

На правах рукописи

Шахбазова Виолетта Анатольевна

**ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРЕКОНЦЕПЦИОННОЙ
ПОДГОТОВКИ В УЛУЧШЕНИИ ИСХОДОВ БЕРЕМЕННОСТИ И
РОДОВ У ЖЕНЩИН С ЭКТОПИЕЙ ШЕЙКИ МАТКИ**

14.01.01- акушерство и гинекология

Автореферат

диссертации на соискание ученой степени

кандидата медицинских наук

Волгоград - 2016

Работа выполнена в Федеральном государственном бюджетном образовательном учреждении высшего образования «Кубанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации на кафедре акушерства, гинекологии и перинатологии ФПК и ППС

Научный руководитель: доктор медицинских наук, профессор
Федорович Олег Казимирович

Официальные оппоненты: **Лебеденко Елизавета Юрьевна,**
доктор медицинских наук, профессор ФГБОУ ВО
«Ростовский государственный медицинский
университет» Минздрава России, доцент кафедры
акушерства и гинекологии №3 ФПК и ППС

Коротких Ирина Николаевна,
доктор медицинских наук, профессор ФГБОУ ВО
«Воронежский государственный медицинский
университет им. Н.Н. Бурденко Минздрава России,
заведующая кафедрой акушерства и гинекологии №1

Ведущая организация ФГБОУ ВО «Астраханский государственный
медицинский университет» Минздрава России

Защита состоится «18» ноября 2016 года в часов на заседании диссертационного совета Д 208.008.10 при Волгоградском государственном медицинском университете по адресу 400131, пл. Павших борцов, 1

С диссертацией и авторефератом можно ознакомиться на сайте ВАК Министерства образования и науки Российской Федерации: www.vak.ed.gov.ru

Автореферат разослан «__» _____ 2016г.

Ученый секретарь диссертационного совета

доктор медицинских наук
профессор М.С. Селихова

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ.

Актуальность и степень разработанности темы исследования.

Согласно отечественным данным, частота эктопии шейки матки (ЭШМ) в среднем достигает 38,8%, у первородящих - 22,0%. 50,0% патологии шейки матки представляет ЭШМ (Щербина Н. А., Говсеев Д. А., 2014).

Большинство исследователей не относят ЭШМ к патологии, считают её вариантом нормы. Тем не менее, подчеркивается, что неосложненные формы ЭШМ не требуют лечения, достаточно диспансерного наблюдения. При осложненной форме ЭШМ, например, цервицитом, необходимо этиотропное противовоспалительное лечение, коррекция микробиоценоза влагалища, гормональных и иммунных нарушений (Савельева Г.М., Сухих Г. Т., Манухин И. Б., 2013).

Частота выявления доброкачественной патологии шейки матки (ШМ) при беременности может достигать 78,6%, ЭШМ, в частности, - 24,0% (Зароченцева Н.В., 2008).

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 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 (Айламазян Э.К., 2014).

ЭШМ может осложниться цервицитом, который в свою очередь является доказанным риском восходящего инфицирования плодного яйца, угрозы невынашивания беременности, фетоплацентарной недостаточности, преждевременных родов, слабости родовой деятельности, субинволюции матки и лохиометры, несостоятельности швов влагалища и промежности, послеродового эндометрита (Гребнева И.С., 2010).

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

Цель исследования.

Улучшить исходы беременности, родов и послеродового периода у женщин с осложненной цервицитом эктопии ШМ путем проведения прекоцепционной подготовки.

Задачи исследования:

- 1) изучить факторы риска и структуру основных причин развития осложненной цервицитом ЭШМ у женщин репродуктивного возраста;
- 2) оценить риски течения беременности в различные сроки гестации у женщин с осложненной ЭШМ,
- 3) оценить риски течения и исходов родов у женщин с осложненной ЭШМ;
- 4) оценить характер течения и возможные осложнения послеродового периода у женщин с осложненной ЭШМ;
- 5) определить информационную значимость результатов ультразвукового исследования и энергетической доплерометрии в прогнозе и ранней диагностике осложнений беременности у женщин с ЭШМ в зависимости от проведенного прекоцепционного лечения;
- 6) разработать систему мероприятий, направленных на улучшение исходов беременности, родов и послеродового периода у женщин с ЭШМ;
- 7) оценить эффективность системы мероприятий по снижению рисков развития осложнений беременности, родов и послеродового периода у женщин с осложненной эктопией шейки матки.

Научная новизна

Расширено представление о роли осложненной цервицитом ЭШМ в генезе осложнений гестации, родов и послеродового периода.

Произведена математическая оценка эффективности прекоцепционной подготовки женщин с осложненной эктопией шейки матки (расчитана сила связи между факторами риска и развитием осложнений в течение беременности, родов и послеродового периода).

Впервые определены особенности кровоснабжения шейки матки во время беременности и биологической трансформации с началом родовой деятельности у

пациенток с осложненной цервицитом эктопией шейки матки.

Впервые в ходе проведенного исследования доказана связь между развитием таких осложнений послеродового периода, как субинволюция и лохиометра с осложненной ЭШМ.

Практическая значимость работы

Оценена роль динамического УЗ-контроля шейки матки у женщин с осложненной цервицитом ЭШМ, что имеет существенное значение для профилактики преждевременного разрыва плодных оболочек, преждевременных родов.

Проведение преконцепционной подготовки позволило снизить частоту развития экзоцервицита в 7,5 раз, эндоцервицита в 5 раз; угрожающего самопроизвольного аборта в первом триместре беременности в 2,8 раз, во втором – в 3,7 раз, в третьем снизить частоту преждевременных родов в 4 раза; избежать развития ИЦН, дородового излития околоплодных вод. В течение послеродового периода следует отметить снижение частоты субинволюции матки в 4 раза.

Проведение преконцепционного лечения осложненной цервицитом ЭШМ позволит широко внедрять полученный результат в клиническую практику для оптимизации исходов беременности и родов.

Внедрение в практику

Результаты исследования внедрены в лечебно-диагностическую работу и включены в лекционный курс кафедры акушерства, гинекологии и перинатологии ФПК и ППС Кубанского государственного медицинского университета для интернов, клинических ординаторов, курсантов кафедры. Они используются в практической работе ряда лечебно-профилактических учреждений Краснодарского края: в ГБУЗ ДККБ МЗ КК «Краевой перинатальный центр» города Краснодара, в КМЛДО МУЗ ГБ № 2 «Перинатальный центр» города Краснодара, что подтверждается актами внедрения.

