

УДК 618.146

Л.И. Кох, И.В. Сатышева

E-mail: satisheva@mail.ru

КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПАТОЛОГИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ ПРИ ИСТМИКО-ЦЕРВИКАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

ГОУ ВПО Сибирский государственный
медицинский университет Росздрава, г. Томск

Одной из причин преждевременного прерыва-
ния беременности является истмико-цервикальная

недостаточность (ИЦН), на её долю приходится 14,3-65% [2-4]. Причины ИЦН многочисленны и, возможно, до настоящего времени недостаточно изучены. В генезе многих заболеваний важное место отводится патологии соединительной ткани [1]. Отклонение в её развитии предполагает разнообразие висцеральных проявлений, часть из которых может иметь серьёзные клинические последствия, в том числе и в репродуктивной системе.

Цель: изучить клинические аспекты патологии соединительной ткани при ИЦН.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Под нашим наблюдением находились 70 беремен-
ных женщин в возрасте от 18 до 38 лет (в среднем $28,69 \pm 2,23$ года), у которых в сроке 14-30 недель бы-
ла диагностирована ИЦН. Всем беременным прово-

дилось обследование согласно приказу № 50 МЗ РФ. При появлении признаков угрозы прерывания беременности проводились влагалищное и ультразвуковое исследования, на основании которых была диагностирована ИЦН. Дополнительно проводилось обследование на TORCH-комплекс, тестостерон, ДГА-s, оксипролин.

Статистический анализ проводили при помощи пакета программ Statistica 5.0 (Stat-Soft, Ink.). Проверка нормальности распределения выборок проводилась с помощью W-критерия Шапиро-Уилки. Для каждого показателя в группах наблюдений вычислялись: среднее значение (M) и средняя ошибка средней величины (m). Оценка достоверности различия между тремя и более средними выборок рассчитывалась с использованием непараметрического дисперсионного анализа Краскела-Уоллиса.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Различные детские инфекции (ветряная оспа, корь, коревая краснуха, гепатит А, паротит) перенесли 70% обследуемых. Сопутствующую экстрагенитальную патологию имело 70% женщин, из них заболевания, свидетельствующие о возможной дисплазии соединительной ткани – 51,4%; хронические заболевания желудочно-кишечного тракта – 40% пациенток, миопия слабой и средней степени – 15%, хронический тонзиллит – 15%, вегето-сосудистая дистония – 10%, варикозная болезнь вен нижних конечностей – 5%, пролапс митрального клапана – 2,5%, деформирующий коксартроз – 2,5%, ревматизм – 2,5%, миокардит – 2,5% пациенток. Сочетание двух экстрагенитальных патологий имело место у 34,3%, трех-пяти – у 5,7% обследуемых.

При объективном осмотре обращали внимание на рост и массу пациенток, на основании чего рассчитывали индекс Варги ((масса тела в граммах/рост в сантиметрах в квадрате) – (возраст/100)): 1,45 был у 2,9% женщин, 1,5 у 2,9%, 1,6 у 8,6%, 1,7 у 8,6%, 1,8 и более у 77% пациенток. Таким образом, индекс Варги менее 1,5 имел место у 2,9% обследуемых, что расценивается как выраженное снижение массы тела (1,5-1,7), 20,1% имели умеренное снижение массы тела. Так, 23% пациенток имели астенический тип телосложения, что свидетельствует о возможной патологии соединительной ткани. При внешнем осмотре особое внимание обращали на фенотипические маркеры дисплазии соединительной ткани. Эти признаки представлены особенностями лицевого черепа у 58,4% пациенток (микрогнатия – 5,7%, килевидный и раздвоенный подбородок – 8,6%, приращение мочки уха – 8,6%, неправильный рост зубов – 14,3%, нарушение прикуса – 8,6%, уплощенная спинка носа – 2,9%), скелета – у 42,1% пациенток (ульнарная деформация пальцев рук – 2,9%, арахнодактилия – 5,7%, вальгусная деформация стоп – 2,9%, захождение пальцев ног друг на друга – 2,9%, плоскостопие – 5,7%, килевидная грудная клетка –

2,9%, сколиоз – 11,4%, асимметрия лопаток – 2,9%). Перечисленные признаки в различных комбинациях имели место у 57,1% пациенток.

