
РЕПРОДУКТИВНАЯ ФУНКЦИЯ ЖЕНЩИН, БОЛЬНЫХ САРКОИДОЗОМ

И.А. Милова, И.Ф. Фаткуллин

Кафедра акушерства и гинекологии № 2
ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет»
Министерство здравоохранения и социального развития РФ
ул. Чуйкова, 56, Казань, Россия, 420130

А.А. Визель

Кафедра фтизиопульмонологии
ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет»
Министерство здравоохранения и социального развития РФ
ул. Бутлерова, 49, Казань, Россия, 420130

Изучена репродуктивная функция у женщин, больных саркоидозом. Для оценки фертильности и гинекологического статуса при саркоидозе был проведен клинко-статистический анализ результатов анкетирования у пациенток с саркоидозом, а также проанализированы результаты изучения их амбулаторных карт, историй болезни и родов. Показано, что репродуктивный потенциал женщины не зависит от наличия саркоидоза легких и внутригрудных лимфатических узлов. Выполнение ряда практических рекомендаций при активном саркоидозе позволит избежать осложнений как при беременности, так и после родов.

Ключевые слова: саркоидоз, репродуктивная функция.

Саркоидоз — это системный, относительно доброкачественный гранулематоз неизвестной этиологии, характеризующийся скоплением Т-лимфоцитов и мононуклеарных фагоцитов, образованием несекретирующих, неказеифицирующих эпителиоидно-клеточных гранул и нарушением нормальной архитектуры пораженного органа. Саркоидоз характеризуется накоплением CD4⁺ Т-лимфоцитов вследствие иммунного ответа Th-1 типа с высвобождением различных хемокинов и цитокинов [3, 8]. Значимость его влияния на состояние здоровья женщины и ее способности к рождению живого ребенка определяется эпидемиологией этого заболевания: более 60% больных на момент постановки диагноза были моложе 40 лет [4, 5, 7]; женщины, в структуре заболевших, составляют от 53% в Литве [1, 6], до 69,5% в Венгрии [1], в России — 62,3% [1, 7]. Вновь выявленные случаи чаще всего регистрируются в возрасте 20—50 лет с пиком в 30—39 лет, ²/₃ пациентов — женщины. В США распространенность саркоидоза в разных штатах и разных этнических группах колеблется от 5 до 100 на 100 тысяч населения. Наиболее часто саркоидоз встречается в скандинавских странах — до 64 на 100 тысяч населения. В России заболеваемость саркоидозом составляет 3,0 на 100 тысяч населения; аналогичный показатель в Республике Татарстан в 2000 г. составил 14,8 на 100 тысяч населения [8].

Цель настоящего исследования: оценка фертильности и гинекологического статуса у женщин, больных саркоидозом, с учетом особенностей акушерско-гинекологического анамнеза, анатомического и функционального состояния репродуктивной системы.

В ходе работы были осуществлены следующие этапы исследования:

— выполнен клинко-статистический анализ результатов анкетирования у 329 женщин с установленным саркоидозом (ретроспективное исследование);

— проанализированы результаты изучения амбулаторных карт, стационарных историй болезни и историй родов указанных пациенток.

Исследование проводилось в клиническом родильном доме в составе ГБУЗ «Городская клиническая больница № 7» и ГАУЗ «Городская клиническая больница № 16» г. Казани. Ключевой целью исследования было выявление гинекологических заболеваний, а также изучение влияния саркоидоза на течение беременности в зависимости от типа проявлений и активности процесса.

За период с февраля 2009 по февраль 2012 г. были изучены анкетные данные, амбулаторные карты, стационарные истории болезни и истории родов у 329 женщин, больных саркоидозом. Лечение больных курировал участковый терапевт после консультации пульмонолога. Возраст пациенток варьировал от 22 до 64 лет (в среднем 41,78 года). При сборе анамнеза было установлено, что менархе у 260 (79,4%) женщин наступили в 11—14 лет; у 7 (1,8%) наступление первой менструации затянулось до 16 лет и более; 62 (18,8%) обследуемых было в менопаузальном возрасте. Нарушения менструальной функции по типу гиперполименореи наблюдались у 52 (15,8%) женщин, гипоменореи — у 20 (6,1%).

При анализе репродуктивной функции получены следующие данные: 137 (41,6%) женщин имели две беременности, 58 (17,6%) — одну, 31 (9,4%) — три и более, у 8 (2,4%) беременностей не было. У 170 (51,7%) женщин беременность завершилась родами, у 114 (34,6%) — абортами, 45 (13,7%) — самопроизвольными выкидышами в I триместре беременности.

Было установлено (табл. 1), что активная фаза саркоидоза до беременности наблюдалась у 73 (22,2%) пациенток, из них у 52 (71,2%) возникла угроза прерывания беременности в I триместре (коэффициент корреляции $-0,060$).

