

10. Atashili J., Poole C., Ndumbe P.M., Adimora A.A., Smith J.S. Bacterial vaginosis and HIV acquisition: a meta-analysis of published studies. *AIDS*. 2008; 22: 1493–501.
11. Kira E.F., Dushkina E.A., Badikova N.S. The biological role of the acidity of the vagina. Mechanisms of stability and correction methods. *Akusherstvo i ginekologiya*. 2013; 3: 102–6. (in Russian)
12. Kira E.F. *Bacterial vaginosis [Bakterial'nyy vaginoz]*. Moscow: MIA. 2012; 472. (in Russian)
13. Rogovskaya S.I. *Human papillomavirus infection in women and cervical pathology [Papillomavirusnaya infektsiya u zhenshchin i patologiya sheyki matki]*. 2-nd. Moscow: GEOTAR-Media, 2011. (in Russian)
14. Voroshilina E.S. *Sovershenstvovanie metodicheskikh podkhodov k otsenke mikrobiotsenoza vlagalishcha u zhenshchin reproduktivnogo vozrasta*: Diss. Chelyabinsk: Ural'skaya gosudarstvennaya meditsinskaya akademiya: 2012. (in Russian)
15. Mitra A., Yun L., Macintyre D. et al. Assessment of the vaginal microbiome with bacterial DNA pyrosequencing according to CIN grade and severity. In: *Abstracts of the 15 World Congress for Cervical Pathology and Colposcopy*. 2014: 123–4.

Поступила 28.11.14
Received 28.11.14

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2015

УДК 618.14-006.36-059:616.137.73-005.7-021.6]-08-07

ЭМБОЛИЗАЦИЯ МАТОЧНЫХ АРТЕРИЙ: ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ У ЖЕНЩИН С НЕРЕАЛИЗОВАННОЙ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИЕЙ

Ищенко А.И., Мышенкова С.А., Жуманова Е.Н., Ищенко А.А., Горбенко О.Ю., Тюнина А.В.

ФГБУ «Лечебно-реабилитационный центр» Минздрава России, 125367, г. Москва

Для корреспонденции: Мышенкова Светлана Александровна — канд. мед. наук, врач акушер-гинеколог гинекологического отделения № 2 ФГАУ «Лечебно-реабилитационный центр» Минздрава России, swetlana998@inbox.ru

Цель исследования — оценка результатов лечения миомы матки после эмболизации маточных артерий (ЭМА), включающая функциональное состояние яичников и способность женщин реализовать свою репродуктивную функцию.

Материал и методы. В исследование была включена 151 женщина в возрасте от 35 до 47 лет, имеющая миому матки с различной локализацией миоматозных узлов (исключение составляли субсерозные миоматозные узлы на тонком основании) с клиническими проявлениями (обильные менструации, боль) и нормальным гормональным фоном. Из исследования исключали пациенток с нереализованной репродуктивной функцией. Для определения функции яичников, овариального резерва яичников после ЭМА были исследованы антимюллеров гормон (АМГ), ингибин В, фолликулостимулирующий гормон (ФСГ), лютеинизирующий гормон (ЛГ), эстрадиол и прогестерон.

Результаты и обсуждение. Клинический результат достигнут в 82,4% случаев. Женщины отметили снижение болезненности (69,2%) и интенсивности (74,9%) менструаций, нормализацию регулярности менструального цикла (42,9%). В 63,4% случаев уменьшились или практически полностью регрессировали боли внизу живота, улучшились процессы мочеиспускания (41,7%) и дефекации (38,6%). У 66 женщин, которым проводили гормональное исследование через 6 и 12 мес после ЭМА, наблюдались следующие изменения. Через 6 мес после ЭМА уровень АМГ и ингибина В был понижен у 37 (24,7%) и 55 (36,4%) пациенток соответственно, что свидетельствовало о снижении овариального резерва яичников. Возраст женщин варьировался от 41 года до 47 лет. Через 12 мес после ЭМА значение АМГ выравнивалось у 2 женщин — 42 и 44 лет. Показатели ингибина В оставались критическими при регулярном менструальном цикле. Значения ФСГ и ЛГ через полгода после ЭМА были повышены у 14 (9,3%) и 9 (6%) пациенток соответственно. Возраст женщин составил 44 года — 47 лет. У данной категории больных также отмечалось повышение уровня эстрадиола (на 12—16% от исходных значений) и прогестерона (на 8—11% от исходных значений). Пациенток беспокоили приливы, раздражительность, частая смена настроения. Менструации были нерегулярными только у 4 женщин. Через 12 мес гормональный фон выравнивался у 6 пациенток, у 5 женщин наступила менопауза.

