

Клинико-морфологические особенности шейки матки у женщин с быстрыми и стремительными родами

М.Е.Железова, Л.И.Мальцева, Т.П.Зефирова

ГБОУ ДПО Казанская государственная медицинская академия Минздрава России

Резюме

В статье представлен ретроспективно-проспективный анализ особенностей течения беременности и исходов быстрых и стремительных родов у 115 женщин при доношенных сроках беременности. Изучены морфологические и иммуногистохимические свойства шейки матки у этой категории женщин.

Ключевые слова: быстрые и стремительные роды, шейка матки, морфологический анализ, иммуногистохимический анализ.

Clinical characteristics and pathogenesis of rapid and precipitous labor in women

ME.Gelezova, LI.Malceva, TP.Zepirova

Summary

Article presents retrospective-prospective analysis of pregnancy course and outcomes of rapid and precipitous labor in 115 women with term pregnancies. Morphological and immunohistochemical characteristics of the cervix were studied.

Key words: rapid and precipitous labor, cervix, morphological analysis, immunohistochemical analysis.

Сведения об авторах

Железова Мария Евгеньевна – канд. мед. наук, доц. каф. акушерства и гинекологии №1 ГБОУ ДПО КГМА. E-mail: gelezovam@gmail.com

Мальцева Лариса Ивановна – д-р мед. наук, проф., зав. каф. акушерства и гинекологии №1 ГБОУ ДПО КГМА

Зефирова Татьяна Петровна – д-р мед. наук, проф. каф. акушерства и гинекологии №1 ГБОУ ДПО КГМА

Родовой акт является ключевым событием гестации, он во многом определяет перинатальные исходы и последующее здоровье матери и ребенка. Поэтому рациональное и бережное ведение родов представляет собой одну из основополагающих задач акушерской практики. Современной тенденцией, которая отмечается практически повсеместно, оказалось уменьшение средней продолжительности родового акта. Показано, что с каждым десятилетием она становятся короче примерно на 1 ч [1]. Закономерно, что на этом фоне возрастает удельный вес родов, имеющих ускоренное течение и попадающих в категорию быстрых и стремительных [2]. На сегодняшний день они встречаются с частотой 8–10% [3], и это требует научной трактовки с формированием четкого отношения к данной проблеме. К сожалению, в настоящее время не выделены причины и факторы риска быстрых и стремительных родов, не определены меры профилактики и тактика ведения. Хотя имеются сведения об их неблагоприятном влиянии на состояние женщины и новорожденного, а также данные о возможных негативных отдаленных последствиях [4].

Традиционно все роды, протекающие быстрее общепринятых норм, отечественные акушеры ассоциируют с гиперактивной родовой деятельностью и при статистическом учете относят к категории аномалий родовой деятельности (МКБ-10, шифр O62.3). В мировой же практике в этом разделе учитываются только стремительные роды (rapid labor), главной характеристикой которых является не продолжительность течения, а скорость открытия шейки матки (ШМ) и поступательного движения головки плода [5]. В то же время есть мнение, что в генезе ускоренных родов определенное и, возможно, немалое значение имеет качество ШМ и ее структурные особенности, приводящие к тому, что обычная по силе схватки максимально полно конвертируется в работу по преодолению резистентности тканей шейки [3, 6]. Однако систематических исследований по данному вопросу до настоящего времени не проводилось, и в научной литературе отсутствуют данные о морфофункциональных характеристиках ШМ у женщин, рождающих быстро.

Цель исследования – изучить морфологические особенности ШМ у женщин с быстрыми и стремительными родами при доношенной беременности.