Основные положения, выносимые на защиту

1. Отсутствие преконцепционного лечения ЭШМ, осложненной цервицитом, ассоциировано *при беременности* с риском развития угрожающего и начавшегося самопроизвольного аборта, анемией, децидуоза (кольпоскопически), ИЦН,

необходимостью применения разгружающего акушерского пессария, ПРПО; *в родах* - с риском развития слабости родовой деятельности, акушерского травматизма, дородового излития околоплодных вод, преждевременных родов; *в послеродовом периоде* - с кровотечением, субинволюцией матки.

2. ВПЧ является достоверным фактором риска осложнений гестации у женщин с ЭШМ. У ВПЧ+ женщин при отсутствии преконцепционной подготовки увеличен риск развития децидуоза, цервицита, кровотечения, ИЦН, ПРПО, ДИОВ.
3. При отсутствии преконцепционного лечения ЭШМ, осложненной цервицитом, установлено достоверное увеличение диаметра внутреннего зева, диаметра цервикального канала, ИР сосудов центральной зоны шейки матки, ПИ сосудов центральной зоны шейки матки, числа локусов активного кровотока в области цервикального канала и наружного зева.
4. ЭШМ, осложненная цервицитом, при отсутствии преконцепционного лечения ассоциирована с риском развития субинволюции матки у 33% женщин. При нормальной инволюции матки был достоверно увеличен объём матки, объём полости матки, уменьшены показатели СДО маточных артерий и ИР маточных артерий.

Степень достоверности и апробация работы

Достоверность полученных результатов обеспечена достаточным количеством наблюдений, использованием современных методов лабораторных и инструментальных исследований, а также расширенной статистической обработкой полученных данных. Полученные результаты исследования не противоречат отечественной и зарубежной статистике, сходных по тематике исследований.

Основные положения диссертации доложены на городских, краевых, региональных научно-практических конференциях, съездах, форумах, международных конгрессах. Наиболее значимые: Юбилейная конференция, посвященная 25-летию КМЛДО (г. Анапа, декабрь 2008); Научно-Практическая Конференция «Патология шейки матки и генитальные инфекции» (г. Краснодар, апрель 2010); Общероссийский научно-практический семинар «Репродуктивный потенциал России. Новосибирские чтения» (г. Новосибирск, апрель 2012); VI региональный форум «Мать и дитя» (Ростов-на-Дону, июнь 2012), XIII всероссийский научный форум «Мать и дитя» (г. Москва, 2012); The World Congress on Building Consensus in Gynecology, Infertility and Perinatology (BCGIP): Controversies in Obstetrics, Gynecology and Infertility (COGI) (Барселона, 2012); Controversies in Obstetrics, Gynecology & Infertility (COGI) (Лиссабон, Португалия, ноябрь

2012); региональная научно – практическая конференция «Приоритетные задачи охраны репродуктивного здоровья и пути их решения» (Ростов-на-Дону, апрель 2013).

Апробация диссертации проведена на совместном заседании кафедры акушерства, гинекологии и перинатологии факультета повышения квалификации и постдипломной переподготовки специалистов государственного бюджетного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Кубанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации и Базовой акушерско-гинекологической клиники государственного бюджетного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Кубанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации в 2016 году.

Публикации в научной печати. По теме диссертации опубликовано 9 работ, из них 3 в изданиях, рецензируемых ВАК РФ.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ.

Объем материала и методы исследования (глава 2)

В соответствии с поставленными в исследовании целью и задачами выполнено проспективное, нерандомизированное, контролируемое, открытое обследование 124 женщин с эктопией шейки матки: 52 женщины, которым в прекоцепционном периоде проводилось лечение осложненной эктопии шейки матки (группа основная); 72 женщины, у которых беременность наступила без прекоцепционного обследования и лечения (группа сравнения). 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 в среднем ($m \pm SD$) составил $27,94 \pm 3,84$ лет.

Прекоцепционное лечение осложненной экзо/эндоцервицитом эктопии шейки матки включало:

- элиминацию имеющихся возбудителей бактериальной инфекции;
- лечение бактериального вагиноза даже при отсутствии клинических проявлений;
- терапия рецидивирующей вирусной инфекции;
- восстановление функции и рецептивности эндометрия;
- витаминная, ферментная, иммуномодулирующая терапия.

На период прекоцепционного лечения использовалась барьерная контрацепция.

Критерии включения в основную и сравнительную группы: проведение прекоцепционной подготовки и ведение настоящей беременности на базе указанного лечебного учреждения, спонтанная желанная беременность, ранняя (до 12 недель) постановка на учет, один плод, головное предлежание плода, отсутствие иной, кроме эктопии, патологии шейки матки, клинический и кольпоскопический контроль излеченности у пациентов прошедших курс прекоцепционной подготовки к настоящей беременности, отсутствие аномалий расположения и прикрепления плаценты, аномалий развития половых органов, рубцовых деформаций шейки матки.

Критерии исключения в основную и сравнительную группы: проведение прекоцепционной подготовки и ведение настоящей беременности на базе иных лечебных учреждений, поздняя (после 12 недель) постановка на учет, многоплодная беременность, беременность, наступившая в результате ВРТ, аномальное расположение плода, аномалии расположения и прикрепления плаценты, наличие пороков развития плода, рубцовая деформация шейки матки, отсутствие контроля излеченности у пациентов, прошедших курс прекоцепционной подготовки к настоящей беременности, диагностированная цервикальная интраэпителиальная неоплазия.

Критерии включения в группу контроля: условно здоровые женщины, отсутствие патологии шейки матки, физиологическое течение беременности и родов.

Методы обследования.

Общеклиническое обследование проведено на основании приказа № 50 от 10.02.2003 «О совершенствовании акушерско-гинекологической помощи в амбулаторно-поликлинических учреждениях», № 572н от 1 ноября 2012 г. «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)». Устанавливались прогностически значимые факторы риска развития эктопии шейки матки.

Диагностика микробиоценоза влагалища и цервикального канала.