Заключение. На основании полученных результатов можно сделать выводы о том, что ЭМА является эффективным и безопасным самостоятельным способом лечения миомы матки. Важным ее достоинством служит и тот факт, что ЭМА — органосохраняющий метод, предупреждающий рецидивы заболевания. Однако ЭМА оказывает влияние на овариальный резерв яичников и вследствие этого приводит к снижению фертильности женщин. Возрастает вероятность забеременеть не естественным путем, а методом вспомогательных репродуктивных технологий. Данное обстоятельство следует рассматривать как основополагающее при выборе тактики ведения пациенток с миомой матки, в будущем планирующих беременность.

Ключевые слова: миома матки; лечение миомы матки; эмболизация маточных артерий; репродуктивная функция после ЭМА; деторождение после ЭМА.

Для цитирования: Архив акушерства и гинекологии им. В.Ф. Снегирева. 2015; 2 (1): 26—30.

UTERINE ARTERY EMBOLIZATION: EFFICIENCY IN WOMEN WITH UNREALIZED REPRODUCTIVE FUNCTION

Ishchenko A.I., Myshenkova S.A., Zhumanova E.N., Ishchenko A.A., Gorbenko O.Yu., Tyunina A.V.

Therapeutic Rehabilitation Center, Moscow, Russian Federation, 125367

Address for correspondence: swetlana998@inbox.ru. Myshenkova S.A.

The study was carried out in 151 women aged 35–47 years with uterine myomas of different location in the myomatous nodes (the exception were subserous myomatous nodules on a thin base), clinically manifesting by profuse menses and pain, with normal hormonal profiles. Patients with unrealized reproductive function were excluded from the study. The ovarian function and ovarian reserve after embolization of the uterine arteries (EUA) were evaluated by the levels of antimüller hormone (AMH), inhibin B, FSH, LH, estradiol, and progesterone. Positive results were attained in 82.4% cases. Menorrhoea became less painful in 69.2% cases and less intense in 74.9%, the cycle normalized in 42.9%. Pain reduced or completely regressed in 63.4% cases, urination improved in 41.7%, defecation in 38.6%. Hormone measurements were carried out in 66 women 6 and 12 months after EUA. The levels of AMH and inhibin B were low after 6 months in 37 (24.7%) and 55 (36.4%) patients, respectively, which indicated reduction of the ovarian reserve. The women's ages varied from 41 to 47. The levels of

AMH normalized 12 months after EUA in two women, aged 42 and 44 years. The levels of inhibin B remained critical under conditions of a regular cycle. The levels of FSH and LH were high 6 months after EUA in 14 (9.3%) and 9 (6%) patients, respectively. The age of these patients was 44–47 years. These patients had high levels of estradiol (12–16% higher than normally) and progesterone (8–11% higher than normally). The patients complained of hot flushes, irritability, and liable to change of moods. The cycle was irregular in only 4 women. The hormonal profile normalized after 12 months in 6 patients, menopause ensued in 5 women. These results indicated the efficiency and safety of EUA as a method for the treatment of uterine myoma. Importantly that EUA was an organ-sparing method, preventing the disease relapses. However, EUA modulated the ovarian reserve and hence, reduced the fertility. Spontaneous pregnancy was hardly probable after this treatment, more likely as a result of accessory reproductive technologies. This fact should be decisive in choice of the treatment strategy for patients with uterine myoma, planning pregnancy in future.

