

ПОРОКИ РАЗВИТИЯ МАТКИ, КАК ФАКТОР РИСКА АКУШЕРСКОЙ И ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ

Ганчар Е.П.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Кафедра акушерства и гинекологии

Актуальность. В последние годы наблюдается тенденция к увеличению частоты выявления пороков развития различных органов и систем, в том числе и пороков развития матки, что обусловлено, очевидно, как совершенствованием методов их диагностики, так и ухудшением экологической обстановки [1, 3, 5, 9, 11, 12]. Врожденные пороки развития матки встречаются с частотой 1:1000 перинатальных вскрытий девочек (удвоение и двурогая матка) и у 3,2% женщин репродуктивного возраста [2, 4, 8]. Пороки развития матки обнаруживаются у каждой 3-й женщины с бесплодием, у каждой 6-й с невынашиванием беременности или патологическими родами [6, 7, 9]. Причины возникновения пороков развития матки до настоящего времени недостаточно изучены. Большинство отечественных и зарубежных исследователей считают, что в генезе врожденных пороков развития матки лежат как наследственные факторы, так и воздействие вредных физических, химических и биологических агентов [2, 9]. Выявлено, что тяжесть пороков полового развития определяется как продолжительностью, так и интенсивностью воздействия повреждающих факторов [12]. Чаще всего имеет место воздействие нескольких неблагоприятных факторов [1, 4, 11, 12]. Процесс формирования половых органов довольно длителен по времени. Начинается он с 4-5 недели беременности и полностью заканчивается к 16-20 неделям беременности. На 8-9 неделе беременности, в результате слияния двух парамезонефральных протоков, формируется удвоенная матка, затем на 10-14 неделе формируется двурогая матка. Резорбция внутриматочной перегородки происходит на 11-17 неделе беременности [1, 6, 8, 10]. Наиболее уязвимым периодом формирования внутренних женских половых органов является 9-ая неделя онтогенеза [11]. Любое воздействие тератогенных факторов биологической, химической, физической природы в эти периоды онтогенеза может нарушить естественное течение процесса формирования внутренних половых органов [10].

Таким образом, пациентки с пороками развития матки представляют для акушеров-гинекологов довольно сложную группу больных, учитывая наличие у них в анамнезе бесплодия, невынашивания беременности. В то же время сведений о детях этих женщин очень мало. Некоторые исследователи [3] предполагают, что в потомстве женщин с врожденными пороками развития матки должна наблюдаться более высокая, чем в популяции, частота аномалий развития.

Цель настоящего исследования – изучение особенностей течения беременности, родов у женщин с врожденными аномалиями развития матки, определение частоты врожденных пороков развития у их детей.

Материалы и методы. Для достижения поставленной цели проведен сравнительный ретроспективный анализ течения беременности и родов у 102 пациенток. Основную группу составили 72 женщины с врожденными аномалиями развития матки. В эту группу вошли 35 женщин с двурогой маткой (48,6%), 22 – с седловидной маткой (30,6%), 11 – с перегородкой в полости матки (15,3%), 4 – с полным удвоением матки (5,5%). Группу сравнения составили 30 пациенток с нормальным развитием половых органов. Была изучена первичная документация: амбулаторные карты беременных, истории родов, истории развития новорожденных. Статистическая обработка данных проведена с использованием компьютерных программ EXCEL, STATISTICA 6,0. Для анализа полученных результатов использовались методы непараметрической статистики – сравнение групп осуществлялось с использованием критерия Манна-Уитни. Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение. Средний возраст женщин основной группы составил $26,5 \pm 2,17$ лет, контрольной – $24,4 \pm 2,6$ года ($p > 0,05$). При оценке конституциональных особенностей обнаружено, что росто-весовые показатели не отличались от таковых в популяции ($p > 0,05$), однако у 15 женщин (20,8%) с аномалиями развития матки имелись сужения таза, с преобладанием поперечно-суженного таза у 9 пациенток (12,5%), что отражает андронидные фенотипические особенности. В группе сравнения узкий таз был выявлен у 4 женщин (13,3%), с преобладанием общеравномерносуженного таза у 3 пациенток (10%), $p < 0,05$. При анализе перенесенных пациентками с пороками развития матки инфекционных заболеваний в детстве обращает на себя внимание высокая частота таких инфекций, как корь, краснуха, ветряная оспа и, особенно, ангина, грипп. При анализе соматической заболеваемости всех обследованных женщин статистически достоверных различий по большинству нозологий выявлено не было ($p > 0,05$). Однако в 3 (4,2%) случаях у женщин основной группы отмечены аномалии развития почек (аплазия почки – 1, дистопия почки – 1, полное удвоение почек и мочеточников – 1), в контрольной группе патологии развития почек не было ($p < 0,05$). У 4 (5,6%) пациенток основной группы выявлены врожденные пороки сердца, в контрольной группе данной патологии не было ($p < 0,05$).

