

УДК 618.3/.5-06-022.7: 616-018.2-007.17

Л.Н.Щетникова, В.Г.Анастасьева, Н.В.Трунченко

ВНУТРИМАТОЧНОЕ ИНФИЦИРОВАНИЕ КАК ГЛАВНЫЙ ФАКТОР ФОРМИРОВАНИЯ АКУШЕРСКОЙ ПАТОЛОГИИ У ЖЕНЩИН С ПРОЯВЛЕНИЯМИ НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ*Городской центр «СибнейромеД» СО РАМН, Новосибирск***РЕЗЮМЕ**

Исследованиями, выполненными у 336 пациенток с различными проявлениями недифференцированной соединительно-тканной дисплазии, показано, что высокая частота наблюдающихся у них осложнений беременности и родов, обусловлена хронической фетоплацентарной недостаточностью, в патогенезе которой первостепенное значение имеет внутриматочное инфицирование, происходящее в ранние сроки гестации из активизирующихся, вследствие выраженных нарушений иммунитета, множественных генитальных и экстрагенитальных инфекционных очагов. Возникший в 1 половину беременности внутриматочный инфекционно-воспалительный процесс нарушает гестационную перестройку маточно-плацентарных сосудов, что приводит к ишемии плаценты, выраженным нарушениям её структуры и плацентарно-плодового кровообращения; на заключительном этапе беременности он может также приводить к внутриутробному инфицированию плода и преждевременным родам.

Ключевые слова: недифференцированная дисплазия соединительной ткани, беременность, внутриматочное инфицирование, акушерская патология.

SUMMARY

L.N.Schetnikova, V.G.Anastasjeva, N.V.Trunchenko

INTRAUTERINE INFECTION AS A MAIN FACTOR FOR DEVELOPING OF OBSTETRIC PATHOLOGY IN WOMEN WITH SOME MANIFESTATIONS OF NONDIFFERENTIATED CONNECTIVE TISSUE DYSPLASIA

By researches executed in 336 patients with the different manifestations of nondifferentiated connective tissue dysplasia showed that high-frequency of complications during pregnancy and births observed in them were stipulated by chronic feto-placental deficiency. In pathogenesis of this deficiency the leading role belongs to intrauterine infection that takes place in early pregnancy because of multiple genital and extra-genital foci of infection activated due to the expressed disorders of immunity system. Intrauterine infection-inflammatory process developing in the 1 half of pregnancy breaks the process of gestation transformation of uterine-placental vessels and this causes ischemia in placenta, expressed disorders of its structure and placental-fetal blood circulation. At the final stage of pregnancy the intrauterine infection-inflammatory process

|| can result in fetus infection disease and premature births. ||

Key words: nondifferentiated connective tissue dysplasia, pregnancy, intrauterine infection, obstetric complications.

В последнее время внимание отечественных исследователей привлекает проблема неспецифической дисплазии соединительной ткани (НДСТ), поскольку количество пациентов с её клиническими проявлениями в популяции неуклонно возрастает, а вопрос об особенностях течения и исходах беременности у данной категории лиц изучен недостаточно и имеющиеся в литературе данные весьма противоречивы.

Мы поставили перед собой задачу выявить общие для различных висцеральных и локомоторных проявлений НДСТ особенности соматического и гинекологического анамнеза, течения беременности и родов, а также патологии новорожденных [3].

Материал и методы исследования

Было предпринято изучение особенностей соматического и гинекологического анамнеза, течения беременности и исхода родов у 336 женщин с проявлениями НДСТ: у 202 – с варикозной болезнью нижних конечностей (ВБНК), составивших 1 группу, у 46 – с нефроптозом (2 группа), у 38 – с грыжами передней брюшной стенки, (3 группа) и 50 – со сколиозом (4 группа). Все взятые под наблюдения беременные подверглись общеклиническому и специальному акушерскому обследованию, с помощью современных бактериологических и иммунологических методов у них определялась генитальная инфекция, производились УЗИ и кардиотокография, а после родов – патоморфологическое исследование последов, новорожденные находились под наблюдением опытных неонатологов.