Key words: uterine myoma; therapy for uterine myoma; embolization of uterine arteries; reproductive function after EUA; childbirth after EUA.

Citation: Arkhiv Akusherstva i Ginekologii im. V.F. Snegiryova. 2015; 2 (1): 26–30. (in Russ.)

Первое упоминание об эмболизации маточных артерий (ЭМА) датируется 1970 г., когда американский врач O. Smith применил ее в качестве кровоостанавливающего метода в послеоперационном периоде.

В дальнейшем ЭМА использовалась для остановки маточных послеродовых кровотечений и профилактики кровотечений во время операций на органах с обильным кровоснабжением. Именно с этой целью J.H. Ravina впервые и прибегнул к этой методике [1]. Поскольку матка является богато кровоснабжаемым органом, операции по удалению узлов миомы или всего органа сопровождаются обильными кровопотерями. Дабы избежать этого, J.H. Ravina вводил в просвет маточной артерии небольшие частички, прекращающие кровоток и тем самым предотвращающие возможность большой кровопотери. Иными словами, он использовал ЭМА как некий метод подготовки перед удалением миоматозных узлов или всей матки с целью снижения интраоперационных и ранних послеоперационных осложнений. Данную методику применяли женщинам как в постменопаузальном периоде, так и в репродуктивном возрасте, в будущем планирующим беременность. Однако по стечению различных обстоятельств ряд женщин, прошедших данную подготовку перед операцией, в назначенный срок не явились. Как же удивился врач, когда женщины, обратившиеся к нему на повторную консультацию по прошествии времени, отметили значительный регресс клинической симптоматики беспокоившего их заболевания: уменьшились менструальные выделения и полностью исчезли болезненные ощущения в нижних отделах живота. Как следствие пациентки были уже не настроены на оперативное лечение. Принимая во внимание данное обстоятельство, в 1994 г. доктор J.H. Ravina опубликовал статью, позиционирующую ЭМА как самостоятельный метод лечения миомы матки.

После первых публикаций, подтвердивших высокую эффективность нового эндоваскулярного метода лечения миомы матки, с 1997 г. его начали внедрять в клиническую практику [2, 3]. К настоящему времени данная операция уже довольно распространена во всем мире и известно более 100 тыс. случаев применения.

Однако в погоне за результатами лечения врачи порой закрывают глаза на то, что пациентка все еще в репродуктивном возрасте и, возможно, планирует бе-

ременность. До настоящего времени вопрос о фертильности женщины после ЭМА остается открытым и исследования по этой проблеме продолжаются.

Миома матки — заболевание, диагностируемое у женщин в молодом возрасте, когда репродуктивная функция еще не реализована. Именно поэтому у таких пациенток предпочтительно лечение миомы матки консервативными или малоинвазивными методами.

Социальный статус современных женщин все чаще заставляет их задумываться о деторождении после 30 лет, когда не только функция яичников постепенно идет на спад, но и появляется гинекологические заболевания, в том числе миома матки.

Чаще всего врачи идут навстречу женщинам и пытаются небольшие по размеру миоматозные узлы лечить консервативно (гормональными препаратами) или рекомендуют неинвазивные или малоинвазивные методы лечения, такие как ФУЗ-абляция или ЭМА.

Результаты лечения пациенток методом ЭМА превосходят даже самые смелые ожидания. По данным разных авторов, у 79,2–96% женщин уменьшается кровотечение, у 81,5–85,2% уменьшение боли, у 78,6–80,1% уменьшаются симптомы сдавления, у 60–92% — проблемы с мочеиспусканием, у 71,4% нормализуется сексуальная жизнь, у 62,5% снижается утомляемость, 89,5% избавляются от депрессивного настроения [4–7].

Исследования, проводимые по поводу воздействия ЭМА на функцию яичников, матки с целью определения возможности женщины в будущем реализовать свою репродуктивную функцию, весьма разнообразны и не приводят к окончательному ответу. В последние время все чаще стали появляться публикации, в которых обсуждается данный вопрос с разных точек зрения.