Таблица 1

Данные возникновения угрозы прерывания беременности в зависимости от активности предшествующего течения саркоидоза

Активность саркоидоза во время беременности	Угроза выкидыша			
	не наблюдалось	I триместр	II триместр	III триместр
Неактивный	44	0	0	0
Латентное течение	147	18	0	26
Активный	16	52	5	0
Итого	207	70	5	26

Через естественные родовые пути были родоразрешены 249 (75,7%) беременных. Послеродовой период в 217 (66%) случаях протекал без осложнений, в 110 (33,4%) осложнился субинволюцией матки, в 2 (0,6%) — маститом.

Обострение саркоидоза после беременности имело место в 49 (14,9%) случаях, стойкая его ремиссия — в 189 (57,4%), дебют заболевания в позднем послеродовом периоде — в 82 (24,9%).

Приводим клиническое наблюдение больной К. 1972 г. рождения. Во время беременности на сроке 24 недели гестации у пациентки появилось чувство нехватки воздуха при физической нагрузке. В 26 недель службой скорой медицинской помощи женщина была доставлена в перинатальное отделение Республиканской клинической больницы в связи с сильной инспираторной одышкой, подозрением на ТЭЛА и сердечную недостаточность. В 32 недели была родоразрешена путем операции кесарева

сечение по поводу гестоза тяжелой степени. Через 20 дней после родоразрешения при сохраняющейся одышке больная поступила в гинекологическое отделение с жалобами на повышение температуры до 38 °С без катаральных явлений, ночные profузные поты, боли в суставах и костях, внизу живота с предварительным диагнозом гематомы предпузырной клетчатки. Получала массивную антибактериальную и дезинтоксикационную терапию. При обследовании на рентгенограмме органов грудной клетки выявлена двусторонняя лимфаденопатия легких, что было характерно для саркоидоза. Проведена верификация диагноза.

Заключительный диагноз: саркоидоз внутригрудных лимфатических узлов, стадия I.

В результате длительного гормонального лечения саркоидоза состояние больной стабилизировано.

В настоящее время пациентка продолжает получать соответствующее лечение. Течение заболевания по-прежнему сопровождается эпизодами обострений и ремиссий.

Из данного случая видно, что наличие активного саркоидоза во время беременности может крайне негативно повлиять на ее течение и в послеродовом периоде вызвать обострение саркоидоза с тяжелым течением, плохо поддающимся лечению.

В структуре гинекологических заболеваний у пациенток с саркоидозом преобладал железистый полипоз эндометрия — в 122 (37%) случаев, далее следовали миома тела матки — в 100 (30,4%), хронический сальпингоофарит — в 80 (24,3%). У 95 (28,9%) женщин гинекологической патологии в течение жизни не наблюдалось. При изучении времени возникновения у пациенток полипоза эндометрия нами установлено, что полипоз был диагностирован преимущественно в возрасте 31—47 лет (в среднем в 39 лет). Сопоставление данных гинекологической заболеваемости со стадией активного саркоидоза легких и внутригрудных лимфатических узлов показало, что при I и II стадиях саркоидоза полипоз эндометрия имел место в 102 (31%) и 105 (31,9%) случаях соответственно (коэффициент корреляции $-0,067$; $p < 0,05$). После установления диагноза было проведено лечение в объеме раздельного выскабливания полости матки с гистологической верификацией. В последующем все женщины получали гормональное лечение препаратами прогестерона с 16-го по 25-й день цикла в течение полугода. Рецидивов заболевания не наблюдалось.

Приводим два клинических наблюдения поражения репродуктивных органов саркоидозом.

1. У больной К. 1970 г. рождения диагноз саркоидоза был установлен в 1996 г. По поводу данного заболевания пациентка неоднократно была консультирована пульмонологом, получает соответствующее лечение по настоящее время. При первичном обращении на консультацию к гинекологу женщина жаловалась на сухой кашель, боли в суставах (особенно в коленных и голеностопных), покраснение кожи в виде эритемы, снижение зрения, слуха, общую слабость.

Из гинекологического анамнеза: менструальная функция не нарушена. Пациентка имела две беременности, первая из которых закончилась срочными родами, вторая — аборт, без осложнений. В 2009 г. перенесла anomальное маточное кровотечение без установления причины и хирургического вмешательства. Данные гинекологического осмотра были в пределах нормы. При проведении ультразвукового исследования органов малого таза выявлены признаки аденомиоза, полип эндометрия (размерами 3 мм в диаметре).

Предварительный диагноз: саркоидоз легких и внутригрудных лимфатических узлов, стадия I, верифицирован. Полип эндометрия.

Больной К. была произведена гистероскопия с раздельным выскабливанием цервикального канала и полости матки. Гистологическое заключение материала: в полипе — эпителиоидно-клеточный гранулематоз, гиперплазия эндометрия с отдельными участками с выраженной атипией клеток. С учетом выраженной атипии эндометрия выполнена надвлагалищная ампутация матки без придатков. Гистологическое заключение макропрепарата — железистая гиперплазия эндометрия, аденомиоз I стадии.