Результаты исследования и их обсуждение

Изучение данных соматического и гинекологического анамнеза, показало, что во всех группах взятых нами под наблюдение женщин наблюдалась повышенная частота острых и хронических инфекционно-воспалительных заболеваний, особенно ЛОР-инфекций (среди которых превалировал хронический тонзиллит) и воспалительных заболеваний желудочно-кишечного тракта (в виде гастроэнтеритов и хронической гепатобилиарной патологии). В таблице 1 представлены данные о соматической и гинекологической заболеваемости взятых нами на учет пациенток с различными проявлениями синдрома НДСТ (значения в скобках – в процентах к общему количеству больных в исследуемой группе).

Таблица 1

Соматическая и гинекологическая патология у пациенток с проявлениями НДСТ

Виды патологии	1 группа	2 группа	3 группа	4 группа
<i>Инфекционно-воспалительные заболевания</i>				
Хронические ЛОР инфекции	89 (44,1%)	25 (54,3%)	16 (42,1%)	28 (56,0%)
Частые ОРВИ	30 (14,9%)	5 (10,9%)	5 (13,1%)	6 (12%)
Хронические воспалительные бронхолегочные заболевания	23 (11,4%)	5 (10,9%)	4 (10,5%)	8 (16%)
Хроническая воспалительная патология ЖКТ	65 (32,2%)	23 (50%)	11 (28,9%)	21 (42%)
Хронические пиелонефриты, циститы	40 (19,8%)	26 (56,5%)	4 (10,5%)	14 (28%)
Инфекционно-воспалительные заболевания гениталий	79 (39,1%)	25 (54,3%)	13 (34,2%)	12 (24%)
<i>Другие виды патологии, характерные для НДСТ [4]</i>				
Вегетососудистая дистония	62 (30,7%)	20 (43,5%)	10 (26,3%)	13 (26%)
Пролапс митрального клапана	12 (5,9%)	1 (2,2%)	0	2 (4%)
Аномальные хорды желудочков	12 (5,9%)	0	1 (2,6%)	3 (6%)
Нарушения ритма, проводимости	6 (3%)	3 (6,5%)	1 (2,6%)	4 (8%)
Патология рефракции	29 (14,3%)	10 (21,7%)	5 (13,1%)	16 (32%)
Гиперплазия щитовидной железы	13 (6,4%)	3 (6,5%)	0	8 (16%)
Остеохондроз	19 (9,4%)	6 (13%)	1 (2,6%)	8 (16%)
Плоскостопие	11 (5,4%)	4 (8,7%)	0	17 (34%)
<i>Другие виды гинекологической патологии</i>				
Псевдоэрозии шейки матки	104 (51,5%)	27 (58,6%)	16 (42,1%)	31 (62%)
Нарушения менструального Цикла	34 (16,8%)	11 (23,9%)	9 (23,7%)	19 (38%)
Бесплодие	17 (8,4%)	3 (6,5%)	1 (2,6%)	2 (4%)
Узкий таз	30 (14,9%)	2 (4,3%)	6 (15,9%)	9 (18%)
Самопроизвольные выкидыши у всех повторно беременных	37 (22,8%)	15 (44,1%)	7 (26,9%)	6 (21,4%)
Преждевременные роды у повторно рожавших	11 (9,5%)	3 (15%)	2 (13,8%)	0

В группе женщин с нефроптозами отмечалась высокая заболеваемость хроническим пиелонефритом. Инфекционно-воспалительные заболевания гениталий также с наибольшей частотой выявлялись у пациенток с нефроптозом (54,3%), а в других группах частота их колебалась от 24 до 39,1%, что тоже достаточно высоко.

Высокую инфекционно-воспалительную заболеваемость у изучаемых больных мы связываем с характерными для синдрома ДСТ нарушениями иммунитета [1].