Исследование, проведенное в Чикаго, показало, что сразу после ЭМА у всех 6 обследованных женщин в возрасте 35–50 лет отсутствовал кровоток в яичниковых артериях. Через несколько месяцев после лечения у 4 женщин яичниковый кровоток восстановился, но был снижен по сравнению с дооперационными значениями [8].

Исследование, проведенное в Вашингтоне, было основано на изучении уровня фолликулостимулирующего гормона (ФСГ) у 63 женщин до ЭМА и через 3 и 6 мес после нее. Несмотря на отсутствие изменений в базальных уровнях ФСГ в среднем по группе наблю-

даемых женщин, у 7 пациенток старше 45 лет наблюдалось повышение содержания ФСГ в среднем в 2 раза через 6 мес после ЭМА [9].

Многие авторы связывают повышение уровня ФСГ с нецелевой эмболизацией яичниковых артерий вследствие анастомозов [8, 10]. Однако считают, что это явление кратковременное, и через 6 мес кровотоки восстанавливаются в 67% случаев [8].

В 2007 г. проведено рандомизированное исследование, оценивающее функцию яичников после ЭМА и гистерэктомии на основании измерения ФСГ и антимюллерова гормона (АМГ), вырабатываемого клетками гранулезы фолликулов. В исследование были включены 177 женщин пременопаузального возраста. На протяжении 24 мес содержание ФСГ значительно повышалось в обеих группах. Уровень АМГ оставался значительно сниженным только в группе ЭМА по сравнению с ожидаемым возрастным его снижением. На основании проведенного исследования авторы пришли к выводу, что как ЭМА, так и гистерэктомия существенно влияют на овариальный резерв яичников [11].

Течение беременности и родов после ЭМА также вызывает множество дискуссий. Например, J.H. Ravina и соавт. [12] описывали 12 случаев беременности у 9 из 184 пациенток, которые перенесли ЭМА по поводу миомы матки. Среди них было 4 (33%) родов в срок, 3 (25%) преждевременных родов и 5 (42%) выкидышей на малых сроках. В настоящее время во всем мире известно более 300 случаев наступления беременности после ЭМА, большинство из них закончилось родами в срок. Однако L. Barclay [13], обследовав 50 женщин, которые забеременели после ЭМА, сообщил о том, что по сравнению с общей популяцией женщин у пациенток, перенесших операцию, риск патологического течения беременности или родов более высокий. Частота родоразрешения путем кесарева сечения достигает 72,4%.

С ним солидарны M. Мага и соавт. [14], которые обследовали женщин после миомэктомии и ЭМА. Оценивая результаты, они пришли к выводу, что после миомэктомии беременность наступает в 2 раза чаще, чем после ЭМА, частота беременностей, закончившихся срочными родами, в 4 раза выше, а выкидышей на малых сроках беременности в 1,5 раза меньше.

Ряд авторов, основываясь на результатах исследований, считают, что ЭМА не влияет на функцию яичников и при желании женщины возможны беременность и роды [15].

Учитывая такое разнообразие мнений, вопрос о проведении ЭМА женщинам с нереализованной репродуктивной функцией на сегодняшний день не решен. Оправданно ли применение этого метода лечения в данный момент времени и получение хороших/отличных результатов при невозможности ответа на вопрос: сможет ли в дальнейшем забеременеть женщина и не будет ли у нее аменореи?

Целью исследования, проведенного на базе клиники гинекологии и новых репродуктивных технологий, явились не только оценка результатов лечения относи-

тельно миомы матки и ее симптоматики, но и изучение влияния ЭМА на функциональное состояние яичников, способность к реализации репродуктивной функции у пациенток с миомой матки.

Материал и методы

Критериями включения пациенток в группу исследования служили:

- наличие одного или нескольких миоматозных узлов различной локализации (исключение субсерозные узлы на тонком основании) и размером до 10 см в диаметре;
- наличие клинической симптоматики;
- нормальный гормональный фон.