Бактериологический, вирусологический анализ микрофлоры влагалища, цервикального канала выполнялся методом ПЦР «в режиме реального времени» (Фемофлор-16). Определялись: общая бактериальная масса, лактобактерии, суммарные энтеробактерии, стрептококки, стафилококки, гарднерелла, превотелла, порфиромонас, эубактерии, снетия, лептотрихия, фузобактерии, мегасфера, вейлонелла, диалистер, лактобактерии, клостридии, мобилункус, коринебактерии, пептострептококки, атопобиум,

микоплазмы (*hominis + genitalium*), уреоплазмы (*urealyticum + parvum*), кандиды (18 показателей). ПЦР диагностику соскоба из цервикального канала на ВПГ, ВПЧ 16, 18, 6, 11 типов. Исследовался соскоб эпителиальных клеток заднебокового свода влагалища и цервикального канала шейки матки. Забор материала производился одноразовым стерильным инструментом типа «Cytobrush».

Определение уровня кислотности влагалищной жидкости производилось при использовании 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 году и одобренная РАГИН («Российская Ассоциация по генитальным инфекциям и неоплазии»).

Цитологическое исследование мазков с экзо- и эндоцервикса производилось по Папаниколау (Pap-smear-test).

Ультразвуковое исследование проводилось при помощи ультразвуковых приборов фирмы "Aloka" SSD-1200 с использованием трансабдоминального и трансвагинального высокоразрешающих электронных датчиков частотой 7,5 МГц. Производился мониторинг биометрии плода, плаценты, количества околоплодных вод. Объем шейки матки определялся в сроки 5—6, 12, 16, 22—24 недель и 34—36 недель (согласно рекомендациям Зароченцевой Н.В., 2008).

Допплеровское исследование кровотока осуществлялось при помощи ультразвуковых аппаратов экспертного класса Volusson-730, PHILIPS HD11 по методике, предложенной Л.И. Титченко, М.А. Чечневой, Н.В. Жуковой. (МОНИИАГ, 2006); Л.И. Титченко, Ж.Ю. Пырской, М.А. Чечневой, И.П. Титченко (МОНИИАГ, 2007). Исследования внутриплацентарного кровотока проводились на ультразвуковых приборах Voluson-730 (KretzTechnik) и [Accuvix XQ](#) (Medison). Оценивались: VI - индекс васкуляризации. Особенности маточно-плацентарно– плодового кровотока оценивались на основании качественного анализа кривых скоростей кровотока (КСК): индекса резистентности (ИР), пульсационного индекса (ПИ), систолодиастолического отношения (СДО). Оценка венозного кровотока в шейке производилась по рекомендациям Гришаева Л.А, Чехонацкая М.Л. (2013). Оценивались эхоструктура шейки матки, направленная энергетическая доплерография шейки матки. Оценивалось количество цветных локусов с артериальным или венозным кровотоком: при визуализации от 1 до 5 сосудов

выраженность васкуляризации шейки матки расценивалась, как нормальная; при 6–10 цветовых локусах – умеренная; при количестве локусов более 10 – выраженная. Так же оценивалась васкуляризация шейки матки по методике М.Н. Буланова (2004). Выделялись 3 уровня: сосуды периферической зоны, вены стромы (парацентральная зона), субэндоцервикальные вены (центральная зона).

Статистический метод анализа данных. Для обработки полученных данных использовались статистические пакеты SPSS v15.0, Microsoft Excel 2013. Рассчитывались: числовые характеристики вариационного ряда (N - число женщин; M – среднее (mean), m – стандартная ошибка среднего; достоверность различных выборок (p) по t – критерию Стьюдента достоверность различных выборок (p) по t – критерию Стьюдента (при степени свободы (df) = 124 для p=0,05 критические значения t-критерия]1,980;1,978[, для p=0,01 критических значения t-критерия] 2,617;2,614 [; для p=0,001 критические значения t-критерия] 3,373; 3,367[; при степени свободы (df) = 98 для p=0,05 критических значений t-критерия = 1,984, для p=0,01 критических значений t-критерия = 2,626; для p=0,001 критических значений t-критерия = 3,390); относительный риск (relative risk, RR) с 95% доверительным интервалом (нижняя и верхняя границы, 95% доверительного интервала (confidence interval, CI), чувствительность (Se) и специфичность (Sp). Для оценки эффективности предложенного алгоритма диагностики рассчитывалось число больных, которых необходимо лечить, (number needed to treat, NNT). При числе наблюдений меньше 10 при анализе четырехпольных таблиц рассчитываться критерий хи-квадрат (χ^2) с поправкой Йейтса. При анализе четырехпольных таблиц с использованием непараметрических статистических критериев определяли критерии силы связи между фактором риска и исходом (φ, Крамера, Чупрова).

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ (глава 3, 4)

Общая характеристика обследованных женщин.

Средний возраст женщин всех групп был сопоставим, составил в основной группе (M±m) – 29,3±0,9 (24-37) лет, в группе сравнения – 26,4±1,32 (15-38) лет, в группе контроля – 27,96±1,13 (19-29) лет, что исключало доминирование возрастного фактора в одной из групп. При оценке возраста менархе достоверных различий так же не выявлено.

Для понимания личной заинтересованности женщин в сохранении своей репродуктивной функции, благоприятном исходе беременности, прекоцепционным консультированием нами была проведена оценка их социального положения. Выяснилось, что за прекоцепционным консультированием достоверно чаще обращаются жительницы города, чем жительницы села – (p<0,001), женщины с высшим образованием (p<0,001),

женщины в зарегистрированном браке ($p < 0,01$), достоверно менее зависимые от табакокурения ($p < 0,01$). Отражением пренебрежительного и бесконтрольного отношения к половой жизни является наличие искусственных абортов у 83% ($n=60$) женщин группы сравнения ($p < 0,01$). Если повторнобеременными в группе сравнения были 94% ($n=68$) женщин, то повторнородящими были только 29% ($n=21$) женщин.

Интересной находкой явился более сложный репродуктивный анамнез у женщин основной группы: достоверно меньшее число повторнобеременных ($p < 0,001$), меньшее число искусственных абортов ($p < 0,01$), наличие неразвивающейся беременности у 14% (7) женщин ($p < 0,01$). Можно предположить, что одной из причин для обращения за преемственным консультированием является перенесенная акушерская патология, требующая от женщины более бережного отношения к своему репродуктивному здоровью.