Статистически значимых различий в менструальной функции женщин с пороками развития матки и женщин с нормальным развитием матки выявлено не было ($p > 0,05$). Средний возраст менархе женщин основной группы составил $13,18 \pm 1,01$ лет, контрольной – $13,43 \pm 1,82$ ($p > 0,05$). Регулярный менструальный цикл имел место в основной группе в 95,8% случаев, в контрольной группе в 96,7% случаев ($p > 0,05$). Выявлены достоверные различия в структуре гинекологических заболеваний в основной и кон-

трольной группе ($p < 0,05$). Среди гинекологических заболеваний преобладали: патология шейки матки (54,2% и 16,7%), неспецифические и специфические воспалительные заболевания (40,3% и 13,3%), $p < 0,05$. В нашем исследовании невынашивание отмечалось у 20,8% женщин основной группы, и у 6,7% - контрольной ($p < 0,05$). Бесплодие выявлено у 8,3% женщин с пороками развития матки, в контрольной группе данного осложнения не было.

Среди осложнений настоящей беременности в основной и контрольной группе выявлены статистически значимые различия ($p < 0,05$). У женщин с аномалиями развития матки достоверно чаще беременность осложнялась угрозой прерывания беременности (52,8%), гестозом (34,7%), хронической фетоплацентарной недостаточностью (16,7%), внутриутробной задержкой развития плода (12,5%), истмико-цервикальной недостаточностью (11,1%). В контрольной группе эти осложнения составили – 16,7%, 13,3%, 6,7%, 3,3%, 3,3%, соответственно.

Анализируя исходы 72 беременностей у женщин с пороками развития матки выявлено, что своевременными родами разрешилось 86,1% женщин, преждевременные роды зафиксированы в 13,9% случаев. В группе сравнения своевременными родами закончилось все беременности, преждевременных родов не отмечено ($p < 0,05$). Выявлены статистически значимые различия в способах родоразрешения женщин в сравниваемых группах ($p < 0,05$). Женщины из основной группы родоразрешены в 72,2% случаях путем операции кесарева сечения, через естественные родовые пути в 27,8%. В контрольной группе оперативным путем родоразрешены 23,3% пациенток, через естественные родовые пути – 76,7%.

Показаниями к оперативному родоразрешению в сравниваемых группах были следующие: тазовое предлежание плода (29,2% и 6,7%), оперированная матка в анамнезе (16,7% и 6,7%), полное удвоение матки (5,6%), миопия высокой степени (5,6% и 3,3%), аномалии родовой деятельности (5,6% данное осложнение выявлено только в основной группе), острая интранатальная гипоксия плода (2,8% в основной группе), гестоз длительно текущий, не поддающийся медикаментозной коррекции (1,4% в основной группе), преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (1,4% в основной группе), врожденный порок сердца у женщины (1,4% в основной группе), выпадение петель пуповины (1,4% в основной группе), косое положение плода (1,4% в основной группе).

Выявлены достоверные различия в частоте несвоевременного излития околоплодных вод: в основной группе данное осложнение выявлено в 47,2% случаев, в контрольной группе – 13,3% ($p < 0,05$).

В нашем исследовании 3 (4,2%) обследованных женщины курили до одной пачки сигарет в день до 5-6 недели беременности, 4 (13,3%) перенесли ОРВИ с субфебрильной температурой на 7-9 неделе беременности. В контрольной группе обследованных женщин факторов, приводящих к возможным аномалиям развития плода, выявлено не было.

Средняя масса новорожденных у женщин с пороками развития матки составила: 3060 ± 190 г, у женщин контрольной группы - 3420 ± 312 г ($p < 0,05$). Этот факт можно объяснить высоким процентом развития плацентарной недостаточности и внутриутробной задержкой развития плода. При осмотре новорожденных обследованных женщин с аномалиями развития матки отмечено наличие у 10 из 72 (13,9%) аномалии развития и стигмы дисморфогенеза, в контрольной группе данных особенностей развития выявлено не было. У 3 (4,2%) новорожденных диагностированы врожденные пороки сердца, у 3 (4,2%) - пороки развития желудочно-кишечного тракта, у 2 (2,8%) - пороки развития мочеполовой системы (аплазия почки - 1, головчатая гипоспадия - 1), у 1 (1,4%) - порок развития ЦНС, у 1 (1,4%) - стигмы дисэмбриогенеза.