Материал и методы

В исследовании приняли участие 148 женщин, завершивших беременность срочными консервативными родами на сроках 38–41 нед. У 115 из них роды носили быстрый или стремительный характер, эти пациентки составили основную (I) группу наблюдения. Другие 33 женщины имели стандартную продолжительность родового акта и были отнесены к группе сравнения (II). В зависимости от наличия перинатальных осложнений женщины I группы были разделены на две подгруппы – IA и IB. В подгруппу IA были отнесены женщины, реализовавшие быстрые или стремительные роды, но не имевшие осложнений со стороны матери и плода (n=31). Критерии включения в подгруппу IB (n=84) – острая интранатальная гипоксия плода, отслойка нормально расположенной плаценты, травмы мягких тканей родовых путей у матери, патологическая кровопотеря у матери, осложнения раннего неонатального периода у новорожденного. У обследуемых женщин был проведен лонгитудинальный ретроспективно-проспективный анализ течения беременности, родов, послеродового периода, а также оценен ранний неонатальный период новорожденных. Для уточнения характера родовой деятельности, помимо клинического наблюдения, использовались ведение партограмм и мониторинг схваток с помощью кардиотокографа (Analogic Corporation, Peabody, MA, США) с последующей их количественной оценкой в единицах Монтевидео. Проведено морфологическое и иммуногистохимическое исследование биоптатов влажной части ШМ, полученных в раннем послеродовом периоде от 70 пациенток с быстрыми и стремительными родами и 18 родильниц группы сравнения. На проведение биопсии имеются разрешение этического комитета и информированное согласие женщин. Окраска гистологических срезов осуществлялась гематоксилином и эозином, а также пикрофуксином по Ван-Гизону. Иммуногистохимическое исследование биоптатов выполнялось с использованием моноклональных анти-

Рис. 1.

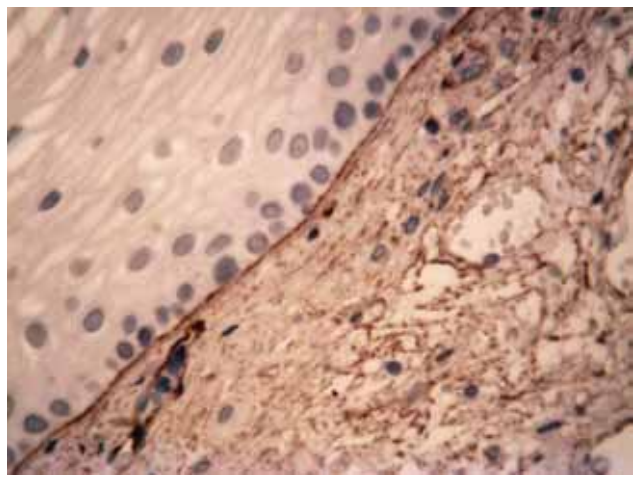


Рис. 3.

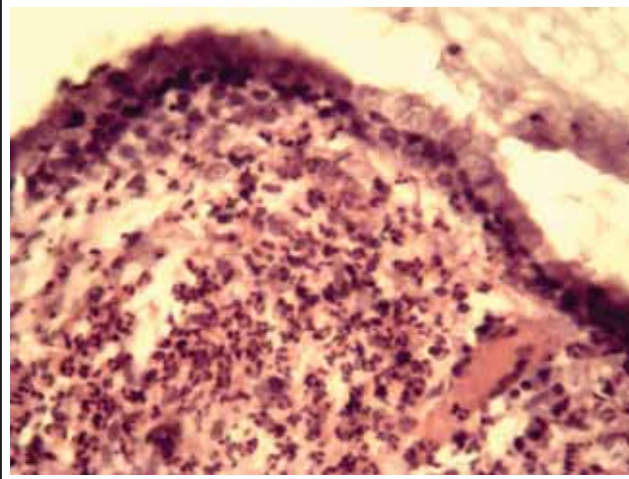


Рис. 2.

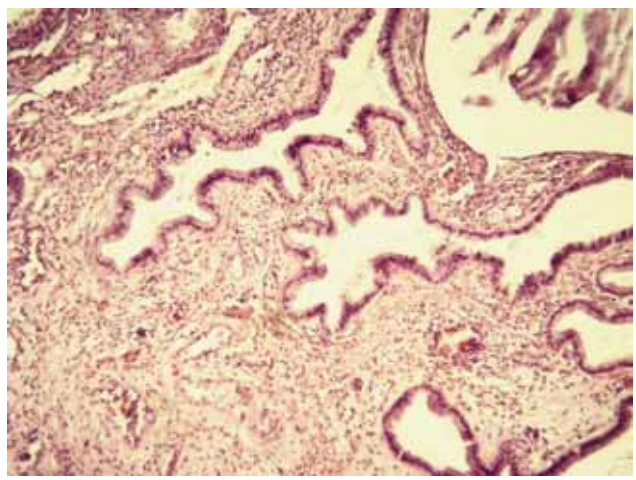
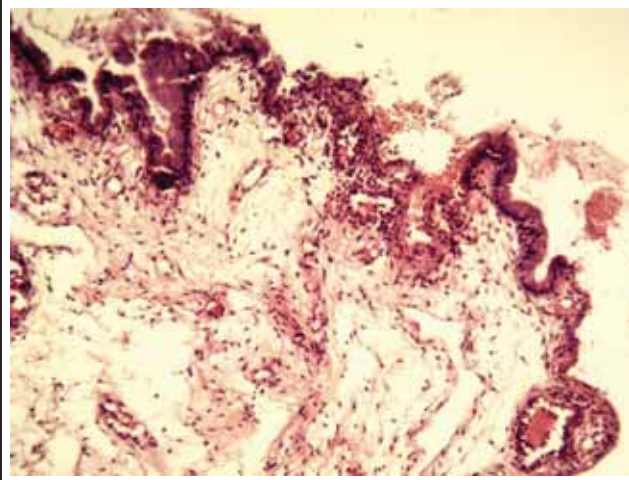