Особенности перенесенной патологии

Согласно дизайну настоящего исследования клинические группы формировались по принципу «случай-контроль». Таким образом, женщины были сопоставимы по частоте выявления детских инфекций, частых ОРВИ, воспалительной патологии ЛОР-органов, хронических воспалительных заболеваний дыхательных и мочевыводящих путей и анемии. Тем не менее, у женщин группы сравнения частота выявления была достоверно больше для вегето-сосудистой дистонии (ВСД) ($p < 0,01$) и ожирения ($p < 0,01$).

При оценке гинекологической патологии, перенесенной в анамнезе, у женщин группы сравнения была выявлена достоверно более высокая частота перенесенного вагинита 81% ($n= 58$) ($p < 0,001$), воспалительных заболеваний органов малого таза (ВЗОМТ) 89% ($n= 64$) ($p < 0,05$) и бактериального вагиноза 54% ($n= 39$) ($p < 0,05$). Только 36% ($n= 26$) женщин группы сравнения в отличие от 85% ($n=44$) женщин основной группы ($n=26$) регулярно посещали врача акушера-гинеколога в связи с имеющейся патологией.

Полученные данные согласуются с результатами оценки особенностей сексуального и репродуктивного анамнеза, отсутствия дисциплинированного отношения к репродуктивному здоровью у женщин группы сравнения.

Особенности течения настоящей беременности.

В ходе настоящего исследования выяснилось, что отсутствие преемственного консультирования было ассоциировано с более поздней явкой на учёт по беременности в ЖК. Так, в группе сравнения этот срок составил $9,67 \pm 1,24$ недель ($p < 0,01$). Оказалось, что срок первой явки в основной группе был не только меньше, чем в группе сравнения ($6,6 \pm 0,44$ недель), но и в группе контроля ($8,65 \pm 0,62$ недель, $p < 0,05$). Данный результат

подтверждает ранее высказанные предположения о различной мотивированности в наступлении беременности, течении беременности, исходах родов у женщин, обращающихся за прекоцепционным консультированием (основная группа), и не обращающихся (группа сравнения). Очевидно, что явка на учет в ЖК в сроке беременности 12 недель исключает проведения множества профилактических мероприятий, снижающих перинатальные риски, представляет известные риски для исходов беременности и родов.

Для оценки особенности течения настоящей беременности и определения роли эктопии шейки матки в их генезе нами подробно изучалась флора, выделенная из цервикального канала в настоящую беременность (таб 1).

Таблица 1

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

Параметр	Основная группа		Группа сравнения		T
	N = 52		N = 72		
	1		2		
	Абс. Число	%	Абс. число	%	
ВПЧ	4	8	26	36	4.2***
ВПГ	0	Нет	42	58	10.04***
Ureaplasma urealyticum	2	4	54	75	12.36***
Mycoplasma genitalis	6	12	49	68	8.01***
Mycoplasma hominis	1	2	54	75	13.42***
Chlamydia trachomatis	0	нет	14	19	4.17***
Gardnerella vaginalis	0	нет	18	25	4.9***
Candida albicans	9	17	62	86	10.36***
St. epidermidis	4	8	60	83.33	13.18***
St. Aureus	0	нет	19	26	2.93**
E. coli	4	8	58	81	12.24***
Neisseria gon.	0	Нет	0	нет	-
Trichomonas vaginalis	0	Нет	0	нет	-

При ** - $p < 0,01$ - сравнение показателей с группой контроля

При *** - $p < 0,001$ - сравнение показателей с группой контроля

Оказалось, что у женщин основной группы ВПГ, *Chlamydia trachomatis*, *Gardnerella vaginalis* и *St. Aureus* не были обнаружены ни в одном случае. ВПЧ был выявлен только у одной (8%) женщины, *Ureaplasma urealyticum*, *Mycoplasma hominis*, *St. epidermidis* и *E. Coli* с частотой 2-8%. К сожалению, несмотря на преконцепционное 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*. Полученный результат согласуется с приведенными ранее данными о распространенности у обследованных женщин вагинита, ВЗОМТ, бактериального вагиноза в анамнезе. Кроме того, требовалась оценка клинической реализации присутствующей в цервикальном канале флоры.

Если в I триместре у женщин основной группы ни в одном случае не были клинически диагностированы бактериальный вагиноз, вагинит, экзо- и эндоцервицит, то у женщин группы сравнения частота вагинита составила 93% (n=67), экзоцервицита 48% (n=35). Настораживает, что у 42% (n=30) имелись симптомы эндоцервицита - гиперемия и отек слизистой оболочки цервикального канала различной степени выраженности, появления ярко-красного ободка, контактное кровомазание.

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 ($p < 0,01$). Отметим, что у части женщин, несмотря на проводимые лечебные мероприятия, происходил рецидив вагинита во II триместре. Частота эндо и экзоцервицитов сохранялась во II триместре достоверно более высокой не только за счёт впервые выявленных клинических случаев, но и вследствие неэффективности лечения у женщин с выявленным цервицитом в I триместре беременности. 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 **ph-метрии** отделяемого из цервикального канала было установлено, что у женщин группы сравнения ph был значительно выше – $4,74 \pm 0,15$ (4-5,6) vs. в основной группе - $3,99 \pm 0,04$ (3,8-4,1) ($t=4,83$; $p < 0,001$). При дополнительной верификации воспалительных изменений в шейке матки нами было проведено сравнение результатов цитологического обследования шейки матки. Если цитограмма воспаления была определена у 27% ($n=14$) женщин основной группы, то 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 более, чем у $\frac{1}{2}$ женщин - у 51% ($n=37$) ($p < 0,001$).

Особого внимания заслуживает наличие у 24% ($n=17$) женщин группы сравнения цервикального децидуоза, который характеризовался наличием полиповидных белесоватых, светло-розовых или желтоватых пролифератов с широкопетливой сетью сосудов. У 12 женщин (17%) кольпоскопическая картина децидуоза соответствовала опухолевидной форме, у 5 (7%) – полиповидной. Наличие децидуоза во всех случаях сопровождалось кровомазанием различной степени выраженности. Так, у 5 (7%) женщин сочетание децидуоза, эндо- и экзоцервицита обуславливало со II триместра беременности кровомазание, контактное кровотечение, требующее госпитализации в стационар, неоднократной тампонады влагалища, суммарной кровопотери в течение беременности до $206 \pm 43,93$ (150-250) мл крови, анемии с уровнем гемоглобина $93,0 \pm 3,74$ (88-98) г/л, несмотря на приём антианемических препаратов и соответствующей диеты.