Учитывая отсутствие достоверных данных о возможности забеременеть и выносить ребенка после ЭМА, из исследования были исключены женщины, планирующие беременность.

Для определения функции яичников, овариального резерва яичников после ЭМА были исследованы следующие гормоны:

- АМГ — маркер овариального резерва у женщин репродуктивного периода. Этот гликопротеин, относящийся к классу трансформирующих факторов роста, наилучшим образом отражает снижение репродуктивной функции у здоровых женщин;
- ингибин В — так же, как АМГ, является маркером репродуктивной функции, отражающим способность яичников отвечать достаточным числом зрелых яйцеклеток на стимуляцию гонадотропными гормонами;
- ФСГ, лютеинизирующий гормон (ЛГ) — эти гормоны, принадлежащие к семейству гонадотропинов, высвобождаются из передней доли гипофиза в ответ на секрецию гонадолиберина гипоталамусом. ФСГ и ЛГ стимулируют биосинтез эстрогенов в фолликулах, а также рост и созревание самого фолликула;
- эстрадиол — вырабатывается в основном в яичниках и отвечает за циклические изменения в организме женщины, контролируя важнейшие процессы репродуктивной функции;
- прогестерон — стероидный гормон желтого тела яичников, способствующий переходу слизистой оболочки матки из стадии пролиферации в стадию секреции, тем самым подготавливая ее к имплантации оплодотворенных яйцеклеток.

На базе центра была пролечена 151 женщина в возрасте от 35 до 47 лет. Средний возраст их составил 45,5 года. В качестве эмболов использовали PVA (PVA 200 — 26,3%, PVA 300 — 94,7%, PVA 700 — 10,5%) и EMBOSPHERE (40—120 — 6,8%, 100—300 — 24,2%, 300—500 — 70,4%, 500—700 — 14,4%, 700—900 — 1,5%).

В анамнезе 9 (5,96%) женщин из 151 не имели беременности, 86 (56,94%) имели 1—3 беременности и 56 (37,1%) — более 3 беременностей (рис. 1, а). Из всех женщин, имевших беременности в анамнезе, у 10 (7,1%) они не закончились родами, у 130 (91,5%) было от 1 до 3 родов и у 2 (1,4%) — более 3 родов (рис. 1, б).

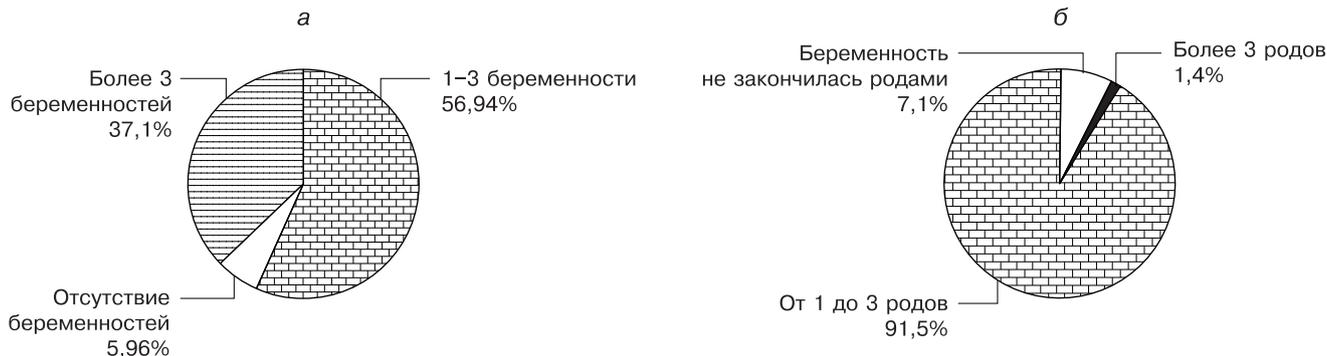


Рис. 1. Количество беременностей (а) и родов (б) у обследованных женщин в анамнезе.

Результаты и обсуждение

Все обследованные женщины были протестированы с использованием специальной анкеты оценки качества жизни, в которую были включены вопросы о характере менструального цикла, наличии болезненных ощущений в нижних отделах живота, а также о нарушении процессов мочеиспускания и дефекации.