Заключительный диагноз: саркоидоз в полипе эндометрия, легких и внутригрудных лимфатический узлов, стадия I.

Пациентка А. 1979 г. рождения обратилась к гинекологу по поводу жалоб на зуд в области гениталий. Больна саркоидозом легких с 2000 г. Диагноз верифицирован. Получает терапию заболевания. При осмотре области вульвы обнаружены поражения кожи в виде узловой эритемы. Взята биопсия с места поражения. Гистологическая картина биоптата оказалась характерна для узловой эритемы при саркоидозе. С учетом полученных данных пересмотрены дозировки гормонального лечения саркоидоза: назначена более агрессивная терапия. Выраженность поражения саркоидоза вульвы уменьшилась.

Таким образом, изначально заподозренный доброкачественный или злокачественный процесс репродуктивных органов может оказаться саркоидной реакцией гениталий.

Исходя из полученных результатов исследования возможны следующие практические рекомендации:

— при ведении у женщины с активным саркоидозом до беременности показано раннее исследование гормональным статусом до 6 недель с целью исключения недостаточности прогестерона;

— в позднем послеродовом периоде необходима консультация пульмонолога и терапевта с целью назначения противорецидивной терапии саркоидоза;

— у пациенток, имеющих I и II стадии саркоидоза легких и внутригрудных лимфатических узлов, в возрасте 30—50 лет необходимо проводить постоянную диспансеризацию с использованием ультразвуковых методов исследования с целью раннего выявления гиперпластических процессов эндометрия;

— при обнаружении полипоза эндометрия показано оперативное лечение предпочтительно в объеме гистерорезектоскопии с обязательным гистологическим исследованием и гормональным лечением препаратами прогестерона с 16-го по 25-й день цикла в течение полугода.

Выводы

1. Репродуктивный потенциал женщины не зависит от наличия саркоидоза легких и внутригрудных лимфатических узлов. Беременности практически у всех пациенток наступали своевременно, без медицинского вмешательства как при активном течении указанного заболевания, так и при стойкой ремиссии саркоидоза.

2. Течение беременностей при отсутствии активного саркоидоза особенностей не имело.

3. У женщин с активным саркоидозом беременность часто (в 71,2%) сопровождалась угрозой ее прерывания.

4. Обострение или дебют саркоидоза может наблюдаться в позднем послеродовом периоде.

5. В структуре гинекологических заболеваний у женщин с исследуемой патологией преобладает железистый полипоз эндометрия (в 37%) с достоверной зависимостью от возраста пациентки (31—47 лет, в среднем 39).

6. Наличие железистого полипоза эндометрия чаще наблюдается у женщин, имеющих I и II стадии саркоидоза легких и внутригрудных лимфатических узлов.

ЛИТЕРАТУРА

- [1] Акушерство: Национальное руководство / Под ред. Э.К. Айламазяна, В.И. Кулакова, В.Е. Радзинского, Г.М. Савельевой. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007.
- [2] Радзинский В.Е. «Акушерская агрессия». — Изд. Медиабюро Статус презенс, 2011.
- [3] Радзинский В.Е., Ордянец И.М., Оразмурадов А.А. Женская консультация. — 3-е изд. — М.: ГЭОТАР-МЕДИА, 2009.
- [4] Радзинский В.Е., Князев С.А. Костин И.Н. Акушерский риск. Максимум информации — минимум опасности для матери и младенца. — М.: Эксмо, 2009. (Медицинская практика.)
- [5] Репродуктивное здоровье: Учеб. пособ. / Под ред. В.Е. Радзинского. — М.: РУДН, 2011.
- [6] Радзинский В.Е. Рук-во к практическим занятиям по гинекологии. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007.
- [7] Hermann G., Nagi C., Mester J., Tierstein A. Unusual presentation of sarcoidosis of the breast // Br. J. Radiol. — 2008. — Vol. 81 (969). — P. 231—233.
- [8] Vahid B., Mushlin N., Weibel S. Sarcoidosis in pregnancy and postpartum period // Current Respiratory Medicine Reviews. — 2007. — Vol. 3(1). — P. 79—83.

REPRODUCTIVE FUNCTION IN WOMEN WITH SARCOIDOSIS

I. Milova, I. Fatkullin

Department of Obstetrics and Gynecology number 2
of Kazan State Medical University
Chujkova, 56, Kazan, Russia, 420130

A. Vazel

Department of Phthisiopulmonology
of Kazan State Medical University
Butlerova, 49, Kazan, Russia, 420130

Reproductive function of female patients with sarcoidosis was studied. Clinical survey and analysis of patient cards, medical cards and labor cases were conducted to assess their fertility and gynecological status. It was found that female reproductive potential did not depend on lung and intrathoracic lymph nodes sarcoidosis presence. Implementation of some practical recommendations in active sarcoidosis lets to avoid pregnancy and postpartum complications.

Key words: reproductive function, sarcoidosis.