Рассматривая эктопию шейки матки, как фактор прогноза различного исхода родов, нами было проведено УЗ-исследование различных параметров шейки матки во II триместре беременности. Необходимо уточнить, что у 17 женщин группы сравнения во II триместре были установлены клинические и УЗ-признаки ИЦН. Таким образом, только у 55 женщин группы сравнения изучались особенности УЗ-параметров шейки матки при наличии эктопии шейки матки. Выяснилось, что длина шейки матки у женщин всех групп была сопоставима. Однако для женщин с эктопией шейки матки и особенно эндоцервицитом было характерно увеличение таких параметров, как толщина и ширина шейки матки, диаметр внутреннего зева и цервикального канала, индекса резистентности (ИР) и пульсового индекса (ПИ) сосудов центральной зоны шейки матки, числа локусов активного кровотока. Достоверность различий для женщин группы сравнения составила 95% (таб 2).

Таблица 2

УЗ-характеристики шейки матки во II триместре беременности женщин групп сравнения при отсутствии ИЦН

Параметр	<i>Женщины с эктопией ШМ</i>		<i>Группа контроля</i>	<i>T</i>
	<i>Основная группа</i>	<i>Группа сравнения</i>		
	<i>N = 52</i>	<i>N = 55</i>	<i>N = 50</i>	
	1	2	3	
	M±m (5-95-я перцентиль)	M±m (5-95-я перцентиль)	M±m (5-95-я перцентиль)	
Длина шейки матки	37,67±1,88 (28-40)	39,2±2,89 (28-44)	35,75±2,25 (29-38)	-
Толщина шейки матки	29,44±1,8 (25-35)	31±1,84 (26-36)	27,5±0,65 (26-29)	t2- t3=1.79
Ширина шейки матки	36,75±1,25 (34-40)	39±1,89 (32-42)	35±1,14 (31-37)	t2- t3=1.81
Диаметр внутреннего зева	2,13±0,2 (1,3-3,2)	2,46±0,25 * (2-3,2)	1,72±0,17 (1,1-2)	t2- t3=2.45
Диаметр цервикального канала	1,69±0,23 (0,7-2,7)	2,04±0,25 * (2-3,0)	1,25±0,22 (0,5-1,7)	t2- t3=2.37
ИР сосудов центральной зоны шейки матки	0,63±0,1 (0,24-0,76)	0,67±0,04 * (0,24-0,74)	0,55±0,04 (0,47-0,72)	t2- t3=2.45
ПИ сосудов центральной зоны шейки матки	1,18±0,14 (0,52-1,76)	1,29±0,05 * (1,1-1,33)	1,16±0,03 (0,29-1,76)	t2- t3=2.23
Число локусов активного кровотока в области цервикального канала наружного зева	6,22±0,2*** (5-8)	9,9±0,34*** (5-14)	2,57±0,3 (0-4)	t1- t3=10.12 t2- t3=16.17 t1- t2=9.33

При * - $p < 0,05$ - сравнение показателей с группой контроля

При *** - $p < 0,001$ - сравнение показателей с группой контроля

Повышение уголнезависимых показателей кровотока свидетельствует о повышении диастолического компонента, что приводит к повышению периферического

сосудистого сопротивления. В результате этих процессов снижается перфузия тканей, что влечет за собой нарушение мембранной проницаемости и тканевую гипоксию, отёк ткани. Несмотря на большой объем, отёчная шейка матки с увеличенным диаметром цервикального канала не всегда способна выполнять «запирательную» функцию. Возможности восхождения инфекции увеличивают риски разрушения (расплавления) нижнего полюса плодного пузыря. Подобные процессы в шейке матки при наличии эктопии могут обусловить ПРПО даже при недостаточно «зрелой» шейке матки и отсутствии ИЦН и пролабирования плодного пузыря. В подтверждение сказанного рассмотрим особенности течения настоящей беременности по триместрам. Обращает внимание, что в I триместре беременности у женщин основной группы частота угрожающего аборта была достоверно ниже 17% (n=9) ($p < 0,05$), что ни в одном случае не потребовало госпитализации в стационар. Частота анемии была крайне низкой - 6% (n=3), уровень гемоглобина не был ниже 103 г/л, что можно рассматривать как проявление физиологической гемодилюции, свойственной для I триместра беременности. Для женщин группы сравнения I триместр с достоверно более высокой частотой осложнился не только угрожающим, но и начавшимся самопроизвольным абортом. Отметим, что у 65% (n=47) женщин уже с I триместра беременности отмечалось кровомазание различной степени выраженности, что требовало в большинстве случаев дифференцировать с начавшимся самопроизвольным абортом, 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, ИЦН, первичной плацентарной недостаточностью, анемией и кровомазанием/кровотечением. Особого внимания заслуживает ИЦН, выявленная у 17 (24%) женщин группы сравнения. Несмотря на УЗ-критерии ИЦН, во всех случаях была исключена возможность хирургической коррекции вследствие кровомазания/кровотечения. Более того, наличие эндо- и экзоцервицита у этих женщин так же требовала санации шейки матки, назначения в ряде случаев антибактериальной терапии.

Вариантом выбора для коррекции ИЦН явилась установка pessaria доктора Арабин. Отметим, что в связи с увеличенной толщиной и шириной шейки матки первородящим женщинам устанавливали pessarium, рекомендуемый повторнородящим. То

есть эктопия шейки матки при ИЦН потребовала более точного и индивидуального подбора размеров применяемого пессария.

При оценке особенностей III триместра беременности выяснилось, что как и ожидалось, 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: $93,14\pm 1,46$ vs. $100,57\pm 1,53$ ($p<0,001$) соответственно.