Рис. 4.



тел (МКАТ) к панцитокератинам – специфичным к эпителию, CD31-специфичным к эндотелию, десмин-специфичному к мышечной ткани, виментин-специфичному к фибробластам и соединительной ткани, коллагену 4-го типа – специфичному к базальным мембранам (Lab Vision, BioGenex).

Статистические методы

Статистическая обработка данных была сделана с использованием пакета прикладных программ Statistica 6. Все величины приводятся в виде среднего значения \pm стандартное отклонение. Величина $p < 0,05$ считалась статистически значимой.

Результаты и обсуждение

Полученные данные показали, что женщины основной группы и группы сравнения не различались по возрасту (в среднем $28,3 \pm 3,6$ и $27,8 \pm 3,2$ года соответственно, $t = -0,6$, $p = 0,53$). Абсолютно идентичными оказались и росто-весовые показатели. Средний индекс массы тела в I группе равнялся $25,3 \pm 2,4$, во II группе он составил $25,5 \pm 2,1$ ($t = -0,23$, $p = 0,8$). Не установлено различий и по паритету, т.е. пропорция перво- и повторнородящих женщин в группах была идентичной ($t = -0,9$, $p = 0,32$). Следовательно, оказаться быстрыми (стремительными) могли как повторные, так и первые роды, причем с равной долей вероятности ($t^s = -0,08$, $p < 0,05$).

Сбор семейного анамнеза позволил выявить интересную закономерность. Оказалось, что из 92 женщины основной группы, сумевшие ответить на вопрос о наличии быстрых (стремительных) родов среди родственниц по материнской линии, 59 (64%) пациенток дали утвердительный ответ. В группе сравнения ни одна из 25 женщин, принимавших участие в анкетировании, не отметила этой анамне-

стической особенности ($\chi^2 = 32,3$, $p = 0,00$). Установлено наличие значимой связи ($t^s = 0,45$, $p < 0,05$) между присутствием быстрых (стремительных) родов в семейном анамнезе и реализацией их у женщины. Шансы быстрых родов увеличивались в 13 раз ($b = 2,59$, Wald's $\chi^2 = 6,05$, $p = 0,01$).

Соматический анамнез оказался отягощенным в большинстве случаев у женщин обеих групп, но пациентки с быстрыми (стремительными) родами вдвое чаще имели комбинированную экстрагенитальную патологию, это наблюдалось в 53,9% случаев (против 27,2% в группе сравнения, $\chi^2 = 7,29$, $p = 0,006$). В структуре заболеваний у них преобладали болезни органов дыхания, сердечно-сосудистой системы и желудочно-кишечного тракта. Подобные особенности соматического анамнеза в совокупности с другими симптомами и анамнестическими знаками позволили установить наличие признаков неспецифической дисплазии соединительной ткани (НДСТ) у абсолютного большинства пациенток I группы (87%), в то время как в группе сравнения этот показатель был несколько ниже и равнялся 57% ($\chi^2 = 14,5$, $p = 0,002$). Однако главные различия заключались не в частоте, а в степени выраженности данной патологии. В частности, у женщин основной группы в 76 случаях из 100 наблюдалась комбинация нескольких признаков полиорганных проявлений НДСТ [7, 8], и средний балл составил 4,31. В группе сравнения только у 2 из 19 пациенток установлено наличие одновременно двух признаков НДСТ, а средний балл равнялся 1,57. Значимость различий этих показателей ($\chi^2 = 30,3$, $p = 0,000$) позволяет оценить патологию соединительной ткани как симптомокомплекс, тесно связанный с особенностями родового акта у женщин I группы.