Клинический результат достигнут в 82,4% случаев. Женщины отметили снижение болезненности (69,2%) и интенсивности (74,9%) менструаций, нормализацию регулярности менструального цикла (42,9%). В 63,4% случаев уменьшились или практически полностью регрессировали боли внизу живота, улучшились процессы мочеиспускания (41,7%) и дефекации (38,6%) (см. таблицу).

Гормональное исследование проводили у 66 (43,7%) женщин, средний возраст их составил 44,7 года, через 6 и 12 мес после ЭМА.

Через 6 мес после ЭМА уровень АМГ и ингибина В был понижен у 37 (24,7%) и 55 (36,4%) пациенток соответственно, что свидетельствовало о снижении овариального резерва яичников. Возраст женщин варьировал от 41 года до 47 лет. Через 12 мес после ЭМА значение АМГ выровнялось у 2 женщин (42 и 44 лет). Показатели ингибина В оставались критическими при регулярном менструальном цикле (рис. 2).

Значения ФСГ и ЛГ через полгода после ЭМА были повышены соответственно у 14 (9,3%) и 9 (6%) пациенток в возрасте 44—47 лет. У данной категории больных также отмечалось повышение уровня эстрадиола (на 12—16% от исходных значений) и прогестерона (на 8—11% от исходных значений). Пациенток беспокоили приливы, раздражительность, частая смена настроения. Менструации были нерегулярными только у 4 женщин. Через 12 мес гормональный фон выровнялся у 6 пациенток, у 5 женщин наступила менопауза.

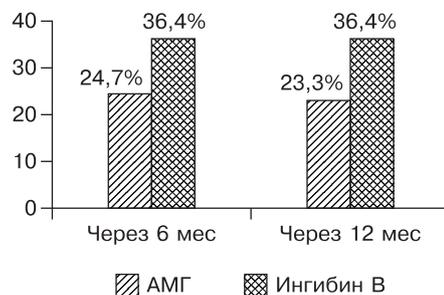


Рис. 2. Изменение уровней АМГ и ингибина В после ЭМА.

Заключение

На основании полученных результатов можно сделать выводы о том, что ЭМА представляет собой эффективный и безопасный самостоятельный способ лечения миомы матки. Важным ее достоинством является и тот факт, что ЭМА — органосохраняющий метод, предупреждающий рецидивы заболевания. Благодаря малоинвазивной технологии применения ЭМА предупреждает ряд тяжелых осложнений, сопутствующих другим оперативным вмешательствам на узлах миомы. ЭМА в существенной мере уменьшает/устраняет клинические проявления миомы матки (сдавление смежных органов, менометроррагия, диспареуния) и существенно улучшает качество жизни пациенток.

Однако при всех достоинствах этого малоинвазивного метода лечения миомы матки проблема фертильности на фоне ЭМА остается спорной. Несмотря на положительные прогнозы в отношении потери репродуктивного органа, вопрос о возможности полноценного физиологического протекания беременности в данный период времени дискуссионный. Полученные нами данные позволили сделать выводы о том, что ЭМА оказывает влияние на овариальный резерв яичников и вследствие этого приводит к снижению фертильности женщин. Уменьшается вероятность забеременеть

Частота клинических проявлений миомы матки (в %) до ЭМА и через 6 мес после нее

| Менструация | | | | | | Боли в животе | | Нарушение мочеиспускания | | Нарушение дефекации | |
|--------------|-------|----------|-------|-------------|-------|---------------|-------|--------------------------|-------|---------------------|-------|
| нерегулярная | | обильная | | болезненная | | | | | | | |
| до | после | до | после | до | после | до | после | до | после | до | после |
| 64,9 | 37 | 92,7 | 23,2 | 79,5 | 24,5 | 87,6 | 32,1 | 19,4 | 11,3 | 23,8 | 14,6 |

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 leyomyomy матки. *Akush. i ginekologiya*. 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.)