Особенности течения родов

Особый интерес представляла оценка «зрелости» шейки матки в прелиминарном периоде. Учитывая особенности кровотока шейки матки, подсчет локусов кровотока при её доплерометрии, наличие длительно отёка ткани, как следствие продолжительного воспаления, наличие преждевременных родов у 13% (n=9) женщин, ожидалась достаточная биологическая «зрелость» шейки матки. Однако, у женщин с эктопией шейки матки зрелость шейки матки, рассчитанная по шкале Bishop, была значительно меньше, чем у женщин в группе контроля. У женщин группы сравнения зрелость шейки матки была минимальной - $7,64\pm 0,25$ баллов, что значительно меньше не только в сравнении с группой контроля - $11,15\pm 0,23$ баллов ($p<0,001$), но и с основной группой - $10,48\pm 0,20$ ($p<0,001$).

При доплерометрии шейки матки накануне родов была установлена аналогичная тенденция. Несмотря на то, что эктопия шейки матки и сопровождающий её эндоцервицит характеризуются во II триместре беременности увеличение локуса кровотока в области цервикального канала, это не сопровождается одновременным равномерным усилением кровотока во всей шейки матки. В прелиминарном периоде у женщин с эктопией шейки матки было отмечено меньшее число локусов кровотока по всей толщине шейки матки до $31,76\pm 1,36$ в группе сравнения, в то время как в основной группе число локусов достигало $44,38\pm 2,25$ ($p<0,001$). В основной группе число локусов было значительно больше, чем в группе сравнения - $36,63\pm 2,0$, но достоверно меньше, чем в группе контроля ($p<0,05$).

При оценке продолжительности родов установлено, что во всех группах временной интервал соответствовал нормальным значениям. Тем не менее, у женщин с эктопией шейки матки роды были более продолжительными: $8,5 \pm 0,22$ часов в основной ($p<0,01$) и $9,6 \pm 0,45$ часов в сравнительной ($p<0,001$) группах vs. $7,7 \pm 0,18$ часов в группе контроля.

Особенности биологической зрелости шейки матки у женщин с эктопией шейки матки требовали оценки характера течения родового процесса и возможных осложнений.

Было установлено, что у женщин основной группы роды ни в одном случае не осложнились дородовым излитием околоплодных вод, дискоординацией родовой деятельности и кровотечением. У женщин группы сравнения роды достоверно чаще ($p < 0,001$) осложнялись дородовым излитием околоплодных вод 24% ($n=17$), слабостью 47% ($n=34$) и дискоординацией родовой деятельности 22% ($n=16$), акушерским травматизмом (разрыв шейки матки и стенок влагалища), кровотечением.

Более того, в связи с повышенной кровоточивостью, чрезмерной травматичностью шейки матки, необходимости повторного наложения швов с целью гемостаза, трудностями с выполнением ревизии шейки матки из-за её отёка, воспалительных изменений длительность осмотра родовых путей в послеродовом периоде у женщин в группе сравнения составила $25,13 \pm 3,7$ мин и в ряде случаев достигала 45 мин ($p < 0,001$), когда в основной группе не превышала 7 мин и в среднем составила $5,88 \pm 0,44$ мин.

Очевидно, что у женщин группы сравнения течение родов и раннего послеродового периода было достоверно более осложненным, чем в группе контроля.

Особенности течения послеродового периода представляются последовательным звеном цепи осложнений беременности и послеродового периода. Частота лохиометрии у женщин группы сравнения составила 15% ($n=11$), что было значительно выше, чем в основной группе – 4% ($n=2$). Частота субинволюции матки у женщин группы сравнения была многократно выше – 32% ($n=23$) vs. 8% ($n=4$) в основной группе ($p < 0,001$). Недостаточная инволюция матки в послеродовом периоде у 32% является настораживающей и требует своевременного принятия мер по профилактике более опасных послеродовых инфекционно-воспалительных осложнений (эндометрит, метрофлебит и т.д.).

Несмотря на то, что у 48 женщин основной группы и 49 женщин группы сравнения инволюция матки в послеродовом периоде была нормальной и УЗ-параметры соответствовали норме, было установлено следующее. У женщин с эктопией шейки матки объем тела матки был достоверно больше чем в основной группе ($524,71 \pm 3,27$ vs. $514,33 \pm 7,2$ см³), объёма полости матки ($15,56 \pm 0,40$ vs. $14,6 \pm 0,24$ см³), достоверно меньшие показатели СДО ($2,84 \pm 0,02$ vs. $2,97 \pm 0,02$ у.е.) и ИР маточных артерий ($0,66 \pm 0,01$ vs. $0,70 \pm 0,01$ у.е.), что требует дальнейшего изучения. Тем не менее, в настоящем исследовании установлено, что ЭШМ в послеродовом периоде даже при проведении прекоцепционного лечения ассоциирована с увеличением объёма тела и полости матки, уменьшением СДО и ИР в маточных артериях, что диктует необходимость своевременной диагностики субинволюции матки и профилактики послеродовых гнойно-воспалительных

осложнений. Данный результат согласуется с результатами УЗИ и доплерометрии шейки матки во II триместре беременности. Действительно, длительно протекающий воспалительный процесс, нарушающий кровоснабжение и перфузию органа, приводящий к его гипоксии и отёку, сопровождается определенными особенностями инволюции матки. В настоящем исследовании такая особенность инволюции у 27 женщин (22% женщин с эктопией шейки матки) привела к субинволюции и потребовала дополнительной утеротонической, антибактериальной и дезинтоксикационной терапии, продлила пребывание в стационаре. У женщин группы сравнения подобные изменения были наиболее выраженными.

Таким образом, женщинам с эктопией шейки матки, особенно осложненной воспалительным процессом и отсутствием преконцепционного лечения крайне важно и информативно определять объём тела и полости матки, СДО и ИР в маточных артериях в послеродовом периоде для своевременной диагностики субинволюции матки.

Выводы.