Изучение гинекологического и акушерского анамнеза не показало различий в частоте заболеваний половой сферы у

пациенток сравниваемых групп ($\chi^2=1,8$, $p=0,18$; $\chi^2=0,29$, $p=0,54$). Однако обнаружился один интересный факт. В анамнезе у повторнородящих женщин I группы в 53% случаев имелись быстрые или стремительные роды, в группе сравнения этот показатель составил только 7% ($\chi^2=9,8$, $p=0,01$).

Анализируя особенности течения настоящей беременности и соотнося их с перинатальными исходами, мы обнаружили, что основная группа с подобной точки зрения не представляла собой однородной совокупности. В связи с этим возникла необходимость разделить ее на две подгруппы: в IA были сгруппированы женщины, беременность у которых завершилась благополучно, роды не сопровождались особенностями (за исключением их ускоренного темпа), течение раннего неонатального периода у ребенка было неосложненным. Таких наблюдений было только 27%. В подгруппе IB оказались пациентки с различными интра- и перинатальными осложнениями. Их было существенное большинство – 73% ($p=0,00$).

В целом у женщин основной группы среди осложнений беременности преобладала инфекционная патология с преимущественной локализацией в нижних отделах половых путей. В подгруппе IA она диагностирована в 41% наблюдений и обычно была представлена одним эпизодом кольпита. В другой подгруппе этот показатель достигал 80%, и у каждой 4-й женщины имелось 2 и более очага урогенитальной инфекции ($\chi^2=5,5$, $p=0,01$). Кроме того, частота рецидивирующих форм здесь составила 50% (против 22% в подгруппе IA, $\chi^2=4,7$, $p=0,03$). В группе сравнения инфекционные осложнения имели место в 30% случаев.

Другим типичным осложнением оказалась угроза прерывания беременности. Она была отмечена в 38,7 и 58,3% соответственно в подгруппах IA и IB ($\chi^2=3,6$, $p=0,06$), что значительно превышало показатель группы сравнения (15%, $\chi^2=4,5$, $p=0,03$). Но основная разница между подгруппами заключалась в том, что у женщин с перинатальными осложнениями угроза прерывания беременности, как правило, носила рецидивирующий характер и в каждом 6-м случае реализовалась на протяжении всех 3 триместров.

Оценка состояния внутриутробного плода в III триместре беременности позволила выявить косвенные признаки его страдания по данным ультразвукового исследования лишь в 3% случаев в подгруппе IA и в группе сравнения. В то же время в подгруппе IB ультразвуковые маркеры фетоплацентарной недостаточности были установлены в 24% наблюдений, причем в половине этих случаев диагностировался синдром задержки роста плода ($\chi^2=6,8$, $p=0,009$). Кроме того, только в этой подгруппе отмечалась патология околоплодных вод (мало- и многоводие) – в 11% наблюдений ($\chi^2=3,7$, $p=0,05$).

По условиям исследования роды у всех женщин происходили на сроке 38–41 нед. Исходное состояние ШМ накануне родов оказалось более подготовленным в подгруппе IA. По шкале Бишоп оно оценивалось в $8,7 \pm 0,12$ балла и не отличалось от характеристик группы сравнения. В подгруппе IB зрелость ШМ была ниже – $6,9 \pm 1,4$ балла ($\chi^2=4,8$, $p=0,03$).

Важной отличительной особенностью был тот факт, что у женщин с благоприятными исходами родов в 83% случаев родовая деятельность начиналась спонтанно и формировалась в условиях сохраненной амниотической жидкости. Напротив, в подгруппе IB у 34 (40%) из 84 пациенток либо проводилась индукция родов (плановая амниотомия) по тем или иным показаниям, либо имело место преждевременное излитие околоплодных вод до начала родовой деятельности ($z=2,7$, $p=0,005$). Связь между индукцией родов и перинатальными осложнениями оказалась не сильной, но статистически достоверной ($r^s=0,26$, $p<0,05$). В целом несвоевременное излитие околоплодных вод наблюдалось в этой подгруппе в 75% наблюдений, что существенно превосходило уровень и подгруппы IA, и группы сравнения ($\chi^2=5,7$, $p=0,016$).