Из соматических заболеваний, характерных для НДСТ, у женщин изучаемых групп наиболее часто наблюдались вегетососудистая дистония и нарушения рефракции (миопия, астигматизм) с детства. Из гинекологических заболеваний во всех группах часто выявлялись псевдоэрозии шейки матки, в патогенезе которых имеет значение как инфекционно-воспалительный фактор, так и гормональные нарушения.

Нарушения менструальной функции, отражающие имеющиеся у женщин нарушения гормонального гомеостаза, отмечены в изучаемых группах в 16-38% случаев, наиболее часто они выявлялись у пациенток со сколиозом. Особо характерной для НДСТ считается высокая частота самопроизвольных выкидышей [3, 4], что мы и наблюдали во всех изучаемых группах женщин.

Как известно, при наступлении беременности возникает умеренно выраженная иммунодепрессия, направленная на сохранение плода, который по своим свойствам является для матери наполовину чужеродным. У беременных с НДСТ, уже имеющиеся нарушения иммунитета, усугублялись, что привело у них к обострению собственной генитальной инфекции. У пациенток с НДСТ в ранние сроки беременности также часто возникали ОРВИ и обострения воспалительного процесса в имеющихся множественных экстрагенитальных инфекционных очагах. На фоне резко ослабленного иммунитета, присутствующая в организме пациенток с НДСТ инфекция активизировалась и всеми возможными путями – нисходящим (из маточных труб), восходящим (из влагалища и шейки матки), также гематогенным (из экстрагенитальных очагов) проникала в беременную матку, приводя к развитию внутриматочного инфекционно-воспалительного процесса, наличие которого было диагностировано у 45,9-69,2% взятых нами под наблюдение беременных.

Характер инфекции, выделенной из половых путей наблюдавшихся женщин был обычным для последних 10 лет – это условно-патогенная анаэробная (кишечная) микрофлора, грибы рода *Candida*, хламидии, микоплазмы и уреаплазмы, приобретающие патогенные свойства на фоне ослаблен-

ного иммунитета.

Особенности инфекций у беременных женщин с НДСТ отражены в таблице 2. Как известно, в 1 половину беременности интенсивно происходят процессы интравазальной трофобластической инвазии и гестационной перестройки плацентарных сосудов, необходимые для создания адекватного притока материнской крови к плаценте и обеспечения развивающегося плода достаточным количеством кислорода и питательных веществ. Возникающий в это время внутриматочный инфекционно-воспалительный процесс, нередко в сочетании с наблюдающейся у части пациенток с НДСТ патологией системы гемостаза [4], нарушает процессы трофобластической инвазии и гестационной перестройки плацентарных сосудов не происходит, в результате чего возникает ишемия плаценты и в её паренхиме развиваются выраженные дистрофические изменения, приводящие к нарушениям созревания ворсин хориона и плацентарно-плодового кровотока. Все эти изменения являются морфологическим субстратом хронической плацентарной недостаточности (ХПН).

В патогенезе ХПН, как показали выполненные нами исследования, большое значение также имеет, сопутствующий внутриматочному инфицированию, эндотоксикоз.

С устойчивым к лечению, длительно персистирующим в матке инфекционно-воспалительным процессом, прогрессированием ХПН и превращением её в фетоплацентарную недостаточность у пациенток с НДСТ связано большое количество осложнений беременности и родов (табл. 3).

Наиболее частыми гестационными осложнениями у пациенток с различными видами НДСТ, встречающимися в изучаемых группах примерно с одинаковой частотой, являлись угроза недонаши-

вания беременности, анемия и поздний гестоз, который к тому же у половины женщин был длительно текущим, а также хроническая внутриутробная гипоксия плода.

Внутриматочный инфекционно-воспалительный процесс и развившаяся фетоплацентарная недостаточность обусловили во всех изучавшихся нами группах женщин с НДСТ высокую частоту преждевременных родов, которая в 2,5-4 раза превышала таковую в нашем регионе в последние годы.