1. Факторами риска развития осложненной цервицитом ЭШМ у женщин репродуктивного возраста являются: перенесенный ранее вагинит ($p < 0,001$), бактериальный вагиноз ($p < 0,01$) или ВЗОМТ ($p < 0,01$), проживание в сельской местности ($p < 0,001$), нерегулярное посещение акушера-гинеколога ($p < 0,001$), предпочтение прерванного полового акта, но не КОК, ($p < 0,001$) или презервативов ($p < 0,01$) при выборе способов контрацепции, не высшее (среднее или средне-специальное) образование ($p < 0,001$), наличие повторной беременности ($p < 0,001$), табакокурение ($p < 0,001$), отсутствии зарегистрированного брака ($p < 0,01$), наличие в анамнезе искусственных абортов ($p < 0,01$), наличие более одного полового партнёра ($p < 0,01$), ВСД ($p < 0,01$) и ожирения ($p < 0,01$);
2. Отсутствие преконцепционного лечения ЭШМ, осложненной цервицитом, ассоциировано *при беременности* в I триместре с риском развития вагинита ($\chi^2 = 105,267$), кровомазания/кровотечения ($\chi^2 = 54,664$), угрожающим самопроизвольным абортom ($\chi^2 = 5,27$); начавшимся самопроизвольным абортom в I триместре беременности ($\chi^2 = 11,398$), анемией ($\chi^2 = 6,299$); во II триместре бактериального вагиноза ($\chi^2 = 21,493$); экзоцервицита (кольпоскопически) ($\chi^2 = 17,512$); децидуоза (кольпоскопически) ($\chi^2 = 14,228$),

кровомазания/кровотечения ($\chi^2 = 62,566$); угрожающего самопроизвольного аборта ($\chi^2 = 17,636$), начавшимся самопроизвольным абортом ($\chi^2 = 7,856$), анемией ($\chi^2 = 7,804$), ИЦН ($\chi^2 = 14,228$), необходимостью применения разгружающего акушерского pessaria ($\chi^2 = 14,228$), ПРПО ($\chi^2 = 16,205$);

в III триместре беременности вагинита ($\chi^2 = 27,552$), бактериальным вагинозом ($\chi^2 = 6,176$), эндоцервицита (кольпоскопически) ($\chi^2 = 23,523$), хронической плацентарной недостаточности ($\chi^2 = 22,776$),

3. Отсутствие преконцепционного лечения ЭШМ, осложненной цервицитом, ассоциировано *в родах* - с риском развития слабости родовой деятельности ($\chi^2 = 27,572$), акушерского травматизма ($\chi^2 = 24,062$), дородового излития околоплодных вод ($\chi^2 = 16,205$), преждевременных родов ($\chi^2 = 7,009$); ДРД ($\chi^2 = 13,267$);
4. Отсутствие преконцепционного лечения ЭШМ, осложненной цервицитом, ассоциировано *в послеродовом периоде* - с кровотечением ($\chi^2 = 18,259$), субинволюцией матки у 33% женщин ($\chi^2 = 10,426$). При нормальной инволюции матки был достоверно увеличен объём матки ($524,71 \pm 3,27$) ($p < 0,001$), объём полости матки ($15,56 \pm 0,40$) ($p < 0,01$), уменьшены меньшие показатели СДО маточных артерий ($2,84 \pm 0,02$) ($p < 0,001$) и ИР маточных артерий ($0,66 \pm 0,01$) ($p < 0,001$).
5. При отсутствии преконцепционного лечения ЭШМ, осложненной цервицитом, установлено достоверное увеличение диаметра внутреннего зева до $2,46 \pm 0,25$ ($p < 0,05$), диаметра цервикального канала до $2,04 \pm 0,25$ ($p < 0,05$), ИР сосудов центральной зоны шейки матки до $0,67 \pm 0,04$ ($p < 0,05$), ПИ сосудов центральной зоны шейки матки до $1,29 \pm 0,05$ ($p < 0,05$), числа локусов активного кровотока в области цервикального канала и наружного зева до $9,9 \pm 0,34$ ($p < 0,001$).
6. Разработана система мероприятий, направленных на улучшение исходов беременности, родов и послеродового периода у женщин с осложненной ЭШМ (представлена в практических рекомендациях).
7. Разработанная система мероприятий позволила снизить частоту развития экзоцервицита во время беременности в 7,5 раз, эндоцервицита в 5 раз; угрожающего самопроизвольного аборта в первом триместре беременности в 2,8 раз, во втором – в 3,7 раз, в третьем снизить частоту преждевременных родов в 4 раза; избежать развития ИЦН, дородового излития околоплодных вод. В течение

послеродового периода следует отметить снижение частоты субинволюции матки в 4 раза.

Практические рекомендации.

- 1) В преконцепционном периоде выявлять цервицит и назначать дифференцированное лечение у женщин с последующим бактериологическим, цитологическим и кольпоскопическим контролем излеченности, перенесших ранее вагинит, бактериальный вагиноз, ВЗОМТ;
- 2) Проводить образовательные мероприятия по необходимости преконцепционного консультирования у женщин репродуктивного возраста, проживающих в сельской местности, нерегулярно посещающих акушера-гинеколога, имеющих не высшее образование, незарегистрированный брак, табакокурящих;
- 3) При наступлении беременности у женщин с ЭШМ, осложненной цервицитом, при отсутствии преконцепционного лечения проводить своевременную диагностику, профилактику и терапию

при беременности вагинита, цервицита, бактериального вагиноза (в первом триместре исключительно местная терапия, со второго триместра допустимо использовать препараты системного действия и комбинированные препараты местного действия), кровомазания/кровотечения, анемии (диета, препараты железа), самопроизвольного аборта (гормональная поддержка препаратами прогестерона, спазмолитики, метилксантины, седативная терапия), хронической плацентарной недостаточности (назначение актовегина в сочетании с β -адреномиметиками, антиагреганты, предпочтительно использовать препараты комбинированного вазоактивного и метаболического типа (триметилгидразиния пропионата)), ИЦН, ПРПО;

в родах - слабости родовой деятельности, акушерского травматизма, дородового излития околоплодных вод, преждевременных родов; ДРД (своевременное выявление групп риска, адекватное обезболивание, оценка степени зрелости шейки матки);

в послеродовом периоде - кровотечения, субинволюции матки.

- 4) У ВПЧ+ женщин с ЭШМ своевременно выявлять цервикальный децидуоз, цервицит и при их сочетании, проводить профилактику контактного кровотечения, ИЦН, ПРПО, ДИОВ.