При осуществлении контроля за характером родовой деятельности нами было отмечено, что в абсолютном большинстве наблюдений она носила физиологический характер и не была чрезмерно активной ни по частоте, ни по продолжительности, ни по силе схваток. Бурные схватки

были зафиксированы только в 4 из 84 наблюдений подгруппы IB, в другой подгруппе таких случаев не было. И тем не менее все роды носили ускоренный характер, средняя их продолжительность, не различаясь по подгруппам, составила $246,5 \pm 78,3$ и $248,7 \pm 81,5$ мин соответственно ($t=-0,11$, $p=0,9$). Под временные критерии, соответствующие нормативам стремительных родов, попадали 2 случая из подгруппы IA и 10 – из подгруппы IB (различия в частоте не носили значимый характер, $\chi^2=0,7$, $p=0,39$).

Переходя к анализу осложнений, возникших интра- и перинатально, подчеркнем, что все женщины, их имевшие, согласно дизайну исследования были отнесены в подгруппу IB. В подгруппе IA подобных пациенток не было по условиям включения. Таким образом, у пациенток подгруппы IB отмечены следующие осложнения: родовой акт сопровождался внутриутробной гипоксией плода в 44% случаев, у 5 (6%) женщин имела место частичная преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты. Травмы мягких тканей родовых путей матери присутствовали в 54% наблюдений. Лидировал по частоте разрыв промежности – он произошел практически у каждой 3-й родильницы, и на его долю пришлось более 50% всех травм. Разрыв ШМ случился у 13% женщин, травма стенок влагалища – у 5%. При сравнении этих показателей с характеристиками II группы установлено, что у женщин с нормальной продолжительностью родов статистически реже отмечались разрывы ШМ ($\chi^2=4,77$, $p=0,29$). Патологическая кровопотеря выявлена в 8% случаев, средний ее объем составил $571,4 \pm 40,3$ мл. Массивных кровотечений не было. В целом в подгруппе IB средняя кровопотеря (без учета случаев кровотечений) составила $248,7 \pm 36,2$ мл и не отличалась от показателя группы сравнения ($234,8 \pm 30,6$ мл, $p>0,05$).

Все дети от женщин, включенных в исследование, родились живыми. Средняя масса тела при рождении в подгруппе IB составила $3478,9 \pm 472,9$ г и не отличалась от этого показателя в подгруппе IA и группе сравнения ($t=1,66$, $p=0,09$). Однако удельный вес новорожденных с низкой массой или, напротив, крупных был иным. Таких детей суммарно в подгруппе IB оказалось 34%, и это вдвое превышало показатели двух других совокупностей ($\chi^2=3,68$, $p=0,05$). Средняя оценка по шкале Апгар на 1-й минуте составила $6,17 \pm 1,7$ балла (в группе сравнения она была выше – $7,24 \pm 1,6$, $t=2,05$, $p=0,004$). Процент детей, родившихся в состоянии гипоксии, оказался равным 77. Тяжелая степень этой патологии имела у 14% новорожденных. Осложнения раннего неонатального периода имели место у 80 из 84 женщин. В структуре осложнений преобладали перинатальная патология центральной нервной системы (47%), желтуха новорожденных (37%), геморрагический синдром (25%) и постгипоксические состояния (26%). Внутрижелудочковые кровоизлияния были диагностированы в 11% случаев, признаки внутриутробного инфицирования – в 7%. Более чем у половины (59%) детей имела комбинация осложнений раннего неонатального периода. Это потребовало интенсивного наблюдения и лечения, и в 31% случаев возникла необходимость перевода ребенка на второй этап выхаживания.

Поскольку полученные нами данные свидетельствовали о том, что причиной быстрых и даже стремительных родов в абсолютном большинстве случаев являлась не бурная родовая деятельность, а ускоренный темп раскрытия маточного зева на фоне стандартных схваток, возникла необходимость оценить структурные особенности ШМ у этой категории женщин. Комплексное гистологическое и иммуногистохимическое исследование биоптатов ШМ было выполнено у 24 пациенток из подгруппы IA, 46 – из подгруппы IB и у 18 женщин из группы сравнения.