Из осложнений в родах у пациенток с НДСТ наиболее часто наблюдались несвоевременное излитие околоплодных вод, обусловленное преждевременным или ранним разрывом плодных оболочек, а также материнский родовой травматизм в виде разрывов шейки матки, стенок влагалища и промежности.

Данные о высокой частоте угрозы недонашивания, позднего гестоза, преждевременных родов, несвоевременного излития вод и материнского травматизма у пациенток с НДСТ подтверждаются и другими исследователями, работавших с несколько другими по своему составу группами больных с НДСТ [2, 5].

Обусловленное внутриматочным инфицированием и развившейся фето-плацентарной недостаточностью осложненное течение беременности и родов привели во всех группах пациенток с НДСТ к высокой заболеваемости новорожденных: в группе женщин с ВБНК она составила 779,6‰, с нефроптозом – 760,9‰, с грыжами – 578,9‰ и со сколиозом – 659,6‰.

Высокая ранняя неонатальная заболеваемость была связана у пациенток с НДСТ с большим числом внутриутробно инфицированных детей с гипотрофией, а также с наличием у новорожденных различных врожденных аномалий развития (ВАР).

Таблица 2

Инфекция во время беременности у женщин с проявлениями НДСТ

Виды патологии	1 группа	2 группа	3 группа	4 группа
ОРВИ в ранние сроки гестации	25 (12,3%)	13 (28,3%)	9 (23,6%)	15 (30%)
Обострение хрон.пиелонефрита	2 (1%)	4 (8,7%)	1 (2,6%)	6 (12%)
Гестационный пиелонефрит	20 (9,9%)	0	1 (2,6%)	3 (6%)
Влагалищный инфекционно-воспалительный процесс	161 (79,7%)	35 (76,1%)	29 (76,3%)	45 (90%)
<i>Характер шеечно-влагалищной генитальной инфекции</i>				
Бактериальный вагиноз и вагинозавагиниты	97 (48%)	36 (78,3%)	18 (47,4%)	24 (48%)
Кандидоз	69 (34,1%)	18 (39,1%)	11 (28,9%)	27 (54%)
Трихомониаз	18 (8,8%)	2 (4,3%)	0	5 (10%)
Хламидиоз	46 (22,7%)	4 (8,7%)	8 (21,1%)	12 (24%)
Уреаплазмоз	20 (9,9%)	3 (6,5%)	2 (5,2%)	8 (16%)
Микоплазмоз	4 (2%)	0	0	2 (4%)
Микстовая инфекция	41 (20,3%)	15 (32,6%)	6 (15,8%)	19 (38%)
Кондиломы вульвы	2 (1%)	0	0	2 (4%)
Носительство токсоплазмоза	6 (3%)	2 (4,3%)	0	3 (6%)
Носительство цитомегаловируса	12 (5,9%)	8 (17,4%)	1 (2,6%)	7 (14%)
Носительство герпетической инфекции	10 (4,9%)	5 (10,9%)	1 (2,6%)	10 (20%)
Внутриматочный инфекционно-воспалительный процесс	117 (57,9%)	21 (45,7%)	20 (52,6%)	36 (69,2%)