- 5) Для своевременной диагностики осложнений гестации, обусловленной ЭШМ, применять помимо традиционного комплекса мероприятий (рН-метрии отделяемого из цервикального канала, идентификации цервикального, микробиоценоза), УЗИ шейки матки (измерение длины, ширины, толщины шейки матки, диаметра внутреннего зева, диаметр цервикального канала, ИР сосудов центральной зоны шейки матки, ПИ сосудов центральной зоны шейки матки, число локусов активного кровотока в области цервикального канала и наружного зева). Увеличение данных параметров расценивать как маркеры возможных осложнений течения беременности, родов и послеродового периода.
- 6) Учитывать, что при ЭШМ и применении акушерского разгружающего пессария, первородящим женщинам может потребоваться размер, соответствующий размерам для повторнородящих женщин.
- 7) При осмотре шейки матки в послеродовом периоде учитывать риски повышенной кровоточивости, чрезмерной травматичности шейки матки, трудностями в хирургическом восстановлении шейки матки при её разрывах, необходимости дополнительного наложения швов как способа гемостаза, проблематичности осмотра шейки матки из-за её отёка, воспалительных изменений, осаднения и частичного разможжения тканей даже при бережном наложении окончатых зажимов в области ЭШМ, более продолжительным временем ревизии родовых путей в послеродовом периоде (вплоть до 45 мин).
- 8) В послеродовом периоде своевременно диагностировать субинволюцию матки и проводить профилактику послеодовых гнойно-воспалительных заболеваний.

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

Работы в изданиях, рекомендованных ВАК РФ

1. Влияние преконцепционной подготовки на течение беременности у женщин с эктопией шейки матки / В.А. Шахбазова, В.А. Новикова, Е.С.Захарова // Кубанский научный медицинский вестник. - 2016. - № 2 (157). - С. 156-162.
2. Оценка рисков длительного безводного промежутка при преждевременном разрыве плодных оболочек в сроке 34-36 недель. / В.А. Шахбазова, С.Р. Аутлева // Медицинский вестник Северного Кавказа. - 2015.- Т. 10, № 2. - С 151-155.
3. Влияние эктопии шейки матки на течение беременности. /В.А. Шахбазова, А.А. Сороченко//Современные проблемы науки и образования: электронный научный журнал. - 2016. - № 4. - Режим доступа: <http://www.science-education.ru/article/view?id=24974>.

Другие работы по теме диссертации

- 4 . Влияние воспалительных заболеваний шейки матки на течение беременности и ее исходы/ О.К. Федорович, Н.В. Мингалева, Ю.Г. Абрамашвили, М.Н. Иголкина // Материалы Всероссийского конгресса с международным участием «Амбулаторно-поликлиническая практика: проблемы и перспективы». -Москва 2011 С.347-348
5. Значение предгравидарной подготовки шейки матки/ О.К. Федорович Н.В. Мингалева М.Н., Сороченко В.А., Иголкина// «Успехи современного естествознания» научно-теоретический журнал 2011г., № 10 Материалы научной конференции «Репродуктивное здоровье: современные проблемы и пути решения» Анапа 11-12 октября 2012
6. Факторы риска и клинико-диагностические особенности течения беременности при синдроме задержки развития плода «Успехи современного естествознания» Научно-теоретический журнал 2011г., №10 Материалы научной конференции «Репродуктивное здоровье: современные проблемы и пути решения» Анапа 11-12 октября 2012 М.Н. Иголкина О.К. Федорович Н.В. Мингалева Л.А. Колесникова
7. Влияние воспалительных заболеваний шейки матки на течение беременности и ее исходы Материалы V регионального научного форума «Мать и Дитя» -Геленджик, 2011-С.148-149. О.К. Федорович, Н.В. Мингалева, В.А. Сороченко
8. Роль эктопии шейки матки в ПРПО у женщин в сроке беременности 34-36 недель/ В.А. Шахбазова// Материалы VII регионального научного форума «Мать и Дитя».-Сочи, 2015-С.71-72.
9. Социальный портрет современной женщины, страдающей острым сальпингоофоритом/ А.А. Сороченко, В.А. Новикова, Н.А. Князева, В.А Шахбазова //Материалы IX регионального научного форума «Мать и Дитя».-Сочи, 2016-С.110-112

Список сокращений.

- АБЭ – ацето-белый эпителий
- АД – артериальное давление
- АЗТ – атипическая зона трансформации
- АПП - аномалии прикрепления плаценты
- АПП – аномалии прикрепления плаценты
- БВ – бактериальный вагиноз
- ВЗОМТ – воспалительные заболевания органов малого таза
- ВИЧ – вирус иммунодефицита человека

ВМК – внутриматочные контрацептивы
ВОЗ – всемирная организация здравоохранения
ВСД – вегето-сосудистая дистония
ВПГ – вирус простого герпеса
Д – дисплазия
ДМК – дисфункциональные маточные кровотечения.
ДРД – дискоординация родовой деятельности
ДЭА – длительная эпидуральная анестезия
ДЭК – диатермоэлектрокоагуляция
ИАЖ – индекс амниотической жидкости
ИМТ - индекс массы тела
ЙНЗ – йоднегативная зона
ЙПЗ – йодпозитивная зона
ИППП – инфекции, передающиеся половым путем.
КОЕ – колонии образующие единицы
КОК – комбинированные оральные контрацептивы
КС – кесарево сечение
М – мозаика
МКБ – международная классификация болезней
МППК – маточно – плодово – плацентарный комплекс
МПЭ – многослойный плоский эпителий
НМЦ – нарушение менструального цикла
НМОФ – нарушение менструально-овариальной функции
ОЭШМ – осложнённая эктопия шейки матки
П – пунктация
ПВИ – папилломавирусная инфекция
ПОНРП – преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты
ПЦР – полимеразная цепная реакция
РШМ – рак шейки матки.
CD34 – рецепторы клеток эндотелия.
СО – слизистая оболочка
УЗ – ультразвуковой (-ая, -ое)
УЗИ – ультразвуковое исследование
УЗИ – ультразвуковое исследование.
ФПК и ППС – факультет повышения квалификации и переподготовки специалистов

ФКБ – фиброзно-кистозная болезнь

ХрПН - хроническая плацентарная недостаточность

ХЦ – хронический цервицит

ЦИН (CIN) – цервикальная интраэпителиальная неоплазия.

ШМ – шейка матки.

ER – рецепторы к эстрогенам

NNT - number needed to treat (англ.) – количество, необходимое пролечить

ОШ- отношение шансов

PGR – рецепторы к прогестерону

VEGF – фактор роста эндотелия

WHO – world health organisation (англ.) – всемирная организация здравоохранения