Оказалось, что у женщин с нормальной продолжительностью родов влагалищная часть ШМ имела типичное гистологическое строение и на всем протяжении была покрыта многослойным плоским неороговевающим эпителием с наличием сосочков подэпителиальной соединительной ткани, проникающих в его толщу. Иммуногистохимически в эпителиальной выстилке выявлялась равномерная экспрессия МКАТ к панцитокератинам. Базальная мембрана эпителия четко контурировалась МКАТ к коллагену 4-го

типа в виде непрерывной тонкой полосы (рис. 1). Строма ШМ была разрыхлена, отечна, с наличием диффузно разбросанных нейтрофилов, лимфоцитов и клеток моноцитарного ряда. В ней определялись как мышечные, так и соединительнотканые структуры с преобладанием последних. Иммуногистохимически это подтверждалось реакцией МКАТ к десмину и виментину. Кровеносные сосуды стромы были резко расширены, полнокровны, иногда с образованием кавернозных структур. В эндотелии сосудов проявлялась ярко выраженная экспрессия МКАТ к CD31-антигену, а в базальных мембранах – к коллагену 4-го типа.

У пациенток подгруппы IA (n=24) обнаруживались значительные изменения эпителиальной выстилки и стромы. Так, у 20 женщин многослойный плоский эпителий на отдельных участках замещался однослойным призматическим цервикального типа. При этом в одних случаях данный эпителий располагался только на поверхности, а в других (n=11) погружался в глубину шейки с образованием желез, которые имели ветвистое строение (рис. 2). Иногда железистые структуры выступали над поверхностью с формированием папиллярных образований. Иммуногистохимический анализ показывал равномерную окраску призматического эпителия при использовании МКАТ к панцитокератинам. В то же время заметно повышалась экспрессия МКАТ к виментину в окружающей железу строме. В 16 случаях были обнаружены признаки эпидермизации, когда однослойный призматический эпителий начинал вытесняться многослойным плоским. Этот процесс осуществлялся двумя способами. Так, при 1-м варианте многослойный плоский эпителий ШМ, подрастая под призматический, проникал в эрозионные железы, пока полностью не замещал их контуры. При 2-м варианте за счет пролиферации резервных клеток появлялся новообразованный плоский эпителий, который также заменял призматический. Иммуногистохимически в участках эпидермизации определялась экспрессия МКАТ к панцитокератинам, а в базальных мембранах – МКАТ к коллагену 4-го типа. В строме, окружающей эпителий, преобладали фибробластические элементы при незначительном содержании мышечных, что выявлялось МКАТ к виментину и десмину.

У женщин подгруппы IB (n=46) наблюдались практически все описанные изменения, только в более выраженной степени. Так, наряду со стационарным и заживающим вариантами эктопии часто встречалась ее прогрессирующая форма, характеризующаяся увеличением числа эрозионных желез (n=32). Из них образовывались многослойные пласти с наличием просветов округлой или овальной формы в виде кривозных структур. Иммуногистохимический анализ указанных образований показывал неравномерную экспрессию МКАТ к панцитокератинам в разных эпителиальных клетках. Базальные мембраны при этом были фрагментированы, неравномерно утолщены или расщеплены, что выявлялось МКАТ к коллагену 4-го типа. Реакция МКАТ к виментину рядом с пролиферирующими железами демонстрировала большое количество фибробластов и соединительнотканых волокон, плотно окружающих железистые структуры. Определенные особенности в этой группе имел и процесс эпидермизации. Многослойный плоский эпителий часто был значительно утолщен с признаками ороговения. Встречались случаи его дисплазии с базально-клеточной гиперреактивностью. В 34 случаях зафиксирована воспалительная реакция с выраженной нейтрофильной инфильтрацией (рис. 3), что сопровождалось десквамацией эпителия с образованием на отдельных участках истинной эрозии (рис. 4). Отличительной особенностью явилось обнаружение выраженных склеротических изменений. Иммуногистохимическое исследование при этом показывало значительную экспрессию МКАТ к виментину и сниженную – к десмину, как в сосудистых стенках, так и периваскулярно.

