

Для оценки результатов анкетирования применяли методы описательной статистики; гипотезу о достоверности различий ($p < 0,05$) проверяли с помощью критерия Пирсона χ^2 .

Анализ заболеваемости показал, что среди всех обследованных всего 41% были практически здоровыми, то есть болели редко и не имели хронических заболеваний, снижающих их работоспособность. К данной категории пациенток были отнесены в 1, 2 и 3-й группах соответственно 69, 31 и 11% женщин ($p < 0,05$), наиболее актуальными для них были: хронический гастрит (4, 17 и 11%), хронический холецистит (4, 14 и 7%), заболевания щитовидной железы (1, 5 и 11%), ЛОР-заболевания (6, 10 и 11%), хронический пиелонефрит (1, 13 и 11%), хронический цистит (3, 4 и 14%), кольпит (21, 7 и 11%), эрозия шейки матки (8, 20 и 9%), аднексит (3, 20 и 25%). Структура заболеваемости свидетельствует о том, что состояние здоровья участниц исследования с возрастом ухудшается.

Доля респонденток, желающих сохранить беременность в случае ее наступления (подгруппы А), составила в 1, 2 и 3-й группах соответственно 38, 52 и 20% ($p < 0,05$), что указывает на сравнительно больший «репродуктивный резерв» женщин в возрасте до 35 лет. Доля опрошенных подгрупп А и Б в 1, 2 и 3-й группах, которые имели хронические заболевания, практически не различалась,

составляя 31 и 29% в 1-й, 86 и 87% во 2-й, 78 и 86% в 3-й соответственно.

Состояния здоровья респондентками расценено как «удовлетворительное» или «ниже удовлетворительного» в подгруппах А и Б соответственно в 1-й группе в 60 и 36% случаев ($p < 0,05$), во 2-й – в 55 и 54%, в 3-й – в 11 и 63% ($p < 0,05$). Женщины считали, что состояние здоровья является важным фактором планирования рождения детей, в 1-й группе – в 46 и 44% случаев (для подгрупп А и Б), во 2-й – в 71 и 31% ($p < 0,05$), в 3-й – в 100 и 83% соответственно.

Таким образом, состояние здоровья женщин репродуктивного возраста (15–45 лет) с возрастом ухудшается, при этом заболеваемость женщин, желающих и не желающих сохранить беременность в случае ее наступления, не различается.

Оценка женщинами значимости состояния своего здоровья как мотивационного фактора в репродуктивном выборе с возрастом повышается, но практически не реализуется.

Медицинским работникам следует проводить разъяснительную работу с женщинами, особенно раннего репродуктивного возраста, информировать их о роли профилактики заболеваний с целью сохранения репродуктивного здоровья и обеспечения рождения здорового потомства.

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

**Керимкулова Н. В.,
Никифорова Н. В.**

ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России

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

Цель исследования – изучить течение беременности, родов, состояние новорождённых у женщин, страдающих НДСТ.

В основную группу вошли 60 женщин в возрасте от 18 до 35 лет с внешними и висцеральными маркерами дисплазии соединительной ткани. Сопоста-

вимую по возрасту контрольную группу составили 60 женщин без вышеуказанных изменений.

Изучены жалобы, анамнез, проведено физикальное исследование, выполнены лабораторные анализы (общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови, коагулограмма, диагностика внутриутробной инфекции методом полимеразной цепной реакции), КТГ, УЗИ, доплерометрия.

У женщин основной группы выявлялось по 5–12 маркеров дисплазии. К ним относились: вегетососудистая дистония (в 100% случаев), астеническое телосложение (в 71%), особенности строения

скелета и связочного аппарата (гипермобильность суставов – в 50%, сколиоз – в 21%, уплощение свода стопы – в 58%, нарушение рефракции – в 64%, геморрагические проявления – в 43%, склонность к аллергическим реакциям – в 21%, эмоциональная неустойчивость – в 21%. Как висцеральные маркеры дисплазии соединительной ткани были отмечены аномалии развития сердечно-сосудистой (пролапс митрального клапана – в 36%) и мочевыделительной (нефроптоз – в 4%) систем, а также варикозное расширение вен нижних конечностей (в 63%).

В структуре гинекологической патологии в основной и контрольной группах чаще встречались нарушения менструальной функции (36 и 13% соответственно), воспалительные заболевания матки и придатков (43 и 27% соответственно).

В основной группе первобеременные составили 46%, повторобеременные – 54%, в контрольной группе – первобеременные – 63%, повторобеременные – 37%.

У женщин с НДСТ в анамнезе установлена высокая частота невынашивания и недонашивания (45%), причем привычное невынашивание выявлено у 29% пациенток, преждевременные роды – у 14%, гипотоническое кровотечение – у 7%, перинатальные потери – у 4%, погибшая беременность – у 4%.

Искусственное прерывание беременности путем медицинского аборта имело место у 21% женщин.

В контрольной группе искусственное прерывание беременности путем медицинского аборта встречалось у 17% пациенток, погибшая беременность – у 3%.

У женщин с НДСТ значительно чаще, чем в контрольной группе, отмечалось осложненное течение беременности и родов (100 и 67% соответственно, $p < 0,05$). В основной группе достоверно чаще ($p < 0,05$) имела место угроза невынашивания (86%) и недонашивания (50%), случаи сочетанных гестозов (71%), плацентарная недостаточность и хроническая внутриутробная гипоксия плода (86%), внутриутробная инфекция (21%), недонашивание беременности (11%), быстрые

роды (7%), разрывы промежности (36%), несвоевременное излитие вод (54%), дискоординация родовой деятельности (11%), гипотоническое кровотечение (14%). Симфизит отмечен у 11% беременных основной группы.

Путём кесарева сечения роды разрешились у 36% женщин с признаками НДСТ. В большинстве случаев кесарево сечение проводилось по сочетанным показаниям. У одной из рожениц основной группы с геморрагическими проявлениями имело место массивное коагулопатическое кровотечение, по поводу чего была выполнена простая экстирпация матки без придатков. У другой роженицы основной группы развилось гипотоническое кровотечение, была выполнена надвлагалищная ампутация матки без придатков. У пациентки, оперированной по поводу тяжелой формы гестоза, развилась ТЭЛА. Случай выворота матки имел место у женщины с признаками НДСТ.

В контрольной группе 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 новорожденных основной группы в 1,5 раза чаще встречалось ишемически-гипоксическое повреждение центральной нервной системы (80%), в 2 раза чаще – конъюгационная желтуха (26,1%) и геморрагический синдром (21,7%), имели место также гипертензивный синдром (14%), синдром задержки развития (7%), дисплазия тазобедренного сустава (4%).

В контрольной группе в структуре детской заболеваемости преобладали ишемически-гипоксическое повреждение центральной нервной системы и гипертензивный синдром.

Таким образом, женщины с НДСТ относятся к группе высокого риска формирования 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 неонатального периода.