Таблица 3

Акушерские осложнения у пациенток с некоторыми проявлениями НДСТ

Виды патологии	1 группа	2 группа	3 группа	4 группа
<i>Осложнения беременности</i>				
Ранний токсикоз	38 (18,8%)	8 (17,4%)	4 (10,5%)	8 (16%)
Угроза недонашивания	115 (56,9%)	32 (69,6%)	25 (65,8%)	39 (75%)
Поздний гестоз	138 (68,3%)	30 (65,2%)	24 (63,1%)	36 (72%)
Анемия	105 (52%)	21 (45,7%)	16 (42,1%)	27 (54%)
Многоводие	24 (11,9%)	8 (17,4%)	5 (13,1%)	7 (14%)
Маловодие	24 (11,9%)	2 (4,3%)	3 (7,9%)	4 (8%)
Задержка развития плода	24 (11,9%)	9 (19,5%)	1 (2,6%)	8 (16%)
Хроническая гипоксия плода	86 (42,6%)	19 (41,3%)	15 (39,5%)	20 (40%)
<i>Осложнения родов</i>				
Преждевременные роды	33 (16,3%)	6 (13%)	5 (13,1%)	5 (10%)
Преждевременная отслойка плаценты	4 (1,4%)	1 (2,2%)	1 (2,6%)	1 (2%)
Несвоевременное излитие вод	82 (40,6%)	20 (43,5%)	16 (42,1%)	13 (26%)
Слабость и дискоординация родовой деятельности	35 (17,3%)	10 (21,7%)	8 (21,1%)	7 (14%)
Быстрые и стремит. роды	14 (6,9%)	2 (4,3%)	4 (10,5%)	3 (6%)
Материнский травматизм	50 (24,7%)	9 (19,6%)	11 (28,9%)	10 (20%)
Гипотонические кровотечения	4 (2%)	2 (4,3%)	3 (7,9%)	1 (2%)

Так внутриутробная гипотрофия наблюдалась у 49,5% детей от матерей с ВБНК, у 41,3% с нефроптозом, у 34,2% с грыжами и у 51,6% со сколиозом, а ВАР у 7,4% новорожденных 1 группы и 13% у 2 группы, 13,1% – 3 группы и у 19,3% – 4 группы.

Изучение структуры заболеваемости новорожденных показало, что во всех изучаемых группах у новорожденных наиболее часто наблюдались перинатальная патология ЦНС и инфекционно-воспалительные заболевания (чаще всего в виде пневмонии).

Перинатальная смертность отмечалась лишь в группе женщин с ВБНК и составила 15,0%. В остальных изучавшихся группах перинатальных потерь не было.

Выводы

1. Пациентки с различными клиническими проявлениями НДСТ характеризуются повышенной инфекционно-воспалительной соматической и гинекологической заболеваемостью, что связано с имеющимися у них нарушениями иммунитета.

2. Во время беременности у женщин с проявлениями НДСТ состояние иммунитета усугубляется, что проявляется обострениями имеющихся у них хронических инфекционно-воспалительных заболеваний, ОРВИ, высокой частотой влагалищной инфекции и в результате этого – высокой частотой внутриматочного инфицирования.

3. Возникший у пациенток с НДСТ в первую половину беременности внутриматочный инфек-

ционно-воспалительный процесс вследствие нарушений гестационной перестройки маточно-плацентарных сосудов приводит к формированию хронической плацентарной недостаточности.

4. Внутриматочное инфицирование и развившаяся фетоплацентарная недостаточность являются у пациенток с НДСТ главными причинами осложненного течения беременности и родов, высокой частоты преждевременных родов, а также высокой заболеваемости новорожденных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Клиническая и структурно-функциональная характеристика иммунной системы при дисплазии соединительной ткани [Текст]/А.В.Глотов: дис. ... д-ра мед. наук.-Новосибирск, 2003.-290 с.

2. Течение и исходы беременности у женщин с недифференцированной дисплазией соединительной ткани [Текст]/Клеменов А.В. [и др.]/Гинекология.-2005.-№12.-С.53-57.

3. Беременность и роды у больных с недифференцированной дисплазией соединительной ткани [Текст]/О.Б.Козина//Вопр. акуш., гинекол. и перинатол.-2007.-№1.-С.66-69.

4. Полиморфизм клинических проявлений синдрома соединительнотканной дисплазии [Текст]/Маколкин В.И. [и др.]/Тер. архив-2004.-№11.-С.77-80

5. Течение и исход родов для матери и плода при дисплазии соединительной ткани [Текст]/И.В.Савельева: автореф. дис. ... канд. мед. наук.-Омск, 2002.-21 с.

Поступила 22.10.2008