Таким образом, у пациенток подгруппы IB имели место патологические проявления, определяемые согласно классификации Всемирной организации здравоохранения как цервицит. Его течение сопровождалось уменьшением количества мышечных элементов ШМ, экспрессирующих десмин, с параллельным увеличением соединительноткан-

Дефицит йода во время беременности увеличивает вероятность¹:

- выкидыша
- мертворождения
- врожденных аномалий развития
- нарушений нервно-психического развития будущего ребенка

Йодомарин®

Калия йодид

ЗДОРОВЬЕ МАТЕРИ – ЗДОРОВЬЕ РЕБЕНКА



Йодомарин®

восполняет суточную потребность в йоде

- способствует поддержанию здоровья будущей и кормящей мамы
- способствует правильному развитию малыша

¹WHO, UNICEF. Iodine deficiency in Europe: a continuing public health problem, Geneva: WHO, 2007.

ЙОДОМАРИН® МНН: калия йодид. **ЛЕКАРСТВЕННАЯ ФОРМА:** таблетки. **ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ:** профилактика эндемического зоба (особенно у детей, подростков, беременных и кормящих женщин); профилактика рецидива зоба после его хирургического удаления или после окончания медикаментозного лечения препаратами гормона щитовидной железы; лечение диффузного эутиреозного зоба, вызванного дефицитом йода у детей, подростков и у взрослых до 40 лет. **ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ:** гипертиреоз; повышенная чувствительность к йоду; токсическая аденома щитовидной железы; узловой зоб при применении в дозах более 300 мкг/сут (в исключительных профилактических случаях терапии с целью блокады щитовидной железы); секреторный (старческий) дерматит Дерива. **Препарат не следует применять при беременности, за исключением тех случаев, когда развитие последнего вызвано выраженным дефицитом йода. Назначение препарата следует избегать при терапии радиоактивным йодом, включая шприц при переносе на рак щитовидной железы. СПОСОБ ПРИМЕНЕНИЯ:** Препарат принимают после еды, запивая достаточным количеством жидкости. Детям рекомендуется предварительно растворить препарат в молоке или воде. **Профилактический прием** проводится в течение нескольких лет при наличии показаний – по назначению. Для лечения зоба у новорожденных в среднем достаточно 2-4 недели, у детей, подростков и взрослых обычно требуется 6-12 месяцев, возможен длительный прием. **Профилактическое лечение** устанавливается лечащим врачом. **ПОБОЧНОЕ ДЕЙСТВИЕ:** При профилактическом применении в любом возрасте, а также при лечении эутиреозного зоба у новорожденных, детей и подростков побочных действий, как правило, не наблюдается. В редких случаях постоянный прием препарата может привести к развитию «йодизма», который может проявляться металлическим привкусом во рту, отечностью и воспалением слизистых оболочек (насморк, конъюнктивит, бронхит), «йодной лихорадкой», «йодными узелками». Крайне редко возможно развитие отека Квинке, эксфолиативного дерматита. При применении препарата в дозе, превышающей 150 мкг/сут, склёротический гипертиреоз может перейти в манифестную форму. При длительной применении препарата в дозе, превышающей 300 мкг/сут, возможно развитие оид-индуцированного тиреотоксикоза (особенно у пожилых пациентов, страдающих зобом в течение длительного времени, при наличии узлового или диффузного токсического зоба). **УСЛОВИЯ ОТПУСКА ИЗ АПТЕК:** без рецепта.

М **БЕРЛИН-ХЕМИ**
МЕНАРИНИ

ООО «Берлин-Хеми / А. Менарини-123317, Москва, Пресненская наб., дом 10, БЦ «Башня на Набережной», блок Б, Тел.: (495) 785-01-00, факс: (495) 785-01-01; <http://www.berlin-chemie.ru>, info@berlin-chemie.ru. Информация для специалистов здравоохранения. Подробная информация о препаратах содержится в инструкциях по применению (от 19.10.2012, 04.03.2013). Отпускается без рецепта.

ных структур, определяемых по наличию виментина. Возможно, именно такая совокупность событий и определяла функциональное состояние ШМ у женщин с осложненными быстрыми родами.

