

Акушерство и гинекология

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ, РОДОВ И СОСТОЯНИЯ НОВОРОЖДЁННЫХ У ЖЕНЩИН, СТРАДАЮЩИХ НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

Керимкулова Н.В.*, кандидат медицинских наук,
Никифорова Н.В.

Кафедра акушерства, гинекологии и неонатологии педиатрического факультета ФДППО ГОУ ВПО ИвГМА
Росздрава, 153012, Иваново, Ф. Энгельса, 8

* Ответственный за переписку (corresponding author): тел.: (4932) 29-92-39.

В практической работе акушеру-гинекологу часто приходится сталкиваться с недифференцированной дисплазией соединительной ткани (НДСТ) с вовлечением в патологический процесс репродуктивной системы, что отражается на течении беременности и родов.

Цель исследования – изучение течения беременности, родов, состояния новорождённых у женщин, страдающих НДСТ.

В основную группу (группа 1) вошло 56 женщин в возрасте от 18 до 35 лет с внешними и висцеральными маркерами дисплазии соединительной ткани. Сопоставимую по возрасту контрольную группу (группа 2) составили 60 женщин без вышеуказанных изменений. Использовались следующие методы: изучение жалоб, анамнеза, физикальное, лабораторные исследования (общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови, коагулограмма, анализ мочи на 17-КС, ПЦР-диагностика внутриутробной инфекции), КТГ, УЗИ, доплерометрия.

У женщин группы 1 выявлялось по 4–12 маркеров дисплазии соединительной ткани: вегето-сосудистая дистония (у 100% обследованных), астеническое телосложение (у 71%), особенности строения скелета и связочного аппарата (гипермобильность суставов – в 50% случаев, сколиоз – в 21%, уплощение свода стопы – в 58%, нарушение рефракции – в 64%), геморрагические проявления (у 43%), склонность к аллергическим реакциям (у 21%), эмоциональная неустойчивость (у 21%). Как висцеральные маркеры дисплазии соединительной ткани были отмечены аномалии развития сердечно-сосудистой (пролапс митрального клапана – в 36% случаев) и мочевыделительной (нефроптоз – в 4%) систем, а также варикозное расширение вен нижних конечностей (в 63%).

В структуре гинекологической патологии в обеих группах чаще встречались нарушения менстру-

альной функции (36 и 13% соответственно), воспалительные заболевания матки и придатков (43 и 27% соответственно). У половины пациенток с НДСТ был отмечен синдром гиперандрогении, причем у 21% женщин он был подтвержден повышением содержания 17-КС в моче.

В группе 1 первобеременные составили 46%, повторнобеременные – 54%, в группе 2 первобеременных – 63%, повторнобеременных – 37%. У женщин группы 1 в анамнезе была выявлена высокая частота невынашивания и недонашивания (45%), причем привычное невынашивание отмечалось у 29% пациенток, преждевременные роды имели место у 14%, гипотоническое кровотечение – у 7%, перинатальные потери – у 4%, погибшая беременность – у 4%. Искусственное прерывание беременности путем медицинского аборта было выявлено у 21% женщин, в группе 2 – у 17% пациенток, погибшая беременность – у 3%. У женщин с НДСТ значительно чаще, чем в группе 2, отмечалось осложненное течение беременности и родов (100 и 67% соответственно). В группе 1 чаще встречались угроза невынашивания (у 86% обследованных) и недонашивания (у 50%), случаи сочетанных гестозов (у 71%), плацентарная недостаточность и ХВУГР (у 86%), внутриутробные инфекции (у 21%), недонашивание наблюдалось у 11% пациенток, быстрые роды – у 7%, разрывы промежности – у 36%, несвоевременное излитие вод – у 54%, дискоординация родовой деятельности – у 11%, гипотоническое кровотечение – у 14%.

Путём операции кесарева сечения были родоразрешены 36% женщин с признаками НДСТ. В большинстве случаев операция кесарева сечения проводилась по сочетанным показаниям. У одной из родильниц с геморрагическими проявлениями из группы 1 имело место массивное коагулопатическое кровотечение, по поводу чего была выполнена простая экстирпация матки без придатков.