Таким образом, в результате проведенного нами исследования установлено, что женщины с пороками развития матки представляют группу повышенного риска по невынашиванию беременности, осложнениям гестационного периода, оперативному родоразрешению. Суммарная частота врожденных пороков развития среди новорожденных плодов женщин с пороками развития матки составила 13,9%.

Литература:

1. Адамян, Л.В. Пороки развития матки и влагалища / Л.В. Адамян, В.И. Кулаков, А.З. Хашукоева. - Москва: Медицина, 1998. - 328 с.
2. Барашнев, Ю.И. Беременность высокого риска: факторы, гипотезы, домыслы. / Ю.И. Барашнев // Акушерство и гинекология. - 1991. - №1. - С.13-21.
3. Кириллова, Е.А., Анализ исходов беременностей у женщин с пороками развития матки и частоты врожденных пороков развития у их потомства / Е.А. Кириллова, Н.М. Побединский, О.К. Никифорова // Акушерство и гинекология. - 2007. - №1. - С.8-11.
4. Давыдов, С.Н. Пороки развития матки и их хирургическая коррекция в целях восстановления генеративной функции / С.Н. Давыдов, В.М. Орлов, М.М. Левит // Акушерство и гинекология. - 1987. - №11. - С.13-15.
5. Abuhamad, A. Standardization of 3-dimensional volumes in obstetric sonography: a required step for training and automation / A. Abuhamad // J. Ultrasound Med. - 2005. - Vol.24. - P.397-401.
6. Acien, P. Complex malformations of the female genital tract. New types and revision of classification / P. Acien, M. Acien // Hum. Reprod. - 2004. - Vol.19, №10. - P.2377-2384.
7. Airolidi, J. Transvaginal ultrasonography of the cervix to predict preterm birth in women with uterine anomalies / J. Airolidi, V. Berghella // Obstet Gynecol. - 2005. - Vol.106, №3. - P.553-556.

8. Bega, G. Three-dimensional ultrasonography in gynecology: technical aspects and clinical applications/ G.Bega, A.Lev-Toaff//J. Ultrasound Med.-2003.- Vol.22.- P.1249-1269.
9. Berghella, V. Ultrasound assessment of the cervix/ V.Berghella// Clin. Obstet. Gynecol.- 2003.- Vol.46.- P.947-962.
10. Bonilla-Musoles, F. Congenital Mullerian anomalies: diagnostic accuracy of three-dimensional ultrasound / F. Blanes , J.Osborne //Fertil Steril.- 1996.- Vol.65,№3.- P.523-528.
11. Brandner, P. Uterine and fetal findings at hysteroscopic evaluation of spontaneous abortions before D&C/ P.Brandner, K.J.Neis // J. Am .Assoc. Gynecol Laparosc. -2001,- Vol.8, №4.- P.552-557.
12. Braun, P. Is hysterosalpingography able to diagnose all uterine malformations correctly? A retrospective study/ P.Braun, F.V.Grau // Eur. J. Radiol.-2005.- Vol.53, №2.- P.274-279.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ

Горбачевский П.Р.

*УО «Гродненский государственный медицинский университет»
2-я кафедра детских болезней*

Мочекаменная болезнь (МКБ) занимает ведущее место в структуре урологической заболеваемости. По литературным данным, около 5-10% всего населения Европы и Северной Америки страдают уролитиазом. По тем же данным в индустриально развитых странах ежегодно проявляется 1500-2000 случаев первичного камнеобразования на 1 млн населения [1]. Беларусь является эндемичным районом по МКБ, с уровнем первичной заболеваемости 100,0 на 100 тыс. населения.

В течение периода времени с 1994 по 2005 гг. наиболее высокий уровень общей заболеваемости МКБ отмечался в г. Минске, а наиболее значительные темпы прироста – в Брестской (105%), Гродненской (90%) и Минской (89%) областях [2].

Особую актуальность представляет изучение заболеваемости среди подростков. Так, рост общей заболеваемости у данного контингента с 1994 по 2005 гг. составил 69%, а первичной – 95%.

Данные по общей заболеваемости детей болезнями мочеполовой системы представлены в таблице 1.