология*. – 2015. – № 2. – С. 4–13.
5. Роговская С. И., Теребнева Л. А., Подзолкова Н. М. Комплексная терапия заболеваний шейки матки с применением препаратов депантол и лавомакс // *Акушерство и гинекология*. – 2014. – № 10. – С. 95–103.
6. Савельева Г. М., Сухих Г. Т., Манухин И. Б. Гинекология. Национальное руководство. Краткое издание / Под ред. Г. М. Савельевой, Г. Т. Сухих, И. Б. Манухина. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 704 с.
7. Титченко Л. И., Серова О. Ф., Зароченцева Н. В., Белоусова Т. Н., Важнова В. М. Заболевания шейки матки и беременность. Вестник последипломного медицинского образования. – 2010. – № 1. – С. 38–43.
8. Щербина Н. А., Говсеев Д. А. Современные клинико-патогенетические аспекты диагностики и лечения пациенток с эктопией шейки матки // *Международный медицинский журнал*. – 2014. – № 2. – С. 58–63.
9. Bornstein J., Bentley J., Bösze P., Girardi F., Haefner H., Menton M. et al. 2011 Colposcopic terminology of the international federation for cervical pathology and colposcopy // *Obstet gynecol* – 2012. – № 120. – Vol. 166–172. DOI:10.1097/AOG.0b013e318254f90c.
10. Kleppa E., Holmen S. D., Lillebø K., et al. Sex Transm Infect. – 2015. – № 91. – P. 124–129.