У пациентки, оперированной по поводу тяжелой формы гестоза, развилась ТЭЛА. У пациенток группы 2 в 2,5 раза реже отмечались разрывы промежности и стенок влагалища, в 2 раза реже – несвоевременное излитие вод. Операцией кесарева сечения завершены роды у 10% женщин. В структуре заболеваемости младенцев, рожденных от матерей с НДСТ, преобладало ишемически-гипоксическое повреждение центральной нервной системы (в 80% случаев), несколько реже встречались конъюгационная желтуха (в 18%), гипертензионный синдром (в 14%), синдром задержки развития ребенка (в 7%), дисплазия тазобедренного сустава (в 4%), геморрагический синдром (в 4%). В контрольной группе в структуре детской заболеваемости преобладали ишемически-гипоксическое повреждение центральной нервной системы (у 73% новорожденных) и гипер-

тензионный синдром (10%). Дети, рожденные от матерей с НДСТ, имели более низкую оценку по шкале Апгар ($7,5 \pm 0,1$) по сравнению с новорожденными группы 2 ($8,5 \pm 0,1$). 11% детей, рожденных от женщин с НДСТ, потребовалось лечение в палате интенсивной терапии по поводу церебральной ишемии, конъюгационной желтухи.

Таким образом, женщины с НДСТ относятся к группе высокого риска по акушерской и перинатальной патологии, что диктует необходимость раннего их выявления в условиях поликлиник и женских консультаций, раннего взятия на учет, активного наблюдения во время беременности и подбора оптимальных методов терапии и способов родоразрешения. Дети, рожденные от женщин с НДСТ, требуют наблюдения, начиная с neonatalного периода.

ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАКА ЭНДОМЕТРИЯ

Васин В.А.^{*1},
Павлычева А.А.,
Смирнова И.Л.,
Чикина Е.В., кандидат медицинских наук,
Аминодова И.А.

¹ Кафедра патологической анатомии с секционным курсом ГОУ ВПО ИвГМА Росздрава, 153012, Иваново, Ф. Энгельса, 8

² ОГУЗ «Ивановский областной онкологический диспансер», 153040, Иваново, Любимова, 5

* Ответственный за переписку (corresponding author): тел.: (4932) 56-25-82.

Рак эндометрия является гормонозависимой опухолью, и гормональная терапия является неотъемлемым компонентом в лечении пациенток, страдающих данной патологией. Основным критерием назначения гормональной терапии является эндокриночувствительность опухоли, которая определяется наличием в опухолевых клетках рецепторов к стероидным гормонам (эстрогеновые и прогестероновые рецепторы).

За период 2005–2008 гг. нами проведено исследование 194 больных раком матки с морфологической верификацией диагноза в соответствии с требованиями Международной гистологической классификации опухолей (2002), иммуногистохимическим анализом опухоли с выявлением экспрессии рецепторов стероидных гормонов (рецепторы эстрогенов – РЭ, рецепторы прогестеронов – РП). Средний возраст пациенток составил 56 лет, все больные получили комбинированное лечение. По возрастному критерию все женщины были разделены на 4 группы: I группа – до 40 лет (7 женщин – 3,6%), II группа – от 41 до

50 лет (32 женщины – 16,5%), III группа – от 51 до 60 лет (109 женщин – 56,2%), IV группа – свыше 61 года (46 женщин – 23,7%).

Рецепторы к стероидным гормонам в опухолях эндометрия (РЭ+/РП+) выявлялись в 145 (74,7%) случаях. Сочетание РЭ-/РП+ превалировало в IV возрастной группе (80,4% случаев), тогда как на более низкий уровень рецепторов к стероидным гормонам был отмечен в I группе (71,4%). У пациенток этой группы преобладала 1 стадия заболевания – 178 (91,8%) наблюдений. При опухолях, ограниченных эндометрием (T1aN0M0), частота выявления положительных рецепторов к стероидным гормонам отмечена в 30 (90,9%) случаях, тогда как при инвазивных формах этот показатель был значительно ниже (при T1bN0M0 стадии – в 74,6%, при T1cN0M0 – в 60,9%, при 2 стадии – в 40%). Среди больных раком эндометрия, имеющих в опухоли рецепторы к стероидным гормонам РЭ+/РП+ и РЭ-/РП+, доля пациенток с 1 стадией составила 92,4% (135), а со второй стадией – 2,8% (4), тогда как в группе больных с РЭ-/РП – соот-