Беременность была первой у 28,6% женщин, повторной у 71,4%. Среди повторнобеременных в анамнезе 1 аборт был у 31,4%, 2 – у 25,7%, 3 и более – у 80,6%; 1 выкидыш – у 14,3%, 2 – у 11,4%, 3 и более – у 2,9%; 1 срочные роды – у 25,7%, 2 – у 5,7%, 3 и более – у 2,9%; 1 преждевременные роды у – 5,7%, 2 – у 2,9% женщин. Течение беременности и родов в прошлом осложнилось угрозой прерывания беременности в 25,7% случаев, ИЦН – в 14,3%; быстрые, стремительные роды, роды крупным плодом, разрывы шейки матки в родах – в 51,4%, ПОНРП – в 5,7%, поздние гипотонические кровотечения – в 5,7% случаев.

Результат обследования на TORCH-комплекс показал наличие инфекции у 70,8% женщин: Ig G к вирусу простого герпеса – у 45,8%, к хламидиям – у 25%, к цитомегаловирусной инфекции – у 25%, к микоплазме – у 16,7%, к уреоплазме – у 12,5%, к токсоплазме – у 12,5%. В 45,8% случаев наблюдалось наличие двух и более инфекций.

Результаты гормонального обследования: повышение уровня тестостерона отмечено у 33,3%, ДГА-s – у 40% женщин; у 24% имелись симптомы гиперандрогении (гирсутизм, акне).

Обследование на оксипролин проведено у 21,4% (15 пациенток). У 26,7% выявлено повышение оксипролина в суточной моче, при этом у этих пациенток обращало на себя внимание наличие миомы матки, варикозной болезни, привычное невынашивание беременности. В связи с угрозой прерывания беременности пациентки были госпитализированы в отделение патологии беременности, где получали сохраняющую терапию.

Всем женщинам была проведена сохраняющая терапия и коррекция ИЦН: акушерским разгружающим pessarium у 77,5%, наложением швов на шейку матки у 22,5%.

В результате проведенного лечения беременность доносили до срока 81,4% пациенток, преждевременные роды были у 11,4%, поздний самопроизвольный выкидыш – у 7,1% пациенток.

ВЫВОДЫ

Наличие патологии соединительной ткани при ИЦН у обследуемых женщин можно предположить по следующим факторам: низкий индекс Варги (1,5-1,7) – 23% случаев, наличие фенотипических маркеров – 57,1% случаев, заболеваний, свидетельствующих о возможной дисплазии соединительной ткани – 51,4% случаев, а также особенности течения предыдущих беременностей: быстрые, стремительные роды, гипотонические кровотечения, ПОНРП – 11,4% случаев. Следовательно, патологию соединительной ткани можно рассматривать как фактор риска ИЦН наряду с отягощенным акушерским анамнезом, инфекцией, гиперандрогенией.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бернат В. Ф., Агаджанова А. А. Клинико-диагностические исследования репродуктивной системы женщин с истмико-цервикальной недостаточностью // Акушерство и гинекология. – 1987. – № 10. – С. 25-27.
2. Любимова А. И. Хирургические методы лечения недонашивания беременности // Автореф. дисс. докт. мед. наук. – М., 1970.
3. Сидельникова В. М. Привычная потеря беременности // М. – Триада-Х. – 2003. – 304 с.
4. Алексеев А. А. Системная медицина (от чего гибнет человечество) // М.: УРСС. – 2000. – 557 с.

CLINICAL ASPECTS OF CONNECTIVE TISSUE PATHOLOGY IN ISTHICAL-CERVICAL INSUFFICIENCY

L.I. Kokh, I.V. Satysheva

SUMMARY

The aim of the investigation was to study clinical aspects of isthmic-cervical incompetence. We examined 70 pregnant women with cervical incompetence under threat of pregnancy abortion. All patients received preserving therapy, correction of their isthmic-cervical deficiency. It is concluded that the pathology of connective tissue may be considered as the risk factor of development of isthmic-cervical incompetence together with infection, complicated obstetrical history and hyperandrogenia.

Key words: pregnancy, isthmic-cervical insufficiency, connective tissue.