Выводы

Наши исследования показали, что у женщин с быстрыми и стремительными родами бурная родовая деятельность является их причиной только в 5% случаев. У остальных беременных повышенная скорость открытия маточного зева зависит не от характера схваток, а от собственных свойств ШМ, которые определяются особенностями ее структурной организации. Главной отличительной характеристикой эпителиального покрова в подобных случаях оказывается транслокация цилиндрического эпителия на влажностную часть ШМ (эктопия), а основным отличием стромы – повышенное содержание элементов соединительной ткани с уменьшением количества гладкомышечных волокон. Мы допускаем, что такие свойства ШМ имеют генетическую детерминацию, потому что наличие быстрых родов в семейном анамнезе увеличивает их шансы у женщины более чем в 13 раз. Также не исключаем, что особенности функционирования соединительной ткани ШМ являются частным проявлением системного процесса, так как значимые признаки НДСТ обнаружены у 87% пациенток с быстрыми и стремительными родами.

Нами установлено, что, несмотря на отсутствие бурной родовой деятельности, роды с укороченной продолжительностью сочетаются с благоприятными перинатальными исходами только в 27% наблюдений. В остальных случаях отмечаются осложнения со стороны женщин и особенно – со стороны новорожденных. Так, патология раннего неонатального периода имеет место в 95% случаев, причем каждому 3-му ребенку требуется второй этап лечения. Анализ показал, что у женщин с быстрыми и стремительными родами главным предикторным фактором их неблагоприятных исходов являются инфекционные осложнения бере-

менности, которые зафиксированы у 80% пациенток. По-видимому, именно с этим связано наличие высокой частоты фетоплацентарной недостаточности, задержки внутриутробного роста плода, а также несвоевременного отхождения околоплодных вод и интранатальной гипоксии. Подтверждением гипотезы об определяющем значении инфекционной патологии как причины возникающих перинатальных осложнений служат морфологические особенности ШМ у этой категории женщин. В частности, речь идет о таких красноречивых проявлениях цервицита, как истинная эрозия, выраженная нейтрофильная инфильтрация стромы и базально-клеточная активность вплоть до образования дисплазии. Таким образом, полученные данные позволяют по-новому взглянуть на проблему родов с ускоренным течением и делают актуальным дальнейший научный поиск в этом направлении.

Литература

1. Радзинский В.Е. *Акушерская агрессия*. М.: Status Praesens, 2011.
2. Ayar A, Celik H, Ozcelik O, Kelestimur H. Homocysteine-induced enhancement of spontaneous contractions of myometrium isolated from pregnant women. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2003; 182 (9): 789–93.
3. Савицкий А.Г. Структура аномалий родовой деятельности в современном акушерстве: клинико-статистические аспекты. *Журн. акушерства и женских болезней*. 2005; 2: 17–22.
4. Евтушенко И.Д., Радионченко А.А., Красноносенских Т.П. Течение беременности и родов женщин, у детей которых впоследствии были выявлены психические заболевания. *Рос. вестн. акушера-гинеколога*. 2003; 1: 11–8.
5. Friedman EA. *Labor. Clinical evaluation and management*. Appleton-Century-Crofts (New York), 1978; 450.
6. Сидорова И.С. *Физиология и патология родовой деятельности*. М.: МЕДпресс, 2000.
7. Кадурина Т.И. *Наследственные коллагенопатии*. СПб.: Невский диалект, 2000.
8. Нестеренко З.В. Классификационные концепции дисплазии соединительной ткани. *Здоровье ребенка*. 2010; 5 (26): 11–3.

— * —

Внимание: опечатка!

Редакция приносит свои извинения А.К.Мирзабалаевой и Ю.В.Долго-Сабуровой, авторам статьи «Особенности интравагинальной терапии вульвовагинального кандидоза у женщин», опубликованной в журнале *Гинекология* №6, 2013 г.

На с. 52 напечатано: «В этой ситуации также может быть использован 2% крем бурококазола нитрата (Гинофорт®) по 5 г – одна аппликация за неделю до очередной менструации в течение 6 мес».

Следует читать: «В этой ситуации также может быть использован 2% крем бурококазола нитрата (Гинофорт®) по 5 г – одна аппликация еженедельно в течение 6 мес».

На с. 53 напечатано: «Использование таких препаратов, как 2% крем бурококазола нитрата (Гинофорт®), 1 раз в месяц в течение полугодия, может быть альтернативным методом профилактики рецидивов ВВК».

Следует читать: «Использование таких препаратов, как 2% крем бурококазола нитрат (Гинофорт®), 1 раз в неделю в течение полугодия, может быть альтернативным методом профилактики рецидивов ВВК».